



*Organizadora*

Maria Aparecida G. Galiote B. Pelissari

PSICANÁLISE

# Suad Haddad de Andrade

*Obra selecionada*

**Blucher**



# SUAD HADDAD DE ANDRADE

*Obra selecionada*

**Organizadora**

Maria Aparecida G. Galiote B. Pelissari

**Comissão organizadora**

Ana Rita Nuti Pontes

Guiomar Papa de Moraes

Maria Aparecida Sidericoudes Polacchini

Maria Lucimar Fortes Paiva

Mauro Campos Balieiro

*Suad Haddad de Andrade: obra selecionada*

© 2024 Suad Haddad de Andrade e Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto (SBPRP)  
Editora Edgard Blücher Ltda.

A família de Suad Haddad de Andrade cedeu os direitos autorais e de edição à Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto (SBPRP).

*Publisher* Edgard Blücher

*Editores* Eduardo Blücher e Jonatas Eliakim

*Coordenação editorial* Andressa Lira

*Produção editorial* Regiane da Silva Miyashiro

*Preparação de texto* Mariana Góis

*Diagramação* Negrito Produção Editorial

*Revisão de texto* Cristine Sakô

*Capa* Laércio Flenic

*Imagem da capa* iStockphoto

# Blucher

Rua Pedroso 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, julho 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

Suad Haddad de Andrade : obra selecionada / organizado por Maria Aparecida G. Galiote B. Pelissari. – São Paulo : Blucher, 2024.  
596 p.

Bibliografia

ISBN 978-85-212-2096-1

1. Psicanálise 2. Andrade, Suad Haddad de – 1933-2021 I. Pelissari, Maria Aparecida G. Galiote B.

24-0186

CDD 150.195

Índice para catálogo sistemático:  
1. Psicanálise



### *Suad Haddad de Andrade (obra póstuma)*

Filósofa, psicóloga e psicanalista formada pela Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), associada a International Psychoanalytical Association (IPA). Participou da fundação da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto (SBPRP), onde atuou em vários cargos do conselho diretor, entre eles, como presidente. Membro efetivo com funções didáticas da SBPSP e da SBPRP, participou ativamente da formação de novos psicanalistas e da divulgação da psicanálise no Brasil e na América Latina.

# Conteúdo

|  |           |
|--|-----------|
| Nota explicativa sobre o presente volume   | 19        |
| Prefácio   | 21        |
| <i>Maria Aparecida Sidericoudes Polacchini,<br/>Guiomar Papa de Moraes, Ana Rita Nuti Pontes</i> |           |
| <b>Parte I. Artigos teóricos</b>   | <b>25</b> |
| 1. A evolução da teoria e prática psicanalíticas:<br>da experiência de Freud aos nossos dias     | 27        |
| 2. A máfia de cada um!   | 39        |
| 3. O que querem os psicanalistas?  | 49        |
| 4. Os dois princípios do funcionamento psíquico  | 63        |
| 5. Pulsão de morte: a utilidade da clínica do conceito   | 79        |
| 6. Sobre deuses, heróis e monstros: configurações do poder                                       | 87        |

|  |            |
|--|------------|
| 7. Transferência e contratransferência   | 97         |
| 8. Violência na sociedade contemporânea, uma visão psicanalítica: configurações da violência                       | 111        |
| 9. De Freud a Melanie Klein  | 125        |
| 10. Adolescência: o duplo limite entre o infantil e o adulto   | 141        |
| 11. Mecanismos inconscientes que interferem nas relações humanas: rivalidade, inveja, cobiça, aspiração pelo poder | 153        |
| <b>Parte II. Artigos teórico-clínicos</b>  | <b>167</b> |
| 12. A dramatização na situação analítica   | 169        |
| 13. A violência da mentira e o naufrágio da subjetividade  | 187        |
| 14. A violência no homem contemporâneo   | 203        |
| 15. Figurações da inveja: o ódio ao esforço  | 215        |
| 16. Os afetos e os objetos internos da dupla analítica   | 233        |
| 17. A interpretação na prática clínica   | 247        |
| 18. A psicanálise clínica como um processo de conhecimento   | 259        |
| 19. Os jovens e os vínculos sociais  | 269        |
| 20. Narciso, o semideus  | 279        |
| <b>Parte III. Apresentações em congressos</b>  | <b>293</b> |
| 21. Da capacidade de ouvir e aprender  | 295        |

|   |            |
|---|------------|
| 22. Da face demoníaca à face libertadora:<br>reflexões sobre o humor e a verdade em psicanálise | 303        |
| 23. Depressão: da solidão dolorosa ao encontro responsável                                      | 309        |
| 24. Psicanálise: o que ela é e o que ela não é  | 321        |
| 25. Força e/ou significado  | 337        |
| 26. Geração e gênero na situação analítica  | 349        |
| 27. História: construções e emoções   | 359        |
| 28. O analista trabalhando  | 363        |
| 29. O ato psicanalítico como realização de um sonho   | 375        |
| 30. Os jovens e a tradição: inovação  | 383        |
| <b>Parte IV. Comentários de filmes</b>  | <b>393</b> |
| 31. <i>Avatar</i>   | 395        |
| 32. <i>Beleza americana</i>   | 403        |
| 33. <i>Chocolate</i>  | 413        |
| 34. <i>Crepúsculo</i>   | 423        |
| 35. <i>Dogville</i>   | 433        |
| 36. <i>Efeito borboleta</i>   | 443        |
| 37. <i>Na natureza selvagem</i>   | 451        |
| 38. <i>O invasor</i>  | 459        |
| 39. <i>Simplesmente Martha</i>  | 469        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Parte V. Reflexões</b>  | <b>477</b> |
| 40. Contestações à psicanálise na atualidade                         | 479        |
| 41. Sobre a sedução  | 495        |
| 42. Ser adulto   | 505        |
| 43. Ser velho  | 517        |
| 44. Sexualidade  | 521        |
| 45. As perversões e a sociedade perversa                             | 531        |
| 46. Algumas questões atuais da teoria e da prática<br>psicanalíticas | 541        |
| 47. A prática psicanalítica nas culturas contemporâneas              | 555        |
| 48. O corpo  | 565        |
| 49. A angústia do ilimitado  | 571        |
| Bibliografia consultada  | 581        |
| Comissão organizadora  | 591        |

# Nota explicativa sobre o presente volume

A obra de Suad Haddad de Andrade é extensa, fértil e abrangente. Seus interesses, desde o ponto de partida da psicanálise, versam sobre a clínica e seus desdobramentos teóricos e técnicos; e sobre as relações da psicanálise com a cultura, incluindo aportes com a filosofia e a sociologia, assim como as mais diversas produções do humano, nas artes, na literatura e no cinema.

O pensamento da autora apresentado neste volume contém artigos publicados em periódicos científicos, palestras, comentários e apresentações orais em eventos. Isso constituiu o primeiro desafio da Comissão Organizadora, que buscou localizar, organizar e selecionar mais de uma centena de textos produzidos e apresentados em diversos lugares e diferentes formatos ao longo de três décadas de produção.

Considerando a intenção da Comissão Organizadora do presente livro em preservar a originalidade, o estilo e a espontaneidade da autora – tão característicos de sua forma de ser e se expressar – optamos por preservar todo o material que se encontra nas páginas a seguir em sua forma original, tal qual foi escrito ou lido

em diferentes contextos pela própria autora. Essa opção implicou decisões listadas a seguir, especialmente em relação às referências bibliográficas utilizadas ao longo do texto.

Em relação às citações literais, destacadas no texto entre aspas, quando não foi possível verificar o ano e a página de origem, optou-se por manter a citação sem a referência exata, mantendo o texto original tal qual produzido pela autora.

Quando possível, o leitor encontrará referências bibliográficas ao final do capítulo, sobretudo nos capítulos que foram previamente publicados em outros periódicos. Quando não foi possível aos organizadores localizar as referências utilizadas, optou-se por não as incluir ao final do capítulo.

Uma lista geral de bibliografia consultada foi incluída no final do livro, permitindo acesso às referências básicas utilizadas pela autora.

Barros (2005) cita uma passagem interessante relativa à história da psicanálise: Ernest Jones teria sugerido a Melanie Klein que ele reescrevesse um dos trabalhos dela para torná-lo mais claro, e a resposta de Klein foi: “certamente seria mais claro, mas seria menos eu!”

Identificados com essa posição e apoiados na ideia de que a psicanálise pode ser um modo pelo qual cada um de nós possa viver e usufruir de seu próprio modo de ser, desejamos a todos uma boa leitura, deixando que vocês, leitores, possam usufruir da obra dessa preciosa autora, provavelmente como ela gostaria que fosse conhecida: assim como ela é!

**Comissão Organizadora**

# Prefácio

*Maria Aparecida Sidericoudes Polacchini*

*Guiomar Papa de Moraes*

*Ana Rita Nuti Pontes*

Apresentar nossa querida Suad é abrir um imenso universo de lembranças, memória viva da nossa longa convivência com uma pessoa tão singular, vivaz e autêntica. Muito desta convivência se deu pela psicanálise, nossa forte ligação com ela.

Nascida em 19 de março de 1933, dotada de uma percepção arguta, curiosa, atenta à realidade em seus aspectos culturais, sociais e artísticos, despertavam atenção suas reflexões, muito bem fundamentadas com base em sua graduação em Filosofia e em seu profundo conhecimento psicanalítico.

Membro efetivo e analista didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), na qual concluiu sua formação em Psicanálise, foi pioneira e participou ativamente junto com colegas da profissão na fundação da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto (SBPRP), hoje com reconhecimento nacional e internacional. Exerceu funções como membro efetivo e analista didata, assim como assumiu a presidência e a diretoria do instituto. Sua especialidade era tratar de modo cristalino as questões que se lhe apresentassem, fossem em análise, em supervisão,

em seminários clínicos, teóricos, em palestras, enfim, em qualquer função que ocupasse, na instituição ou fora dela.

Essa era Suad, visionária de necessidades e capaz de abrir caminhos para atender às demandas dos interessados em psicanálise, sua grande paixão. Assim nasceu o Curso de psicoterapia de orientação psicanalítica Suad Haddad de Andrade, destinado a psicólogos e médicos, para preencher a lacuna entre o tempo de conclusão de vida universitária e o início da formação psicanalítica. Vale ressaltar que uma de suas características inesquecíveis era seu talento para ensinar: o fazia com maestria, seriedade e generosidade!

Suas participações nos congressos da Federação Brasileira de Psicanálise (Febrapsi) e da Federação Psicanalítica da América Latina (Fepal) foram marcantes e a apresentação de seus trabalhos se destacava por sua capacidade de entrelaçar teoria, clínica e técnica psicanalítica, expressando ideias complexas e criativas em estilo próprio de escrita, em linguagem tocante, densa e, ao mesmo tempo, compreensível e penetrante. Atraía muitos congressistas, de decanos aos mais jovens, e era comum grande parte da plateia se sentar até no chão, preenchendo todos os espaços possíveis para ouvi-la; quem ficava de fora lamentava preciosa perda. Hoje, com este livro, os que a viram em congressos, eventos científicos e culturais terão a feliz oportunidade de retomarem suas falas; os que não conseguiram, agora serão agraciados.

Admiradora das artes, literatura e cinema, escreveu dezenas de trabalhos, ensaios e comentários de filmes, transitando por diferentes temas. O desejo de organizar um livro em sua homenagem com a publicação de seus inúmeros textos, desde os primeiros, que conservam seu frescor por anteciparem uma visão de futuro, nasceu em uníssonos, do coração dos membros da SBPRP, cujo sentimento de filiação a essa sociedade se encontra fortemente entrelaçado à sua pessoa.

Esses textos afirmam a visão ampla e profunda de Suad, sobre a vida psíquica e social, sempre atenta aos acontecimentos do mundo, capaz de uma leitura microscópica tanto da mente individual quanto da social e cultural, com observações inovadoras, paradoxais, marca de seu pensamento inquieto, perscrutador e progressista. Suad não era nem de meias verdades tampouco de meias palavras. Seu peculiar estilo, comprometido com a honestidade e a verdade, sempre marcante, revela-se nos textos ora publicados. Representam um registro tão encarnado e fiel à personalidade de sua autora que, ao lê-los, ainda a ouvimos. Poderão ser apreciados tal qual uma partitura musical, em que as notas não são apenas lidas, mas ouvidas com toda a limpidez que a escrita oferece. Essa é uma particularidade da sua preciosa escrita.

Os artigos aqui oferecidos têm a singularidade de, mais do que conduzir o leitor a entrar em contato com a intimidade da autora, levá-lo a uma intimidade consigo mesmo. Esse era o traço característico de Suad, tão naturalmente entranhada no espírito psicanalítico, acrescentado ao filosófico. Suas palavras tinham esse poder de nos provocar a perplexidade tanto do óbvio quanto do estranhamente familiar, o que fazia dela alguém que nunca nos deixava indiferentes, sempre nos despertando algo, gostássemos ou não. Com ela, invariavelmente nos encontrávamos com as nossas verdades, as mais insuspeitas. E assim esses artigos nos mobilizam; por eles, não passaremos incólumes.

PARTE I  
Artigos teóricos

# 1. A evolução da teoria e prática psicanalíticas: da experiência de Freud aos nossos dias<sup>1</sup>

*O conflito endopsíquico é o tipo de conflito sobre o qual podemos fazer algo. Todos os outros conflitos não são afetados por nós, porque não podemos fazer nada a respeito deles.*

(Bion, 1978)

Ao privilegiar o uso das palavras como o instrumento essencial do tratamento da mente, já nos *Estudos sobre a Histeria*, Freud não só instaurou a psicanálise, mas também abandonou, sem se dar muito conta, como mostra Vassilli (2003), tanto o método das ciências naturais como o da psicologia da época, como também o das disciplinas filosóficas. Desde então, a prática psicanalítica tem sido desenvolvida, testada e questionada permanentemente na sua especificidade.

Em seu livro *Clínica psicanalítica e neogênese*, de 2005, Sílvia Bleichmar diz: “A clínica não é o lugar onde a teoria se produz, mas o espaço onde se levantam as questões que testam as teorias que

---

<sup>1</sup> Comunicação oral, não publicada.

sustentamos com convicção”. Ela considera que há um excesso de teorias e de formulações que se sobrepõem e criam um “acúmulo de escombros . . . e exigem uma limpeza: desentulhar o espaço, separar os elementos fecundadores do mató”.

Penso que na clínica testamos nossas teorias, e dali, também, partimos para a criação de novas teorias. A reflexão que a clínica nos impõe é inevitável e enriquecedora: na clínica nasceu a psicanálise, e ela continua sendo o nosso principal laboratório de pesquisa. Não concordo com a afirmação de termos uma real necessidade de limpeza desses acúmulos, e de estarmos impossibilitados de tolerar a grande variedade de acréscimos e teorias existentes.

No âmbito da teoria, temos visto muitos autores preocupados com as diferentes psicanálises. Paulo Duarte Guimarães Filho (2005) fala de confluências teóricas e assinala a ocorrência de uma pesquisa clínica informal e convergente que pode nos ajudar a lidar com as divergências.

No mesmo livro, Dana Birksted-Breen (2005) fala da noção de tempo em psicanálise e mostra que o conceito de *aquí e agora* não tem uma única interpretação: para alguns seria uma pura repetição do passado; para outros é a expressão do presente, das atuais relações objetais internas. Ela chama a atenção para alguns fenômenos interessantes: mostra que partiu de Freud a concepção do *après-coup*, ou ressignificação, em que uma nova criação do passado ocorre no presente analítico. O conceito foi reformulado e muito discutido por Lacan e, segundo ela, os analistas britânicos frequentemente trabalham com a noção de *après-coup* sem nomeá-la, ao mesmo tempo em que os analistas franceses estão levando em conta o tempo do desenvolvimento quando estão lidando com o *après-coup* e não percebem.

Então, parece que temos também pseudodiferenças, como é o caso da identificação projetiva, que esclarece e amplia o

entendimento da contratransferência do mesmo modo como o *enactment*, conceito igualmente esclarecedor desenvolvido dentro de outro contexto teórico.

O conceito de *objeto interno* ampliou e possibilitou a evolução do conceito de *sexualidade* em psicanálise: ao invés de objeto da pulsão, como em Freud, o objeto interno dá ao externo a conotação que é própria do sujeito. Não se concebe o objeto separado da qualidade do relacionamento com o sujeito. A teoria das relações objetais é um marco importante, e o objetivo da análise passa a ser a modificação dos objetos internos. Porém, a teoria das relações de objeto apresenta-se, ela mesma, também com ramificações: por um lado, a preocupação com a pulsão, suas características e sua evolução; por outro, as manifestações pulsionais sendo consideradas como efeito das ações do adulto sobre a criança.

As diferenças teóricas evidentemente acarretaram mudanças clínicas importantes, mas parece que estamos com alguns elementos bem unificados. A importância da relação analista-analisando tornou-se central, e a vivência da dupla passou a ser o núcleo ao redor do qual se desenvolve o trabalho psicanalítico: transferência, contratransferência e interpretação ainda são os conceitos básicos para a maioria dos psicanalistas, embora alguns já falem em ir além dessas postulações, como nosso convidado aqui, Dr. Botella. A convergência importante é a participação da mente do analista no trabalho clínico. Não se tenta decifrar o inconsciente recalcado, mas investigam-se os aspectos inconscientes por meio de sua repercussão no analista. O espaço comum criado na sessão e a relação entre as duas personalidades é o que caracteriza hoje o trabalho clínico. “O psicanalista não dá sentido à fala do paciente, mas juntos, paciente e analista, estão sempre tentando descobrir o sentido da experiência que está sendo vivida”, na expressão do colega Rezende (2006). As transformações pelas quais o paciente passa em decorrência de novos sentidos e significados trazidos

pela interpretação podem alterar até mesmo a organização pulsional, o substrato biológico, como mostra Barros (2005) no seu trabalho sobre interpretação.

Costumo dizer que nossa função, como analistas, não é tranquilizar os pacientes, mas de inquietá-los, sempre nesse sentido de fazê-los atentos, ao de fora e ao de dentro. Não eliminamos os desconfortos, tais como as dúvidas, angústias, inveja, ciúmes, desconfianças, mas ajudamos as pessoas a desenvolverem recursos para lidarem melhor com eles.

O método continua sendo o mesmo, o da investigação do inconsciente, mas mudaram as técnicas. Estamos todos falando, sempre, da intolerância à frustração e do sofrimento psíquico. Podemos falar que existe uma unanimidade, desde Freud, quanto a ajudar os pacientes a viverem melhor, mas divergimos quanto a alcançar tal objetivo ou como definimos os caminhos a serem seguidos para esse fim.

De um lado, temos analistas que se preocupam com o diagnóstico para definir a condição de analisabilidade e as possibilidades de cura. No *Livro anual de psicanálise*, Glen O. Gabbard e Drew Westen (2005) tentam caracterizar as tendências e controvérsias recentes, chegando à conclusão de que temos três categorias de intervenção na psicanálise que facilitam mudanças: eles acentuam a função terapêutica do nosso trabalho falando de *ações terapêuticas*. Mencionam a crescente flexibilidade na prática clínica sem preocupação com ordenação e limpeza: “Precisamos conceituar as fronteiras analíticas como sendo fluidas e relacionadas a questões contextuais de determinada díade analítica”. A preocupação com a ação terapêutica os leva a buscar ajuda das outras ciências, que eles chamam de *disciplinas aliadas*. E nos previnem para não questionarmos as propostas se elas são analíticas, porém terapêuticas. Eles recorrem às neurociências cognitivas e às pesquisas empíricas

e experimentais. E descrevem inúmeras e variadas ações terapêuticas tendo em vista problemas ou dificuldades específicas dos pacientes. Gabbard fala em dar maior atenção terapêutica a processos conscientes e como ensinar aos pacientes estratégias conscientes para regular ou tolerar afetos.

Não temos dúvida de que estamos diante de um vértice muito próximo do modelo médico-curativo diretamente aplicado à clínica psicanalítica.

Outra corrente considera o trabalho psicanalítico como um processo de conhecimento, isto é, procura conhecer como a mente do paciente funciona e parte do pressuposto de que esse conhecimento expande as possibilidades e recursos do paciente para lidar com suas dificuldades e viver melhor. Outros ainda especificam mais o trabalho clínico como um processo que constrói e amplia a capacidade de pensar.

“A clínica psicanalítica, ao invés de ser tomada como um tratamento voltado para a cura, é vista como proporcionando uma ampliação das capacidades psíquicas de fazer sentido”. Essa é a definição de Figueiredo (2005). Ele fala de um processo de “ir fazendo sentido”, um processo criativo que implica em permanente trabalho de ligação e desligamentos, e que são operações afetivas, mais do que cognitivas. O objetivo mais importante nesse tipo de abordagem não é “curar”, mas ajudar o paciente a “ampliar as capacidades processuais do psiquismo para lidar com suas experiências emocionais”.

O conceito de transformações em Bion e do aprender com a experiência emocional é uma colocação que nos deixa mais voltados para o desenvolvimento da capacidade de pensar do que para os resultados terapêuticos pontuais. Contudo, as coisas não são tão simples. Seguidores de Bion se preocupam com a verdade e com o desenvolvimento da capacidade para pensar, enquanto Ogden,

entusiasta das propostas de Bion, não lida com a transferência e a contratransferência, mas com o conceito que ele criou de *terceiro analítico*. Embora considere a realidade psíquica como resultado da interação da dupla, exclui o objeto intrapsíquico, ou mesmo a vivência intrapsíquica. Essa postura o inclui, segundo Franco Filho e Sandler (2006), entre os autores que trabalham com a intersubjetividade, fortemente questionada por eles, já que pode levar a um afastamento dos postulados básicos psicanalíticos.

Porém, se todos falam da interpretação, por outro lado admitem existir ocorrências que não são cobertas pelas interpretações: Figueiredo fala de *manejo* e outros autores identificam como *significados relacionais inconscientes*. Falam de como a interpretação carrega um componente emocional capaz de provocar mais reações do que o conteúdo veiculado por ela – meu empenho, meu entusiasmo, minha atenção presente e minha capacidade de captação das emoções do paciente são perfeitamente detectados pelo paciente e provocam reações – podem ser bem recebidas ou não. Muitas vezes sofrem uma transformação muito destrutiva: o paciente ouve como agressão, acusação, crítica, exigência ou menosprezo. E acredita, então, que o terapeuta passa a incomodá-lo e não é o que ele, paciente, está vendo de si mesmo. Pode também trazer tranquilidade ao se sentir bem acompanhado, digamos assim, com uma mãe interessada, presente. Este olhar atento às mobilizações na relação é o principal acontecimento para qualquer analista; precisa ser percebido e apontado.

Então é ali, no trabalho com o paciente, que fazemos a *limpeza* ou a ordenação a que se refere Silvia Bleichmar. É a experiência, a sensibilidade e a reflexão que, presentes, nos possibilitam a intervenção adequada.

O paciente não só conhece mais de si mesmo quando seus sentimentos e ideias adquirem sentido, como também usufrui do

mecanismo da *identificação introjetiva*. A introjeção do analista, ou de seus aspectos, que ocorre na relação analítica significa que a função terapêutica está sempre presente, não importa a orientação teórica do analista. Está aí um fenômeno que aproxima os diferentes enfoques.

A relação da psicanálise com outras áreas do conhecimento é natural e desejável. O problema está em reduzir a psicanálise a outros modelos – biológicos, médicos, linguísticos ou filosóficos e perder nossa especificidade. O risco não está na aproximação às outras áreas, mas no afastamento da clínica.

Um século depois de *Estudos sobre a histeria*, estamos acrescentando: não só olhar, observar e conjecturar, mas também ter disponibilidade e capacidade de viver a experiência emocional da sessão para ampliar nossos recursos investigativos e nosso campo de investigação.

A preocupação com os resultados terapêuticos parece existir em todos, apenas não ficam sempre bem explicitados. As diferenças podem ser menores do que parecem e com certeza as semelhanças ou linhas de proximidade precisam ser mais pesquisadas.

Não é necessário unificar. Não vamos chegar a uma visão única, um único objetivo ou uma única técnica; vamos continuar acompanhando as mudanças e tirando proveito delas. É assim que temos nos desenvolvido.

Têm me chamado atenção a abertura e o interesse dos psicanalistas para com as psicoterapias psicanalíticas, de orientação psicanalítica ou dinâmicas.

Quando entrei na instituição psicanalítica, e isso faz muitos anos, não se estudava, nem mesmo se falava em psicoterapia de orientação analítica. Esse tema era uma heresia dentro da

instituição. Atualmente, o *International Journal of Psycho-Analysis* tem uma seção intitulada “Psicoterapia psicanalítica”.

Qual o significado disto? Vou partir de uma observação bem rápida e superficial do *International Journal of Psycho-Analysis* que fiz recentemente: tem havido uma diversificação significativa nas propostas dessa revista magna da *International Psychoanalytical Association* (IPA). Até pouco tempo atrás, não havia uma diferenciação de setores ou de seções, depois elas passaram a ocorrer e os trabalhos dos psicanalistas colaboradores da revista foram distribuídos em áreas ou seções diferentes. Antes tínhamos apenas o subtítulo: “Teoria e técnica”. Depois apareceram: “Estudos interdisciplinares”, “Desenvolvimentos em áreas afins”, “História da psicanálise”, “Educação”, “Investigação empírica”, “Comunicações clínicas”, “O analista trabalhando” e “Psicoterapia psicanalítica”. Este último, dos mais recentes, é o que mais me intrigou.

Na seção clássica, “Teoria e técnica”, as teorias psicanalíticas são pensadas e a clínica está subjacente ou inerente a essas preocupações e desenvolvimentos. Em “Comunicações clínicas” e “O analista trabalhando”, a questão da prática é central. Agora, a inserção da seção “Psicoterapia psicanalítica” é especialmente significativa. Podemos levantar hipóteses, questionamentos, mas é evidente que existe alguma angústia subjacente. Não é simples definir o que seja a psicoterapia psicanalítica e parece haver várias definições, pesquisa que gostaria de ter feito e ainda não tive tempo para isso. Pelo que temos acompanhado nesses anos, sabemos que, para alguns, ela se diferencia da análise pelo número de sessões; para outros, pelo diferente manejo da transferência-contratransferência, ou pela dificuldade de enquadrar, de manutenção de um *setting*, ou pela necessidade de flexibilização e adaptação a grupos, família etc.

A inclusão em nossa revista mais importante denota expansão, solução criativa ou adaptação? A expansão é inevitável e muito

desejável, mas devemos nos acautelar também nesse aspecto porque a manutenção da clínica psicanalítica não é fácil.

De uns anos para cá, estamos frequentemente falando em crise da psicanálise. Em algum momento os temores de que a psicanálise não sobrevivesse eram tantos que se chegou a propor aos institutos das sociedades de psicanálise a abertura de cursos para o ensino de psicoterapias, como uma formação paralela, interna, de psicoterapeutas. Uma ameaça que parecia ter desaparecido me parece que continua existindo com outras características. Sempre que diminui a procura por análise nos consultórios, ou a procura pela formação psicanalítica, instala-se o pânico (no cotidiano de nosso trabalho – não estou falando de crise no sentido mais amplo, metapsicológico, de questionamento de nossos fundamentos teóricos).

E enfrentamos cobranças também: por isolamento, por não ter uma boa inserção na sociedade ou ficar à margem. Não vejo sentido nessas críticas. Não há qualquer possibilidade de nos distanciar do mundo ao nosso redor. A clínica nos situa na fronteira entre o íntimo e o social. Da captação do que se passa com o analisando e do que é vivenciado por ambos, podemos lançar hipóteses ou fazer conexões produtivas sobre o que ocorre no plano cultural e social. Não podemos nos furtar a pensar o mundo em que vivemos porque ele não só nos bate à porta, mas entra fortemente dentro do consultório. Li em algum lugar que o paciente é o sintoma do universo social a que todos pertencemos. Ao pensar o homem da intimidade, a psicanálise está contribuindo com o social, ao mesmo tempo em que estamos reformulando permanentemente nossas teorias e nossa prática a partir desse contato vivo. “Há sempre um movimento de mão dupla entre a clínica e a cultura, ambas alicerçando o desenvolvimento da teoria psicanalítica” (Marinho, 2006).

Devemos ser liberais na política, socialistas na economia e conservadores na cultura. Essa afirmação, que também não sei localizar, parece absolutamente correta no que diz respeito à cultura. Na formação da interioridade, os aspectos fundamentais não mudam: valores pessoais, culturais, artísticos e éticos se mantêm além da época. A psicanálise tem muito a preservar. No consultório, estamos atentos às identificações projetivas, e sabemos bem que podemos contribuir com o paciente se pudermos nos proteger do sentimento de incapacidade e limitação ou da arrogância e da onipotência que os pacientes projetam em nós. Se o analista se identifica com o projetado, perde a condição analítica. Com a psicanálise ocorre o mesmo. A pressão externa é perigosa; podemos perder nossa especificidade se quisermos criar soluções fáceis para o que é difícil.

Penso ser fundamental a preservação da psicanálise e da formação analítica que privilegia a clínica como recurso de ampliação das capacidades analíticas pessoais e do próprio universo teórico psicanalítico. Ser conservadores nesses aspectos não é uma escolha, mas uma exigência.

## *Referências*

- Barros, E. M. R. (2005). Reflexões sobre a interpretação psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 39(2), 17-24.
- Birksted-Breen (2005). Tempo e *après-coup*. *Livro Anual de Psicanálise*, XIX, 219-229.
- Bleichmar, S. (2005). *Clínica psicanalítica e neogênese* (pp. 24-35). Annablume.

- Figueiredo, L. C. (2005). A questão do sentido, a intersubjetividade e as teorias das relações de objeto. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 19, 79-80.
- Franco Filho, O. M., & Sandler, P. C. (2006). Intersubjetividade: progresso em psicanálise? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 19, 96-97.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2005). Repensando a ação terapêutica. *Livro Anual de Psicanálise*, XIX, 139-157.
- Guimarães Filho, P. D. (2005). Recentes confluências teóricas na psicanálise e sua importância epistemológica. *Livro Anual de Psicanálise*, XIX, 179-189.
- Marinho, N. C. (2006). *Razão e psicanálise* (p. 272). [Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio]. Coleção Digital. <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?str-Secao=resultado&nrSeq=8964@1>.
- Rezende, A. M. (2006). *Novas perspectivas para a psicanálise atual - a expansão do universo mental*. Curso proferido na SBPSP. 7ª aula.
- Vassalli, G. (2003). O nascimento da psicanálise a partir do espírito da técnica. *Livro Anual de Psicanálise*, XVII, 97-117.

## 2. A máfia de cada um!<sup>1</sup>

Estou me propondo a fazer o relato de uma experiência que tem sido muito rica para mim em possibilidade de reflexão.

No decorrer da sessão, estabeleceu-se o seguinte diálogo:

Paciente (P) – E agora estou com uma nova preocupação; é um outro problema que apareceu: vou começar a ter aulas à noite, a partir das 19 horas e, portanto, não poderei mais vir neste horário aqui. Vamos ter um curso de medicina preventiva. Tenho que ver com a senhora outros horários no meio da tarde.

Analista (A) – Mas você não tem aulas todas as tardes?

P – É, mas agora, por causa desse curso à noite, eles vão nos liberar algumas tardes, e aí, então, dentro das suas possibilidades, a gente vê novos horários. Eu ligo para a senhora na segunda-feira, quando eu estarei com todos esses dados.

A – E quanto tempo você acha que dura esse curso à noite?

---

<sup>1</sup> Artigo publicado originalmente em 1978 no *Jornal de Psicanálise*, 10, 24, pp. 17-21.

P – Um mês.

No final da sessão ele me paga (era a última sessão do mês, uma sexta-feira) e completa: “Então a senhora pode dispor do meu horário de segunda-feira; eu telefono depois para combinarmos”. Despede-se e sai.

Assim que ele deixou a sala, fui tomada de uma total certeza de que estava deixando a análise definitivamente. Encontrei a confirmação no início da semana quando o procurei por telefone (ele não me ligou como pretendia); continuou afirmando que não tinha condições de horário, e assim que tivesse voltaria a me procurar.

Estava perplexa, não porque ele desistia da análise, mas pela maneira como fazia; articulava uma boa mentira; era um plano bem elaborado que em nada combinava com o paciente durante as dezesseis sessões que tivemos. Diria melhor agora; não combinava com o paciente que eu via, mas era perfeitamente coerente com o paciente que não fui capaz de ver. O diálogo aqui descrito é uma amostra do desencontro; eu falava com ele de horário quando ele me falava da sua mente; estava me comunicando que, na sua mente-relógio, não havia *hora* para a análise.

Contudo, a surpresa despertou minha curiosidade e o desejo de entender um pouco mais desse paciente e do que ocorrera entre nós dois. Eu tinha poucas anotações, sabia que deveria recorrer à memória, mas, na verdade, eu contava mais com as fortes impressões deixadas em mim por ele.

Quando o paciente me procurou, queixava-se de estar sofrendo muito com ideias obsessivas e fantasias persecutórias muito angustiantes; passara no vestibular da faculdade de medicina, mas vivia atormentado, imaginando as perseguições que os veteranos fariam a ele, calouro. Já estava em aula há dois meses, mas ainda

temia os colegas. Passava horas ou a noite toda pensando no que aconteceria no dia seguinte e como faria para escapar. Também sofria tonturas e por isso não saía de casa, a não ser para as aulas. Em todas as sessões eu ouvia o relato de seus sintomas e a descrição minuciosa do que passava pela sua mente; de como imaginava o que iria acontecer e como planejava lidar com essas situações criadas mentalmente. Ele me impressionava pelo sofrimento; via diante de mim um jovem atormentado que me pedia sugestões de como deveria fazer para *parar de pensar essas coisas*.

Nas sessões, as angústias persecutórias e as identificações projetivas eram vivenciadas muito dramaticamente. Uma dessas situações foi quando ele, sentado perto da mesa (nunca usou o divã) bateu a cabeça na estante. Percebi que, além de muito angustiado, ficou também atordoado. Passado o mal-estar, ele me diz que, a seu ver, eu colocara propositalmente a estante ali esperando que ele batesse a cabeça para ter então a oportunidade de observá-lo sofrendo de tontura, que era uma de suas queixas. Esse seria um dos truques que eu usava no meu trabalho para estudar sua reação. Um relógio de mesa que precisei usar alguns dias, em substituição ao de pulso, tinha a mesma finalidade; ele ficara muito incomodado com o relógio e o entendia como uma provocação. E assim ocorreram várias situações: a luz apagou fora porque eu planejava tudo; meus movimentos eram muito bem vigiados por ele porque tinham todos uma intenção prévia.

Além de apontar a angústia presente, tentei mostrar-lhe que eu não usava essa *técnica* e que, na minha maneira de trabalhar, a mentira, o subterfúgio, a omissão ou qualquer truque não tinham lugar. Pensava que ele estava interessado em me conhecer e conhecer minha forma de trabalhar; é possível que ele tivesse algum tipo de interesse nessa linha, mas penso que a questão principal, que me escapou, era o que ele me dizia. A inutilidade do esclarecimento é

evidente – tudo aquilo que eu pudesse colocar naquelas circunstâncias não tinha qualquer valor e possivelmente nem era ouvido por ele, já que eu só existia como projeção de sua mente.

Também quando ele me pedia *receitas* para conter a agitação louca de sua mente, achei que era adequado oferecer-lhe a possibilidade de diferenciar uma análise de uma abordagem sugestiva ou suportiva; não compactuando com ele no sentido de acreditar em soluções mágicas eu acreditava que o estaria ajudando a pensar. E mais: tinha como ponto pacífico que ele vinha buscar a análise, contava comigo e esperava muito de mim. Portanto, eu tinha as minhas teorias, que aplicava no paciente e me impediam de ver a pessoa que estava ali comigo. Agora eu posso afirmar que não sei o que ele pretendia com a análise.

Não só ele já tinha me mostrado que era capaz de truques por meio das identificações projetivas como também já havia me relatado que mentia muito aos colegas, amigos e familiares. Mas eu acreditava que ele mentia para os outros e não para mim. Afinal, pensava, ele veio para se conhecer e não para me enganar. Logo, eu estava presa às minhas próprias concepções, tão falsas como as do paciente. E nessa linha existem aspectos bastante sérios a serem considerados; penso em como a minha arrogância e intolerância teriam me impedido de aceitá-lo tal como é: o paciente se manejando com suas mentiras e sendo aquilo que ele pode ser.

Ele se apresentava como senhor de uma mente privilegiada, capaz de controlar. Quando ficava imaginando o que aconteceria no dia seguinte e como lidaria com todas as situações, estava exatamente acreditando ser capaz disso: de prever, conter, mudar tudo – as pessoas, o tempo, a si mesmo. Todas as situações desconhecidas e novas não podiam existir; elas já estavam esquematizadas na sua cabeça, faltavam apenas acontecer. Na sua mente não podia existir o imprevisível; tudo tinha de estar organizado. Eu não tinha uma

existência e maneira de trabalhar, de pensar, se não aquela que ele me atribuía.

Quando eu mostrava que o via ali, angustiado, aflito, ele retrucava que não; dizia não estar preocupado com a situação presente, mas com o que *vai acontecer amanhã*. Ele não podia, de fato, estar perseguido pelo momento presente que sabia não conter perigo; estava vivendo uma experiência que não tinha como ser contestada. Mas há sempre o momento seguinte, que é totalmente desconhecido para ambos. O futuro era imediatamente depois e tinha de ser organizado dentro dele para que não ocorresse o grande perigo: a desorganização catastrófica. Ele não podia mesmo ter tranquilidade um só momento; sua tarefa era horrível porque tinha de se precaver comigo e consigo próprio, num convívio insuportável, já que eu sempre podia escapar ao seu controle. Quando o paciente, sentado diante de mim, vigiava atento todos os meus movimentos, colocava em mim todo o persecutório que estava dentro dele; é da emergência do seu mundo desconhecido que ele se protegia; o não deitar no divã, que ele pensava ser uma forma de exercer controle sobre mim, era antes a maneira de controlar a si próprio.

Penso que, quando ele está debatendo, angustiado com seus pensamentos, está se sentindo sufocado pela própria onipotência que o leva a acreditar que é capaz de previsões e soluções. Nada lhe pode escapar e ele precisa ter controle sobre tudo. A sua impotência consiste em não ser capaz de conter a onipotência crescente. E a mentira faz parte desse mesmo sistema; ele pode colocar dentro da mente do outro o que quiser, segundo seu próprio esquema, mas tem de estar sempre fabricando mentiras. Tanto os sintomas como as mentiras são expressões de uma mesma deformação mental. Na mentira, aparentemente, há mais destrutividade e desprezo pelo objeto. O que ele não pode ver é que de fato quem acaba envolvido

em mentiras é ele mesmo, pois não tem o poder que acredita ter. Mais do que o objeto, é a sua mente que fica danificada, pois ela fica obstruída pelas mentiras que vai criando e que vão a comprometendo cada vez mais. O grande temor de experimentar situações novas o leva a viver na ilusão de que pode tornar o que vai acontecer em experiências já conhecidas.

Quando certa vez ele se pôs a fazer queixas dos pais, dizendo-os muito exigentes ao insistirem para que ele se esforçasse em vencer suas dificuldades de relacionamento, afirmava que eles deveriam ter outra atitude: deveriam saber que sendo ele doente já sofria muito, que poderiam ser diferentes com ele etc. Eu mostrei que o estava vendo exigente. Sua reação foi muito irritada: eu não o entendia, eu o estava acusando injustamente etc. Portanto, ele transformava minhas intervenções em acusações e eu passava a representar sua parte exigente tão odiada. Noutra situação ele me contou de sua aflição em ter de evitar os colegas para que eles não desconfiassem do quanto ele era assustado, inseguro etc. Dizia que os colegas nunca deveriam saber. Eu o questionei: *por quê?* Também aqui ele reagiu com muita violência – ele sabia bem como eram os colegas, como zombavam uns dos outros, como eram cruéis. É claro que ele deveria se proteger deles. E o que meu paciente queria? Obrigá-lo a contar aos outros quem ele era? Mais grave do que querer forçá-lo a fazer isso ou aquilo, eu estava propondo que ele pensasse e isso era exatamente do que ele mais fugia. O seu ódio a mim, naquele momento, expressava ódio à percepção; ele não queria era ver toda a sua agressividade negada e projetada.

Na penúltima sessão ele me conta que não conseguira ir à escola assistir às disputas esportivas; a mãe insistira muito para que fosse e lhe respondia, aflito: “Eu não tenho condições! E se continuar insistindo comigo vou acabar explodindo!”. Além das solicitações da mãe, existia outra pressão: eram as ameaças dos colegas

que prometeram represálias a quem não prestigiasse os jogos. Para estes, ele encontrara uma solução: mentir! Diria que esteve doente.

Ele *está doente* e ele *não tem condições*. Afirmando “eu sou doente”, ele tem garantidos cuidados, consideração e aceitação absoluta, dele doente nada se pode exigir. Também é prepotente e arrogante na sua doença, e adquire o direito de mando sobre os objetos – *a senhora tem de me ajudar* é o controle agressivo pela doença. Colocado dessa maneira, parece que ele delimitaria sua doença aos sintomas e para estes viria buscar tratamento e cura. Já a mentira, com todos os seus aspectos de destrutividade, ficaria fora do campo da doença – a cisão seria tão completa e eficiente que não haveria o risco de serem mobilizadas todas as angústias encobertas e negadas pelas mentiras. Mas penso que não é bem assim. Quando ele afirma desesperado que não tem condições, parece que vislumbra algo de suas deformações mentais e de sua incapacidade para tolerar o conhecimento de si mesmo. As mentiras são produtos de sua mente e, como tal, exprimem de alguma forma aspectos seus bastante verdadeiros e que não são de todo inconscientes. Fundamentalmente, penso que a mentira é o recurso que ele tem para esconder de si mesmo os ataques que faz à sua percepção.

Em uma das sessões ele chegou muito aflito, afirmando que estava pior e que não aguentava mais; eu disse que ele estava se queixando de mim, de que eu nada estava fazendo para minorar seus sofrimentos. Ele retrucou dizendo que não estava se queixando, só estava desabafando comigo. Penso que era exatamente assim como afirmava; ele realmente não acreditava que eu ou qualquer outra pessoa pudesse ajudá-lo.

Imagino uma quadrilha de bandidos ligados pelos mesmos objetivos e liderados por um chefe que dispõe deles. Os bandidos não têm qualquer liberdade de ação – são violentos, destrutivos, mas

não agem por determinação pessoal. Pertencem a um grupo em que cada membro tem mais ou menos definida sua função, e cada um é tão perigoso para os de fora como para os de dentro da organização. Eles são unidos e separados; necessitam uns dos outros ao mesmo tempo que se temem reciprocamente. É uma situação de compromisso terrível, em que qualquer deslize pode ser castigado com a morte; existe um círculo que se aperta cada vez mais e pesa sobre eles a sensação de que nada pode ser feito, a não ser manterem-se prisioneiros dentro do grupo. Saber muito é arriscado: pode dar prestígio, mas pode significar a morte; muitos são eliminados porque *sabem demais*. Arrogantes, sua superioridade consiste em assustar e submeter pessoas, sem se darem conta do quanto estão eles submetidos. Atuam sem pensar; se o bandido se sentir mobilizado a pensar e tiver condições de refletir sobre essa complexa situação em que se encontra irá fatalmente descobrir todo alcance de sua conduta criminoso e verificará também que está cavando cada vez mais sua própria sepultura. E ele só poderá se libertar se tiver condições internas para tanto.

O meu paciente tem sua própria máfia. Prisioneiro, condenado a permanecer unido à organização destrutiva e onipotente de sua mente, à margem da realidade dos fatos, ele parece não ter condições de entrar em contato com sua realidade interna. Para ele, saber muito de si mesmo só poderia levá-lo à loucura; e a medicina preventiva que ele usou para se proteger foi abandonar a análise. Visto por esse ângulo, não houve exatamente uma mentira quando o paciente desfez o compromisso analítico; a sua proposição expressa uma teoria sobre si mesmo que ele tem como verdadeira; é como se ele dissesse: “não há espaço para a análise na minha mente”. E diante dessa convicção não há possibilidade de escolha. Penso que o paciente realmente não optou, nem tem condições para isso. Como na situação do bandido que está preso ao seu

grupo, sem qualquer liberdade, o paciente se sente sem forças para empreender a luta contra o assassinato de sua mente.

E a presença (ou ausência) do analista contribuiu em que para esse rompimento tão precoce? De que maneira as minhas próprias concepções não o levaram a ter de mentir mais e mais? São interrogações sem resposta, e mais: penso que é inútil questionar sobre a vantagem ou não de sua decisão; não temos possibilidade alguma de garantir que a análise seria sua *melhor saída*. Ninguém conhece mais a respeito do meu paciente do que ele mesmo!

### 3. O que querem os psicanalistas?<sup>1</sup>

Entendi o convite da diretoria da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) como uma proposta para dialogar sobre minhas dúvidas, angústias e expectativas. Cada psicanalista tem seu percurso e suas inquietações; ampliar a possibilidade de discuti-las num congresso é um privilégio. Meus agradecimentos pela oportunidade.

Em primeiro lugar, quero esclarecer, ao propor este tema, que não vou tratar aqui das motivações inconscientes que nos levam a escolher essa atividade; as motivações subjacentes a essa escolha já foram muito discutidas e, embora importantes, e sempre presentes, vou considerá-las conhecidas e partir para as questões mais conscientes, se é que podemos chamá-las assim.

Em muitos escritos de colegas sobre nosso trabalho psicanalítico encontro chamadas insistentes sobre as necessidades ou obrigações dos psicanalistas: temos de atentar para nossa tarefa de desenvolver nossos conhecimentos para um bom trabalho clínico; temos de reforçar nossa identidade teórica e profissional; temos de

---

<sup>1</sup> Palestra proferida em evento da Associação Brasileira de Psiquiatria (s.d.).

umentar nossa preocupação com os meios cultural, social e científico; temos de dirigir nossa atenção para as instituições sociais, estamos muito voltados para nós mesmos; temos de investir nas questões socioculturais e científicas etc.

Em uma jornada ocorrida em Goiânia, há poucos meses, o Sérgio Rouanet fez algumas “cobranças” que incomodaram muito de nós, psicanalistas. A mim ele inquietou mais do que incomodou, no sentido de que eu sentia que ele trazia questões importantes sobre as quais deveríamos pensar. Resumindo sua fala crítica, ele dizia o seguinte: os psicanalistas não estão pensando os problemas sociais; não estão, como Freud, atentos à cultura e às patologias sociais, e ficam só voltados para dentro do consultório. Freud escreveu textos magníficos para nos ajudar a compreender os conflitos de sua época, falando de religião, moralidade, psicologia das massas, narcisismo etc. O que ele fazia quando pensava os problemas sociais, os grupos humanos, era chamado de “psicanálise aplicada”, e agora, diz ele, parece que a psicanálise aplicada é a que se aplica nos consultórios. A psicanálise essencial, pergunta ele, não seria a que analisa as patologias coletivas? Pergunta também se a psicanálise não poderia contribuir para diminuir as resistências a ela própria ao se dispor a colaborar nas modificações das macroestruturas de onde se irradiam essas resistências: as tendências autoritárias e antidemocráticas dentro da sociedade e da família, as ideologias moralistas, os fundamentalismos religiosos, os fanatismos identitários etc. Apesar do seu encantamento com a psicanálise, fica evidente a sua decepção com o que vem ocorrendo no momento, quando, diz ele, a psicanálise está sendo acusada de estar ultrapassada, quando não, de estar obsoleta. A resistência à psicanálise é um fato e ele analisa as várias razões que levam a ela. Fiquei com esses questionamentos do Rouanet e pensando que, não só nós, psicanalistas, estamos sempre nos cobrando, os outros também nos cobram severamente! Daí a dúvida se deveria elaborar minhas

conjecturas sobre o que querem os psicanalistas ou sobre o que querem *dos* psicanalistas.

Tive o privilégio de ler a tese do Ney Marinho, em que ele fala desse aspecto de maneira clara e precisa. Segundo ele, esses estudos sobre os grupos foram relegados a um segundo plano desde a década de 1980, mas explica também que o funcionamento dos grupos obedece a regras próprias e diferentes das que ocorrem no comportamento individual; e pedem métodos e conceitos diferentes. Mesmo nos campos da sociologia e da antropologia não há estudos. Estamos vivendo numa época “sem prisões teóricas”, como diz a Regina Shöpke, ou num momento de crise das teorias. Não só na psicanálise, nas ciências humanas em geral vivemos uma *penúria teórica*, como dizia nosso saudoso Fábio Hermann. O importante é que, se na filosofia estão surgindo os filósofos sem escola, como ela diz, que tendem a oferecer soluções para viver bem, nós, na psicanálise, continuamos a não dar receitas e a inquietar os pacientes, a levá-los a pensar.

Por outro lado, é da clínica que sairão os recursos para a expansão psicanalítica, de qualquer tipo, seja no âmbito restrito de nosso trabalho clínico, seja nos aspectos mais amplos, socioculturais. É a clínica o nosso laboratório de pesquisas, e eu coloco aqui as palavras do Vincenzo Bonaminio (2006): “É a clínica, isto é, a situação terapêutica, que modificou a psicanálise, da mesma forma como a clínica, desde seu início, deu origem ao modelo de funcionamento da mente elaborado pela psicanálise”.

Não acho que seja necessário nos afastar da clínica. O que mais precisamos é de um ambiente institucional acolhedor, que nos ajude a suportar as dificuldades inerentes ao nosso trabalho e que também nos congregue para desenvolver juntos nossos recursos, dividir nossas dúvidas e angústias. A troca de experiências é, para os psicanalistas, fundamental suporte para nossas angústias e para

nosso desenvolvimento. Penso que isso está subjacente aos nossos congressos, como este, em que a clínica é o tema. Quando o Rouanet diz que atualmente a psicanálise aplicada é a psicanálise aplicada à clínica, é verdade, e isso porque a cultura, o mundo em que vivemos, entra para dentro da clínica e lá podemos pensá-las, ambas, a cultura e a psicanálise.

Suzanne Langer, no seu livro *Filosofia em nova chave*, ensina que o mais importante não é responder perguntas, mas pensá-las. Falando da filosofia, diz ela que o mais significativo não são os problemas de uma época; o que marca um pensamento é o modo de tratar os problemas que vão surgindo. A natureza de nossas indagações define nossos avanços e não as respostas ou soluções encontradas. Mais importante é fazer novas perguntas. E é muito interessante, ainda, o que ela diz: são as noções formuladas por nós, de dentro de nós, de nossas mentes, que podem abrir novos horizontes.

Outra colocação que ela faz: quando encontramos um quebra-cabeça enigmático, quando surgem os paradoxos, podemos estar no limite de uma ideia gerativa. Diante de novas perspectivas de vida, temos de buscar novos valores ou novas ideias. Eu penso que, sem perceber, isso está acontecendo conosco, com a psicanálise hoje.

Paradoxos e quebra-cabeças não nos faltam, mas eu os encontro mais no nível da clínica do que das teorias, já que dispomos de um arcabouço teórico rico e consistente no seu conjunto. É inegável a presença do pensamento psicanalítico nas áreas de artes, crítica literária e humanismos em geral.

No âmbito da clínica as dificuldades têm sido muito grandes. O paradoxo inicial está no fato de sermos já bastante conhecidos; fala-se muito de fazer análise, de procurar um analista e, no

entanto, a maioria dos psicanalistas se queixa da falta de pacientes. Também a evasão de candidatos nos nossos institutos é geral.

Então, vejamos: a psicanálise, hoje, está bastante inserida nas universidades. Mas precisamos entender bem isso, e eu volto para a Langer: o método das ciências naturais levou a psicologia a desembocar na fisiologia, na histologia e na genética. Por esse caminho, a psicologia não nos ajudou a conhecer e estudar os fenômenos mentais. Freud contribuiu para a grande virada; a obra “A interpretação dos sonhos”, de 1900, trouxe os processos de simbolização para o centro dos estudos. A simbolização, também explorada no campo da lógica simbólica, vai trazer uma nova concepção de mentalidade que nos faz atentar para as reações humanas, agora de outro vértice. Os processos de simbolização passam a ser a nova ideia geradora que irá abrir novos caminhos para a psicologia, o que o cientificismo não soube encontrar. Agora temos esclarecimentos importantes: o que nos diferencia dos animais não é mais a inteligência, a capacidade de captação sensorial, a capacidade de memorização ou a capacidade associativa, mas o poder de criar símbolos. E aí se instalou uma revolução no conhecimento, uma revolução na filosofia. A capacidade de representação, ligada à simbolização, é o núcleo de todo um novo caminho de pesquisa que será englobado pela filosofia. Por isso a psicanálise está, hoje, bem instalada na universidade. A filosofia se deu conta da legitimidade da psicanálise, de sua força e de sua sustentação erudita, e vai explorá-la. A elitização da psicanálise hoje, a meu ver, está mais relacionada à cultura universitária do que à clínica. As eruditas e sofisticadas discussões de nossos autores psicanalistas, dentro da universidade, não estão vinculadas conosco, não são vinculadas à clínica, não têm vinculação com a IPA. Ela fica instalada no campo filosófico. E isso não reverte em procura pelo trabalho psicanalítico dos consultórios. Ao contrário, o que vemos é um questionamento, quando não uma verdadeira esnobação de nosso trabalho. Parece

que a nossa é uma psicanálise de segunda categoria! Os próprios alunos das faculdades de psicologia só procuram análise se querem se encaminhar para a clínica, e muitas vezes contrariados... Os demais, que pensam em trabalhar nas áreas de educação, hospitalar, recursos humanos, não acham que precisam trabalhar consigo próprios para desenvolver depois um melhor trabalho com os outros. A psicanálise é um tema, no máximo uma teoria como qualquer outra, para ser pensada, discutida, defendida ou questionada. Não é para ser *vivida*.

Por outro lado, colegas nossos estão fazendo o outro movimento – estão indo da clínica para a universidade e produzindo trabalhos brilhantes, às vezes, como os do Ney Marinho, do Pavan, da Cristina Gondim e outros. É um processo lento, mas muito enriquecedor.

A pergunta é: a clínica não tem produzido nada de importante para o mundo intelectual ou o que é produzido fica só entre nós e para nós? Está havendo uma divulgação de nossas descobertas? Essa divulgação é possível? Ou ela é válida, merece ser feita?

Então, somos cobrados por não dar atenção ao mundo que nos rodeia, e nós mesmos reclamamos que não temos a atenção que merecemos.

Felizmente, apesar de tantas queixas, os psicanalistas continuam firmes no seu trabalho; nossa pesquisa clínica segue, e continua o empenho em conhecer mais, em trabalhar melhor, sempre na busca de novos recursos pessoais e teóricos. Da pesquisa clínica, temos certeza, emergirão ideias importantes, que poderão ser inovadoras ou não. Com certeza serão extremamente válidas para melhorar nosso trabalho de formiguinhas: individual, lento, sempre na contramão de uma sociedade massificadora, apressada e voraz.

Este congresso se propõe a discutir os avanços e as dificuldades do dia a dia com nossos pacientes exatamente porque a clínica expressa uma busca constante de cada um. Ninguém acha que tem explicação para tudo e o mais comum é nos deter diante de cada paciente para pensar o que de novo ou de estranho ele está trazendo; estamos sempre inquietos. A clínica não permite acomodação nem certezas.

É aí que está a importância de nosso trabalho e a importância da psicanálise, no sentido de que ela é viva, está sempre muito viva.

Então vamos ver se podemos compreender um pouco mais o que ocorre com a clínica, que está sofrendo resistências. Fala-se muito em análise, na sua importância, na ajuda que pode trazer, mas o paciente nos procura e, sem a menor cerimônia, nos faz a *sua* proposta de trabalho: quero fazer análise uma vez por semana. Outros ainda chegam questionando nosso contrato, no qual é proposto ao paciente pagar as sessões a que falta, outros ainda não aceitam que não possam alterar seus horários sempre que achem necessário etc. Então, os pacientes não nos procuram para lidar com algo novo, desconhecido, enigmático, misterioso; eles já sabem o que querem e como conseguir.

O que é isso? Freud explica. Édipo explica.

Essa postura do paciente, que nos impõe normas, que não admite estar diante de alguma coisa nova que ele não conhece e que teria de aceitar como desconhecida, é tipicamente edípica. Ronald Britton, na sua colocação da terceira posição, mostra que a vivência edípica não é indesejável por ser dolorosa, mas é temida como uma catástrofe: o pai significando a falta de compreensão e a mãe significando a capacidade de compreender, formam, juntos, uma “figura combinada que personifica a contradição, a falta de sentido e o caos”. Se aceitarmos a relação entre os pais como uma relação amorosa e odiosa, portanto, incluindo amor e ódio, temos a

possibilidade de tolerá-la e podemos então ficar numa outra posição, a terceira, em que somos observadores, testemunhas, e não precisamos estar incluídos. A falta dessa terceira posição, ou a incapacidade de elaborá-la, impede a própria relação analítica. O paciente vê ameaça em qualquer vínculo do qual está excluído. E ele está sempre excluído do nosso vínculo conosco mesmos, analistas, com nossos conhecimentos, com as teorias que aceitamos, com as emoções que sentimos na sessão, enfim, excluídos do universo mental e concreto de nossa existência. O *setting*, que protege nosso trabalho, é o primeiro a ser atacado. O paciente tenta impor seu próprio *setting*.

Tenho uma paciente que fica furiosa quando eu me coloco como observadora atenta ou testemunha de seus embates internos. O que ela mais deseja, e não consegue, é observar a si mesma, a luta interna entre a vida e a morte. Uma das maneiras encontradas por ela para lidar com sua dificuldade é transformar a briga interna em uma disputa entre nós duas. Ela faz uma reversão de perspectiva: sai no ataque me analisando, me questionando, cobrando, exigindo. Como ela não tem liberdade mental, liberdade que só a terceira posição possibilita, ela tenta eliminar a minha liberdade de pensar, observar, construir com meus próprios pensamentos; tenta impedir a tarefa analítica com ataques, seduções, dramatizações, enfim, uma série de atuações que são difíceis de lidar. Ela procura criar uma situação de disputa em que eu tenha de ficar provando que tenho razão ou que minha versão é a correta. Se não entro no jogo, ela reclama, furiosa: “Você parou de falar por quê?” ou “Não entendo porque você não me responde”. Essas pressões, tão comuns no nosso trabalho, não diferem das outras, externas, a que estamos expostos todo o tempo. Qualquer coisa diferente é uma ameaça, e nós, psicanalistas, somos diferentes! Sempre digo que andamos na contramão e por isso incomodamos muito. Quando exigem que nós, psicanalistas, mudemos, é para que tudo continue

*igual*. Assim, nada de novo acontece. Só que a inovação, as mudanças, fazem parte da vida; o engano está em se querer impedir o crescimento.

O analista conquistou a terceira posição e é desse lugar que devemos examinar os questionamentos ou cobranças que enfrentamos. As questões sociais surgem na clínica, mobilizam nossa clínica e nos fazem pensar e desenvolver nosso trabalho. E se nosso trabalho tem a ver com as pessoas, com as mentes, então estamos fazendo a nossa parte e recolhendo subsídios para um conhecimento de maior amplitude. Está claro que os pacientes se sentem ameaçados quando precisam nos impor seus padrões; e é urgente que possamos identificar essas ameaças ampliando nossa visão, nossos conhecimentos, nossa técnica. E estamos fazendo isso todo o tempo: quem não se defronta hoje com pacientes que viajam muito, que nunca podem garantir sua permanência no local e nos horários combinados? Quem de nós não está inquieto e perplexo com as transformações do núcleo familiar, e tendo de pensá-las de um vértice desafiador? Temos de nos adaptar às mudanças sociais e estamos sempre fazendo isso, embora não seja levado em conta e continuemos a ser considerados como tiranos que impõem regras rígidas e criam dependência nos pacientes. Está aí uma experiência que pode servir para compreender os movimentos grupais equivocados de violência.

Demorou, mas foi na clínica que descobrimos o psicótico dentro de nós, e talvez tenhamos ainda de aguardar para compreender melhor os conflitos grupais. Essa dificuldade decorre do fato de estarmos inseridos no grupo e, também, porque vivemos domesticando, também dentro de nós, um tirano, um superego sádico e prepotente. Por exemplo, como falar de preconceitos raciais ou sociais de qualquer tipo quando estamos esbarrando, a cada passo, com nossos próprios preconceitos, que não gostamos de ter, mas existem!

Muitas vezes chamo a atenção dos jovens psicanalistas para o que eles pretendem: serem amados pelos pacientes, serem sempre reconhecidos, serem valorizados diante de um bom trabalho; não se conformarem quando o paciente interrompe a análise ou não admite o progresso. Sabemos o que está por trás disso e sabemos que não tem jeito: seremos sempre acusados ou depreciados ou responsabilizados porque esse é o nosso destino. Não vamos deixar que a resistência ao nosso trabalho, as exigências e os ataques fiquem só por conta do paciente ou dos inimigos da psicanálise, e esquecer que também esse inimigo habita dentro de nós.

Um outro aspecto importante: um dos candidatos à presidência da IPA tem como bandeira de luta a regulamentação de nossa profissão, ou a proteção legal ao nosso trabalho. E o espantoso é isso: depois de um século ainda não temos uma definição legal e somos confundidos com os demais profissionais da área *psi*, e isso no mundo todo. Como ser conhecidos e diferenciados? Até hoje, só o nosso trabalho clínico e nossa postura profissional é que garante e divulga nosso trabalho. Essa é uma reivindicação básica e justa, a da qualificação, ou do nome – psicanalista. Não tínhamos de tirar patente!

Claro que não é por aí. Na verdade, estamos sempre lutando contra forças disruptivas, ao nível pessoal e social. O embate é pulsional, a cultura está sempre atribuindo uma ou outra configuração a nossas lutas, mas sempre vejo como a batalha interna pela sobrevivência da vida e pela contenção da morte de aspectos nosso fundamentais.

Vale perguntar por que vivemos mais hoje? Só por causa das condições externas que nos oferecem conhecimento e estímulo para nos cuidar mais, ou porque esse é, para todos, jovens ou velhos, o objetivo da vida: estar sempre superando a morte e querendo ganhar dela. A satisfação com a vida e a necessidade de

preservá-la não é sempre muito clara – encontramos pessoas que estão sempre reclamando, infelizes, mas, sem dúvida, querem viver. As anorexias e a bulimia, por exemplo, expressam uma luta de vida e morte em que a atração pela morte é tão grande que chega a nos desanimar como psicanalistas. Mas, mesmo nesses casos, o paciente precisa estar vivo para ter o prazer da vitória! E os suicidas? Não estão sempre esperando continuar vivos dentro de alguém?

Esse é um de nossos paradoxos básicos, e que não é da psicanálise, mas da vida.

A necessidade de viver é efetiva. Sartre diz que o homem está fadado a ser livre. Podemos acrescentar que o homem está fadado a crescer, a se desenvolver, a mudar; o homem está fadado a se expandir, a criar. Mas também está fadado a morrer. Crescemos e morremos a cada instante! As ações automáticas, os sintomas psicossomáticos, o apego ao concreto são expressões de uma luta interna em que a vida mental está enfraquecida. É quando a morte de recursos internos é mais evidente. É esse nosso campo de trabalho.

Voltando aos idosos felizes – é óbvio o meu interesse por eles – temos visto como festejam a vida; aparentemente eles estão felizes com sua saúde, com a vitalidade física, mas a tranquilidade maior vem da aceitação da morte, que não negam e com quem convivem com sabedoria. A velhice feliz não é estar vivendo bem, e sim aceitar a morte; ao aceitá-la, estou dizendo que posso aproveitar a vida, que ela é boa, que estou vivo. Não é o fato de que vamos morrer o mais importante, mas não estarmos matando, enquanto vivos, o que mais precisamos para viver bem, que são nossos recursos internos, sempre à nossa disposição e que podemos, ou não, usufruir, conter e cuidar.

E do que depende a capacidade de contenção? Da existência de um espaço interno que contenha a ansiedade. A capacidade de contenção é introjetada; identificamos e assimilamos a mãe da

*rêverie* e podemos, então, ter a condição interna absolutamente fundamental de conter. Passamos a ter um espaço mental mais amplo que inclui o poder de dar significado às diferentes experiências, sejam elas boas ou más, e que passam a ser conhecidas na sua significação, e não mais como uma avalanche inundadora dos processos mentais.

Se não dermos conta de conter nossas angústias, insatisfações e incertezas, vamos continuar exigindo de nós mesmos o impossível, como os outros fazem conosco. O grande problema é que ficamos identificados com nossos críticos e, conseqüentemente, não usufruímos de nossa própria experiência e de nosso lindo trabalho. E sabemos muito bem que atrás de nossas próprias cobranças ou do nosso desânimo a onipotência e a arrogância estão de espreita!

Não nos cabe ser masoquistas, mas é fácil cair nessa postura; sofremos quando as coisas não vão bem no nível profissional, se faltam pacientes ou se o paciente vai embora, e sofremos quando nos acusam de omissão. Desde a formação já começam as queixas; os candidatos sempre têm muitas, e quase sempre têm razão, só que tudo o que eles desejam nunca vão ter, desde os cursos mais completos, os professores todos supereficientes, ausência de contradições, de desencontros e de hierarquia. Temos de superar estas fantasias e desejos mesmo porque a diversidade é nossa riqueza e a incompletude é nosso tema.

Na verdade, estamos todos, sempre, muito empenhados. Quem rejeita convites para falar da psicanálise? Estamos presentes para fazer palestras, comentar filmes, orientar profissionais de outras áreas, para supervisionar psicólogos e psiquiatras recém-formados, para atender a todas as solicitações que surgem cada vez mais. De maneira exuberante ou de forma muito modesta, estamos sempre orgulhosos de nossos conhecimentos e querendo expô-los. Outro dia,

uma candidata me contou que tem sido quase que regularmente solicitada por uma rádio de sua cidade para responder perguntas dos ouvintes sobre questões pessoais, angústias e dúvidas do dia a dia. Mas o mais lindo foi o que ouvi recentemente: o padre confessor da paróquia, não dando mais conta de ficar ouvindo seus fiéis no confessionário o dia todo, contratou uma psicóloga para ajudá-lo! E deu tão certo que ele estava à procura de outras. É uma vitória. Estão descobrindo que se faz necessária uma escuta especializada para ouvir sobre angústias, sentimento de desamparo, solidão, perdas, culpas etc. E que além de abençoados, os fiéis também gostam de ser esclarecidos e de saber mais de si mesmos!

Um paciente insistiu comigo que é claro, óbvio e absolutamente válido que ele *queira* tudo de bom, sempre. Eu disse que não concordava e não achava tão claro assim: *ter* tudo o que é bom é que é bom. Sabemos que a frustração é a mola do crescimento, do desenvolvimento da capacidade de pensar e do conhecimento de si próprio. Então, bom não é ter tudo, *bom é suportar não ter tudo!*



### Algumas das preciosas falas de Suad:

*“Foi assim que a psicanálise nasceu, tentando fazer as pessoas se darem conta do que não sabiam delas mesmas.”*

*“Não somos deuses nem demônios, mas temos estes dois aspectos permanentemente em briga dentro de nós e precisamos administrá-los. Esta é nossa tarefa como psicanalistas e como gente.”*

*“A verdade assusta. A verdade acalma. A verdade amplia.”*

*“Evoluir é uma exigência ética.”*

*“O outro me assusta, me incomoda, mas é ele quem me define, ou me possibilita me definir, descobrir quem sou, quais meus recursos, quais minhas limitações.”*

*“Estamos assistindo à expansão de graves patologias na comunicação e nas relações humanas. Se não nos cabem soluções sociais mais amplas, também não podemos dar soluções simples ou simplistas em área tão complexa.”*

Muitíssimo obrigada, Suad!!

PSICANÁLISE

ISBN 978-85-212-2096-1

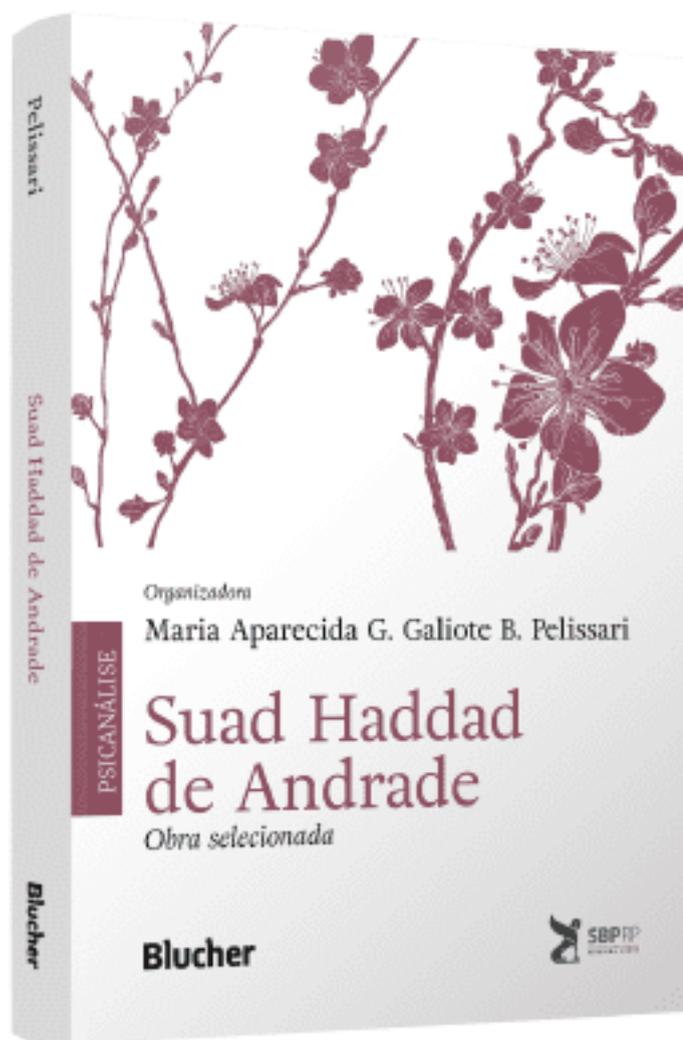


9 788521 220961



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

**Blucher**



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

## Suad Haddad de Andrade

Obra selecionada

---

Maria Aparecida G. Galiote B. Pelissari

ISBN: 9788521220961

Páginas: 596

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2024

---