

Da clínica à teoria e vice-versa¹

Um dispositivo para a transmissão da psicanálise

Marion Minerbo,² São Paulo

Resumo: A autora propõe um dispositivo – o ateliê clínico – para abordar o que denomina dissociação teórico-clínica. Idealmente, ao fim de quatro encontros, cada participante do grupo integra a experiência de como a clínica pede ferramentas conceituais sem as quais é difícil transformar o “barulho” do material clínico em sentido. E vice-versa: os colegas descobrem a teoria diretamente encarnada na clínica; quando ela sai das páginas dos livros e ganha vida, pode ser integrada ao repertório e à identidade do analista. A autora ilustra sua proposta com o relato de dois dos quatro encontros de um de seus ateliês clínicos.

Palavras-chave: formação psicanalítica, ateliê clínico, dissociação teórico-clínica, integração teórico-clínica

Introdução

Nas minhas atividades de transmissão da psicanálise, identifiquei uma dificuldade que denomino dissociação teórico-clínica. Os jovens colegas estudam muito, conhecem a teoria, mas, de algum modo, ela permanece dissociada da clínica, e não chega a funcionar como ferramenta de trabalho. Isso é um problema, porque pode nos conduzir a intervir “na realidade”, passando ao largo da realidade *psíquica*. Para minimizar esses riscos, precisamos trabalhar com conceitos que estejam suficientemente metabolizados e integrados.

O objetivo deste texto é apresentar um modelo de trabalho que propicia aos participantes a experiência intelectual e emocional de integração teórico-clínica. Não ignoro que há outros dispositivos – *working parties*, seminários clínicos e supervisões – com o mesmo objetivo. Contudo, o ateliê difere desses formatos em vários aspectos.

1) A proposta do ateliê é (re)descobrirmos a teoria diretamente encarnada na clínica, e vice-versa, passarmos pela experiência de precisar da teoria para transformar o “barulho” da clínica em sentido. Passo a passo,

1 A versão completa deste ateliê está no prelo do quarto volume da série *Ateliê clínico*, editora Blucher. Agradeço à colega que gentilmente autorizou a publicação deste material clínico. Agradeço a Gabriel Gualtieri, Isabel Lobato Botter e Luciana Botter pela leitura, revisão e comentários.

2 Membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

testemunhamos o que é escuta analítica e como pensa um analista, isto é, como se vai da prática clínica à teoria, e vice-versa.

2) Em relação ao processo, a ideia é construirmos o caso juntos. No lugar de um material clínico previamente preparado, prefiro deixar espaço para o processo primário do analista. Os elementos mais relevantes acabam aparecendo ao longo dos encontros.

3) Em relação ao enquadre, o ateliê se desenvolve em quatro encontros sobre o mesmo caso, com duração de uma hora e meia cada. Um grupo de 10 a 15 pessoas forma uma microinstituição temporária que reflete o espírito dos nossos tempos: o ateliê ganha vida por um breve período, cumpre seu propósito e se encerra. A agilidade do formato se alinha bem com a formação oferecida por instituições tradicionais. Um colaborador participa das reuniões tomando notas que serão compartilhadas com o grupo no WhatsApp. Ao final dos quatro encontros, os participantes têm um registro de todo o processo.

Com o tempo, desenvolvi um estilo e um léxico próprios para transmitir os conceitos diretamente encarnados na clínica de maneira clara e acessível. Entendo que muitas das expressões que uso poderão soar estranhas na versão escrita de uma atividade que é eminentemente oral.

Como os quatro encontros excedem o número de caracteres estipulados pelas normas de publicação, escolhi expor aqui apenas o primeiro e o terceiro, que são os mais vivos. Acredito que seja o suficiente para apresentar o modelo de trabalho que criei e pratico há quase 20 anos.

Primeiro encontro

A colega começa a descrever Marcos, 45 anos, divorciado, em análise há dois anos. Descreve-o como uma pessoa “opaca, sem brilho”. O começo da sessão é sempre meio sem graça. Melhora um pouco do meio para o fim. “Ele sempre rouba cinco minutos no fim da sessão. No começo eu me irritava, agora não me irrita mais.”

M:³ *Vamos precisar entender o que significam esses cinco minutos. Mas temos tempo...*

Marcos chegou dizendo que tinha medo de “falhar sexualmente”. Isso aconteceu uma vez na adolescência. Tinha medo de não conseguir se relacionar com nenhuma mulher. Divorciou-se depois de um casamento de 15 anos. Durante esse período, teve muitas mulheres. Segundo ele, era uma tentativa de se expor à cena para superar o medo. Uma espécie de terapia comportamental.

3 A inicial M identifica as intervenções da autora durante os ateliês.

Diz não ter problemas quando a mulher não lhe desperta muito interesse, mas toma “um comprimidinho” quando a mulher é “mais interessante, ou tem mais dinheiro do que ele”.

M: *“Mulher mais interessante, com mais dinheiro” é uma representação importante, mas de quê? Como entender esse material?*

Essa representação me remete a um texto que escrevi sobre a inibição sexual de homens diante de mulheres experimentadas como “muita areia para meu caminhãozinho” (Minerbo, 2019a). A descrição indica uma relação vivida como assimétrica, isto é, com uma mulher que está bem talhada para servir de suporte transferencial da figura materna. A mulher é “grande”, e ele é “pequeno”. Daí o medo de falhar e o comprimidinho.

A colega continua. Marcos reclama muito dos pais, se irrita quando lhe perguntam se precisa de dinheiro. No entanto, usa o carro velho deles. Tem duas motos potentes. Pensa em vendê-las para comprar um carro novo. Mas não consegue fazer nada do que se propõe. Comprou um apartamento, mas muitas coisas ainda estão encaixotadas.

M: *Sempre que alguém se irrita, ou fica com raiva, é porque interpretou a situação de alguma maneira que nos cabe tentar reconhecer. É uma maneira de tentar acessar aquela subjetividade. Em que “planeta”, em que universo subjetivo ele se move? Como ele lê o mundo e a si mesmo? Sabemos por que Marcos se irrita?*

A colega acha que ele se sente infantilizado pelos pais. Faz sentido, pois em seguida faz questão de dizer que tem duas motos potentes. A impotência, no entanto, aparece o tempo todo: “Não consigo fazer nada do que me proponho”.

A analista retoma a história. O casamento foi acabando junto com o desejo. Tento imaginar esse homem de 45 anos descrito como opaco e sem viço. Imagino alguém deserotizado, sem graça. Ela acrescenta que Marcos faz um esforço para ser “engraçadinho”, mas é “opaco e sem vida” – e usa o termo *desvitalizado*.

Sugiro uma pausa para diferenciarmos, do ponto de vista metapsicológico, *deserotizado* e *desvitalizado*. Os termos se referem a funcionamentos psíquicos diferentes, que exigem estratégias clínicas distintas.

Deserotizado sugere um recalque excessivo da pulsão sexual e, portanto, um funcionamento psíquico predominantemente *neurótico*. A pessoa não consegue ter prazer com a vida, que fica sem graça mesmo. “Uma mulher atrás da outra”, conseguidas pelo aplicativo de relacionamento, não parece ser algo prazeroso, e sim um sintoma, um comportamento defensivo, contrafóbico, ligado ao medo de brochar. A inibição sexual (principalmente com mulheres interessantes), a irritação quando se sente infantilizado, as duas motos potentes, tudo isso indicaria terreno *neurótico*.

Já o termo *desvitalizado* remete a outro tipo de funcionamento psíquico. Não é o prazer, e sim a luta pela sobrevivência do eu que está em jogo. Teríamos angústias primitivas ligadas à própria possibilidade de ser e de existir. As questões com que esse eu se debate estão “aquém do princípio do prazer”. O sofrimento narcísico-identitário indicaria um funcionamento predominantemente não neurótico (Minerbo, 2019b).

No primeiro caso teríamos uma depressão neurótica pela impossibilidade de realizar o desejo. No segundo, uma depressão narcísica com um eu fragilizado, em vias de desmoronar, ou uma depressão melancólica com ataques do supereu cruel ao eu, que fica na lona e desvitalizado.

Nossa colega opta, com bastante segurança, pelo termo *desvitalizado*. Acha que ele tenta ser engraçadinho para não afundar na tristeza. Diz coisas como: “A vida não tem sentido pra mim, não consigo fazer nada, não consigo amar ninguém, me sinto um nada, me vejo como um manequim branco que não tem rosto”.

A contratransferência é soberana: seguimos pensando na linha da desvitalização.

Nossa colega continua: Marcos não consegue se colocar no trabalho ou bancar as coisas que quer. Isso me chama a atenção, pois um melancólico desvitalizado não diria isso. Um melancólico *não quer nada*. Aqui, ele quer, *mas não consegue*. Parece mais impotência do que desvitalização.

M: *Tem historinha?*⁴ *Queremos ver de perto por que ele não consegue se colocar. Tem medo de falar besteira? Não se sente macho suficiente para se colocar? Vê os outros como Entidades*⁵ *que vão esmagá-lo se abrir a boca? Fica aterrorizado com a possibilidade de ser sumariamente despedido e ficar na sarjeta?*

A experiência subjetiva do paciente, tal como aparece na interpretação das historinhas, revela o sofrimento da criança-no-adulto (Ferenczi, 1909/1991, 1933/1992). Elas revelam o que está em demanda de simbolização e de integração. Nesse sentido, são material transferencial e, como sabemos, a transferência é a face visível do inconsciente. Invento, então, uma historinha para esclarecer essa ideia: “Ontem eu estava numa reunião e meu chefe estava

4 No léxico que criei, chamo de *historinha* aquele tipo de material clínico em que o paciente fala sobre seu cotidiano – uma festa, trabalho, cônjuge, vizinho, futebol, política. Sua importância tende a ser subestimada porque, aparentemente, ele não está “falando de si” nem “de suas emoções”. Nos ateliês, resgato seu valor mostrando que elas podem ser escutadas como suporte transferencial de material psíquico inconsciente clivado ou recalcado.

5 *Entidade* é o apelido que dei a qualquer objeto interno-externo vivido como onipotente, onisciente, acima do bem e do mal, que pode salvar e destruir. A Entidade é todo-poderosa e não pode ser confrontada porque aterroriza o sujeito, que se sente submetido e apassivado. Qualquer personagem do material clínico pode representar a Entidade: a mãe, um cônjuge, um colega de trabalho, um filho, uma instituição, um político.

lá. Eu queria dar minha opinião, mas fiquei com medo de falar besteira. Não consegui dizer nada e saí muito puto comigo mesmo”.

A colega diz que Marcos contou uma historinha muito similar a essa!

Meu atual chefe era meu amigo. Trabalhamos juntos na empresa X. Quando ele se tornou gerente da empresa Y, me chamou para trabalhar lá. Disse que acredita no meu potencial e quer me indicar para ser gerente de outra área. Mas para isso eu teria que mudar de postura, conquistar as pessoas, ter liderança, comparecer – enfim, mostrar que sou o cara certo para o cargo. Fiz várias semanas de *coaching*, mas eu continuo quieto nas reuniões. Saio delas puto da vida comigo!

Para acessarmos melhor a experiência subjetiva da historinha do fracasso do *coaching*, vamos deslocá-la para o plano da sexualidade. É como se o chefe-amigo tivesse dito: “Olha, vou te levar pra comer umas mulheres lindas, mas você tem que mostrar a que veio”. Marcos entra em pânico porque se sente um menininho sexualmente imaturo. Como *coaching* não resolve neuroses, ele vai parar num consultório de psicanalista.

M: *Marcos quer esse cargo? Ser gerente implica ocupar um lugar de autoridade, mandar, confrontar, exigir. Não me parece que ele se veja fazendo isso.*

Nossa colega afirma que no começo ele queria, mas agora não quer mais. Diz que não serve para ser gerente, e não acredita nas metas da empresa porque os donos não investem nos funcionários. Está repensando se quer ficar lá.

Linda racionalização! “Não é que eu esteja apavorado, é que não concordo com a política da empresa”. Marcos prefere pedir demissão para não se sentir um bobo, e para fugir da humilhação de não dar conta do recado – enfim, de não se sentir suficientemente potente. Tudo indica que o sofrimento está ligado à identidade sexual masculina.

Ele não tem a agressividade necessária para ser gerente. Não consegue bancar nada frente a um cliente ou colega de trabalho. A falta de agressividade pode ser sintoma tanto de um recalque excessivo das pulsões agressivas (terreno neurótico) quanto da submissão excessiva à Entidade (terreno não neurótico).

Para nos localizarmos, uma perguntinha ajuda a saber se estamos diante de angústias edipianas (terreno neurótico) ou narcísicas (terreno não neurótico).

M: *O que aconteceria se ele se colocasse?*

Se ele disser “vão me achar um bobo”, é uma coisa. Se disser “vão cair matando e me demitir”, é outra coisa. Vejam só, “me achar um bobo” significa “vão ver que não passo de uma criança querendo parecer gente grande”. Vou passar vergonha. Já “cair matando e me demitir” significa “a Entidade vai me matar, vou morrer abandonado na sarjeta”. É aterrorizante.

É importante notar que, nos dois casos, o material só se torna significativo graças à teoria implícita na minha escuta. “Vão me achar um bobo” me remete ao Édipo e às fantasias de parricídio, transferidas para o embate nas reuniões no trabalho. Já “vão cair matando e me demitir” me remete a Klein (1946/1991), que estudou o funcionamento psicótico com as várias modalidades de angústia de morte.

Pois bem. O chefe é amigo dele, gosta dele. Não há evidências de angústias de morte. Além disso, já temos elementos que apontam para inibições ligadas ao recalque da sexualidade (tomar um comprimidinho quando vai transar com uma mulher interessante que ganha mais do que ele). Para ele, isso configura uma situação assimétrica (ele pequeno, ela grande). A mulher representa uma figura materna, e por isso transar com ela é tão desejado quanto angustiante. O supereu neurótico diz: “Essa daí é proibida para você”. E dá-lhe Viagra para conseguir transgredir a proibição!

Escutar analiticamente implica estarmos próximos do que diz o paciente, mas tendo como pano de fundo nosso repertório teórico. Por motivos históricos e transferenciais, algumas instituições privilegiam o estudo do arcaico (o desenvolvimento psíquico e a psicopatologia de 0 a 3 anos). Outras, o do infantil (de 4 a 6 anos). É normal, não dá para estudar tudo. Mas é importante sabermos que, dependendo do caso, teremos mais dificuldade em reconhecer as configurações psicopatológicas que foram menos estudadas. Posto isso, vamos retomar a encruzilhada em que tínhamos, de um lado, um Marcos deserotizado, e de outro, um Marcos desvitalizado.

Como vimos, a colega sustenta que o vê *desvitalizado*. “A vida não tem sentido”, “não consigo amar ninguém”, “ele se desvaloriza”, o “manequim branco sem rosto”. Todos esses fragmentos de fato poderiam nos fazer pensar na desvitalização ligada a uma depressão narcísica/melancólica. Além disso, ela consentia com os cinco minutos roubados ao fim de cada sessão por entender que ele teria sido pouco investido. Digamos que ela o via como um bebê desnutrido e faminto e, se encerrasse a sessão no horário, seria uma violência, configurando um retraumatismo. A teoria implícita diz respeito ao arcaico.

Mas uma pessoa *deserotizada* também pode não ter um bom motivo para acordar de manhã. Sua experiência subjetiva seria algo como: “Não adianta, não consigo bancar o que desejo, não consigo realizar meu potencial, a vida não tem graça, para que sair da cama?”. É o que chamamos de depressão neurótica, secundária ao fato de sentir que não banca nada – ele brocha na vida, e não apenas na cama.

Mas vejam a diferença: o melancólico não deseja nada; já o neurótico deseja, mas não consegue bancar seu desejo. Para o melancólico, a vida não

tem sentido; já para o neurótico, a vida não tem graça. É a diferença entre as depressões narcísica e neurótica.

Alguém no grupo pergunta sobre a função do aplicativo e de transar cada hora com uma mulher diferente. Afinal, sexo não tem a ver com prazer?

Depende de qual é a função desse comportamento na sua economia psíquica: 1) na linha da melancolia, o sexo compulsivo poderia ser uma defesa pela via da excitação sensorial, estímulo cuja função seria manter de pé um eu capenga; 2) na linha mais neurótica, no entanto, poderia ser também uma maneira de estar sempre excitado com a novidade, garantindo que não vai brochar; seria um comportamento contrafóbico; e parece ser esse o caso, pois Marcos diz que busca se expor continuamente ao estímulo ansiogênico para se curar do medo de brochar.

Outra colega pergunta sobre os cinco minutos no fim da sessão. Muito bem lembrado! Eles são fundamentais para diferenciarmos terreno neurótico de não neurótico. E para isso, mais uma vez, precisamos entender *qual é a função* do comportamento em sua economia psíquica.

Num registro mais neurótico, poderíamos ler o “roubo” dos cinco minutos como uma pequena *transgressão do enquadre*. Mas para que serve o enquadre? Em primeiro lugar, ele garante a *situação assimétrica* na qual um está lá para escutar e interpretar, e o outro está lá para associar e transferir. É a reprodução da situação em que a diferença entre gerações está posta: os pais são de uma geração, os filhos de outra. O analista está lá para sustentar essa diferença, bem como a interdição do incesto (e seus equivalentes).

Esta é a segunda função do enquadre: por mais tentador que seja, nem o analista vai “tirar uma casquinha” do paciente, nem o paciente vai “tirar uma casquinha” do analista. A lei interdita esse tipo de gratificação pela boa razão de que seria o equivalente ao incesto. A única gratificação permitida é a que tem a ver com o trabalho em si. Percebe-se que esses cinco minutos poderiam ter o sentido de “tirar uma casquinha”, linda expressão que alude a uma *gratificação indevida*.

No entanto, e como já vimos, a analista diz que não vê esses cinco minutos como transgressão, mas como sendo da ordem da *necessidade*. Podemos ver que o conceito implícito é o de “necessidades do eu”, de Winnicott (1962/2007a, 1963/2007b, 1960/2007c). Um recém-nascido que chora não está querendo tirar uma casquinha da mãe; está submerso em angústias de fragmentação e precisa do seio para se reorganizar e recuperar a integração somatopsíquica. O colo não é uma gratificação indevida, é uma necessidade. Nesse contexto, negar o seio é deixar o eu em agonia. É traumático.

Afinal, Marcos é como a criança que está doente e pede para continuar na cama da mãe porque está se sentindo muito mal? Ou é como a criança que

adora o quentinho do corpo dela e pede só mais uma história? É uma criança faminta, ou é uma criança que quer mais um sorvete?

Alguém no grupo lembra que, no caso de ser uma criança faminta, em vez de esticar cinco minutos, poderíamos propor mais sessões. Perfeito! É sempre bom lembrar que não estamos lá para ser uma mãe melhor do que aquela que ele teve. E podemos interpretar para ajudar o paciente a se apropriar do sentido de sua demanda. Às vezes sinto que a interpretação foi substituída pela noção de “manejo”, como se este nos dispensasse da tarefa de interpretar o material clínico. Manejar uma situação na transferência é também interpretar. Dou dois exemplos.

Se entendemos que esses cinco minutos correspondem ao desejo de mais um sorvete, seria importante ir conseguindo dizer: “A sessão tem 45 minutos. Você gostaria de ser especial, de ter mais, de me ter mais, só que não pode”. E se entendermos que se trata de uma necessidade do eu, poderíamos dizer: “Nós dois sabemos que a sessão tem 45 minutos, mas vejo que neste momento é importante você ficar um pouco mais, então hoje podemos fazer isso”.

Diante disso, nossa colega pergunta se não poderiam ser as duas coisas ao mesmo tempo. Poderiam, claro. Nesse caso, estamos falando de um núcleo neurótico ancorado em um não neurótico. É a grande vantagem de pensarmos em termos de níveis de funcionamento mental, ou núcleos, em vez de estruturas. Os primeiros podem coexistir lado a lado; já as estruturas se excluem mutuamente.

Idealmente, uma mãe também sofre com a interdição edipiana. Não é fácil dizer ao seu garotinho querido: “Não, meu amor, você já é grande para dormir com a mamãe. Agora você vai para a sua cama”. Se, em função de suas próprias questões inconscientes, ela não conseguir fazer o luto do seu neném, a criança será obrigada a fazer um recalque excessivo de sua sexualidade para atravessar o Édipo. O terreno neurótico está sendo preparado.

A mãe não deveria fazer um uso narcísico da dependência da criança para que, no momento adequado, ela possa se aventurar em movimentos de autonomia. Mas se a mãe apresenta uma fragilidade narcísica importante, pode precisar de uma criança dependente para garantir sua autoestima. Os movimentos de autonomia ficarão travados, seja pela culpa de abandonar a mãe, seja por medo das retaliações. É o terreno não neurótico que está sendo preparado.

M: Pergunto à colega: o que aconteceria se você encerrasse a sessão na hora? A resposta pode nos dar uma ideia da contratransferência, o que nos ajuda a reconhecer em que terreno estamos pisando.

Ele ficaria com *raiva* de ter que ir embora? Ou com *ódio* de ser enxotado? E você? Ficaria com *pena* de privar o paciente desses cinco minutos? Ou com *medo* de colocar esse limite?

Retomo a ideia de que a raiva é a resposta à frustração, indicando terreno neurótico; já o ódio tem a ver com uma ameaça narcísica e indica terreno não neurótico. Ela não acha que Marcos ficaria com ódio. Nem com raiva. Ficaria surpreso, reclamaria um pouco, mas de um jeito *engraçadinho*.

Alguém no grupo resgata outro elemento revelador da contratransferência. A colega nos disse que Marcos “rouba cinco minutos”. Ora, roubar é um ato ilícito, é uma transgressão; se fosse uma necessidade, os cinco minutos não estariam sendo roubados, e sim *concedidos*. Ela teria dito: “Eu concedo a ele cinco minutos”. A colega esclarece que o “roubo” é feito de um jeito *engraçadinho*, o que para ela significa que ele não pode confessar sua dependência/necessidade da análise.

M: *O que podemos pensar sobre o termo “engraçadinho”?*

A colega havia dito que “Marcos faz um esforço para ser engraçadinho, mas é opaco e sem vida”, “tenta ser engraçadinho para não afundar na tristeza”. Ela parece estar usando o conceito de defesa maníaca. O termo, contudo, se refere a um universo infantil. Um menino engraçadinho. Pode ser um jeito de dizer as coisas sem se comprometer e de neutralizar a agressividade. “Não estou reclamando, eu só estava brincando!”.

Mas pode ser visto como um jeitinho sedutor: a criança pede só mais uma história de um jeito engraçadinho e irresistível. A mãe acaba concedendo cinco minutos porque foi seduzida. É curioso que a ideia de sedução não esteja no radar da nossa colega. Nesse ponto, ela anuncia que quer falar do pai dele. Ótimo! Vamos ver se uma historinha nos ajuda a sair da encruzilhada.

Desde criança, lembro que meu pai só pensava em sexo. Ele mexia com as mulheres na rua. Quando tinha cenas de sexo na tv, ele olhava pra mim de um jeito diferente – tipo: “Olha bem, vê se aprende, porque isso vai acontecer com você”. Ele tinha um assobio supermachista, que era um jeito de dizer que ia acontecer uma relação sexual na tv.

De fato, essa historinha é preciosa! O pai está preparando o filho para ser tão macho quanto ele. Isso me faz pensar que a criança-em-Marcos está em constante diálogo interno com a figura paterna, a quem tem que prestar contas de sua virilidade. Como não brochar? Até porque quem é ele para chegar aos pés desse pai?

A analista diz que essa interpretação da historinha faz muito sentido. E acrescenta um comentário de Marcos: “Não posso culpar meus pais. Minha mãe sempre foi dona de casa. A geração dele é assim machista. Mas também não posso dizer que não me influenciou”.

Agora vejam como essa historinha é idêntica à do amigo-gerente. Este incentiva Marcos, sugere um *coaching*, mas espera que ele mostre a que veio.

Diante de tamanha expectativa, fica quieto nas reuniões. O chefe testemunha a brochada, e Marcos vai se sentindo um fracasso, vai se deprimindo.

Alguém no grupo pergunta se não haveria uma disputa entre ele e o pai para ver quem é o mais potente. O material de que dispomos até aqui não mostra rivalidade. O que vemos é que ambos, pai e chefe, são investidos como modelos de virilidade, o que acaba inibindo Marcos.

Por outro lado, não podemos esquecer o “engraçadinho”, que pode ser uma solução de compromisso entre o desejo e o medo de seduzir a figura materna, e ter que se haver com a castração do pai. Aliás, a mãe até agora não apareceu.

Terceiro encontro

A colega retoma o caso com uma fala de Marcos: “Vale a pena eu continuar vindo aqui? Sei que preciso, mas fico pensando... Eu tinha que lavar minha moto, vender meu carro e não fiz nada disso. E aqui, eu quero aprofundar, mas não consigo”.

Uma novidade! Há duas menções ao aqui e agora da análise! “Vale a pena continuar vindo aqui? ... Quero aprofundar, mas não consigo”.

Até agora o “não consigo” aparecia nas várias historinhas, o que nos permitiu reconhecer a transferência de material inconsciente sobre a linguagem. Mas aqui o “não consigo” tem a ver com a análise! E isso, como veremos, nos permitirá entender a transferência de material inconsciente sobre a analista. Um bom jeito de abrir caminho para que essa transferência apareça com mais nitidez é simplesmente repetir: “Não consegue aprofundar?”. Queremos que ele traga novas associações.

Uma perguntinha básica nos ajuda a imaginar como ele constrói a analista transferencialmente: “Com quem ele pensa que está falando?”. A criança-nele pensa que está falando com alguém – uma figura materna? paterna? – que tem altas expectativas em relação ao desempenho dele. Essa figura está impaciente, esperando que Marcos mostre a que veio. E está frustrada porque o material é insuficiente, pouco interessante – “pouco profundo”. Vejam só! Agora a analista está no lugar do chefe-amigo que fica esperando “que ele se coloque na reunião”, mas ele não consegue.

Com base nas associações dele, e avançando com cuidado, talvez em algum momento seja possível interpretar: “Você imagina que, quando você não aprofunda, eu fico impaciente ou decepcionada?”.

Qual é o nosso objetivo ao interpretar a transferência? Ajudá-lo a reconhecer sua posição frente à analista. E por quê? Porque isso indica o *nó edipiano* que produz os sintomas que atrapalham sua vida.

1) A posição subjetiva que ele ocupa frente à analista é angustiante, porque ele imagina que teria que satisfazê-la (trazendo material profundo) – ela, como o chefe, como o pai, tem altas expectativas sobre ele, o que o deixa em pânico.

2) É também uma posição humilhante, pois imagina que os outros pacientes – os rivais no amor da analista – conseguem aprofundar (são grandes e potentes), enquanto ele não (é pequeno e impotente).

3) Adivinhamos seu medo de que a analista se canse de esperar e lhe diga que está perdendo seu tempo com ele (“Será que vale a pena eu continuar vindo aqui?”). É como se ela dissesse: “Você nem trepa, nem sai de cima”.

Percebem que estou escutando esse “não aprofundo” no campo da sexualidade infantil? Na verdade, os pacientes não têm que aprofundar nada! Eles vão dizer o que podem, como podem. É o analista que tem que “aprofundar”, no sentido de escutar qualquer material analiticamente.

Mas podemos escutar esse “não aprofundo” também de outra maneira. Ele pode estar se queixando de que a analista não aprofunda, isto é, que ela não cutuca o nó edipiano que precisaria ser cutucado. Nesse caso, ele *protege a analista* de sua crítica (vejam a dificuldade dele com sua agressividade!) criticando a si mesmo (“A culpa não é sua, sou eu que não consigo aprofundar”).

Podemos propor intervenções disruptivas, cuja finalidade é mobilizar o processo primário produzindo associações. Por exemplo: “Você tem medo de não estar satisfazendo minhas expectativas?”. Ou então: “Você imagina que seu desempenho aqui na sessão deixa a desejar?”.

Interpretações disruptivas são falas que provocam, que incomodam, que tiram da zona de conforto, que surpreendem, que desestabilizam as defesas, que propõem algo um tanto subversivo. Claro que não queremos levantar resistências, nem assustar o paciente, que poderá sair correndo. Mas também não adianta fazermos intervenções que não chegam a tocar o que precisa ser tocado. Queremos interpretações que cutucam e fazem aparecer o que não podia aparecer de jeito nenhum, isto é, o material recalcado. Queremos trazer de volta a angústia que motivou o recalque para poder elaborá-la e dar a ela outro destino.

Mas se fosse um paciente cuja organização psíquica está em terreno arcaico (a criança-nele teria de 0 a 3 anos), em vez de infantil (a criança-nele teria de 4 a 6 anos), evitaríamos interpretações disruptivas. Nosso objetivo não é tirar o paciente da zona de conforto, e sim tentar construir um sentido que ajude a conter e a transformar a angústia primitiva que o paralisa. Quando se trata do arcaico, o trabalho é conter a angústia oferecendo palavras que deem sentido a ela (função alfa, apaziguamento simbolizante). Vejam a importância de termos alguma ideia quanto a se estamos em terreno neurótico ou não neurótico (Minerbo, 2019b).

A colega continua apresentando o caso. Conta que, naquela semana, havia acontecido uma coisa curiosa. Quando foi buscá-lo na sala de espera, Marcos comentou que as plantas estavam secas. A colega respondeu: “Mas ainda estão perfumadas”. A palavra *perfumadas* tocou seu pré-consciente, e ele associou com a historinha mais linda desse ateliê.

Por falar nisso, fui escovar os dentes no lavabo da sua sala de espera e lembrei que tenho um perfume pequenininho aqui na minha mala. Pensei em passar para ver se você ia perceber. Era só para zoar. O meu perfume é da marca x, a mesma do sabonete que você tem no lavabo. Aí vi que o meu perfume não é porcaria, é igual ao seu. O que eu mais gosto é chegar aqui e lavar as mãos no lavabo com seu sabonete.

M: *Se tínhamos alguma dúvida sobre a idade da criança-no-adulto, não temos mais! Vejam como fica a escuta analítica.*

Trouxe um perfume pequenininho de casa para se perfumar para a analista. Lavar as mãos com o sabonete perfumado da analista simboliza o prazer erótico do contato com o seu corpo (seu sabonete, seu lavabo). Ir embora levando a analista no perfume do sabonete dela. Que maravilha, a marca dele não é uma porcaria, a analista também usa! Se bem que o perfume que está na mala dele é “pequeninho”. Sem falar em escovar os dentes antes da sessão. É para entrar na sala com um *hálito* agradável? Como quem vai beijar na boca? E tudo isso “sem querer, querendo” que ela perceba. Pondo panos quentes no desejo de seduzir a analista (“É para zoar”).

Confirmando essa interpretação, a colega lembra que certa vez ele cortou o cabelo e queria saber se ela tinha gostado do novo visual.

M: *Tendo em mente esse entendimento sobre o material do perfume, o que poderíamos dizer a ele?*

– “Então nós dois gostamos da mesma marca! O que isso quer dizer pra você?”

– “Ah, você gosta do meu cheiro, quer dizer, do meu sabonete!?”

– “Então, quando vai embora, leva meu cheiro nas suas mãos...”

– “Você diz que era só para zoar, mas eu acho que gostaria que eu sentisse o seu perfume.”

– “Você quer saber se gosto do seu perfume. Mas será que não ficaria desconfortável se eu dissesse que sim?”

Essas intervenções têm como pano de fundo teórico a ideia de desejo/pavor do incesto. Imaginem a analista (figura materna) dizendo para a criança-nele: “Hum, que cheiro gostoso! É o perfume do meu namorado!”. Imaginem o pânico dele. Claro que não vamos dizer isso, mas vamos fazer uma interpretação disruptiva que alude ao pavor do incesto: “E se eu gostar do seu perfume como você gosta do meu?”.

M: *Vamos imaginar que você tivesse interpretado: “Você gosta de levar para casa meu perfume nas suas mãos”. O que ele faria com isso?*

A colega diz que ele seria pego de surpresa, daria risada. Tentaria levar para o lado da brincadeira. E talvez ficasse com um pouco de vergonha.

Dar risada é uma confirmação de que a criança-nele “foi pega no flagra”, mas no bom sentido. A interpretação foi disruptiva, pois ele pensa que está falando de sabonetes, mas a analista dá outro sentido ao sabonete: levar o cheiro dela para casa. O importante é que ela reconhece o valor simbólico do gesto de Marcos e nomeia um aspecto do desejo infantil.

Agora, enquanto escrevo, pensei em uma intervenção melhor: “Já que não pode me levar para casa, você pode pelo menos levar meu cheiro”. Além de ser mais delicada, indica que ele não pode ter a mãe, mas pode ter um símbolo da mãe. Se isso for dito num tom afetuoso e acolhedor, ajudamos o paciente a levantar o recalque para que possa *integrar* aspectos da sexualidade infantil. É assim, pela via da integração das pulsões sexuais e agressivas, que ele vai poder se tornar o adulto *potente* que ele tanto quer ser.

Um participante do ateliê pergunta se uma fala dessas não é sedutora. Excelente pergunta! Inclusive indica, a meu ver, o *medo que todos temos de seduzir o paciente*. Se Marcos se sentir seduzido pela interpretação, é sinal de que a neurose infantil se atualizou como neurose de transferência (Freud, 1912/2010). É tudo o que queremos, para ajudar o paciente a elaborar ao vivo e a cores, no aqui e agora, o desejo edipiano recalcado.

Nos ateliês que venho conduzindo, observo que 25% dos casos discutidos são de pacientes que apresentam sofrimento neurótico, contra 75% de sofrimento não neurótico. Curiosamente, parece mais difícil reconhecer e trabalhar com os primeiros. Arrisco uma hipótese. Embora a atitude das pessoas em relação à sexualidade tenha mudado, na clínica continuamos com as mesmas dificuldades em relação à transferência erótica. Talvez seja porque, ao contrário do sexo cotidiano, a transferência numa relação assimétrica desperta em nós o pavor do incesto, já que quem se apaixona pelo analista é a criança-no-adulto. Uma coisa é se relacionar eroticamente numa relação horizontal com um/a parceiro/a. Outra é sustentar na transferência as moções pulsionais da criança-no-paciente em relação à figura parental.

Considerações finais

Espero ter conseguido transmitir o espírito do ateliê clínico. Seu foco é a mente do analista – não apenas no sentido tradicional de contratransferência, mas também em como ele usa as ferramentas conceituais disponíveis para a escuta analítica e para desenvolver seu pensamento clínico. Conceitos

devidamente metabolizados são usados no “piloto automático”, como dirigir um carro ou andar de bicicleta.

Os participantes têm uma experiência intelectual e emocional dupla. Por um lado, a teoria sai dos livros e ganha vida quando está encarnada na clínica. Por outro lado, o processo mostra a que ponto o trabalho clínico depende da teoria. No caso discutido, sem ela é difícil reconhecer a sedução edipiana no material sobre o perfume, ou no “engraçadinho” que rouba cinco minutos da sessão.

Esse modelo de trabalho, que venho praticando há quase 20 anos, tem se mostrado eficaz na transmissão da psicanálise. Acredito que ele possa ser reproduzido por colegas experientes, cada um utilizando sua própria caixa de ferramentas conceituais.

De la clínica a la teoría y viceversa: un dispositivo para la transmisión del psicoanálisis

Resumen: La autora propone un dispositivo –el taller clínico– para abordar lo que denomina disociación teórico-clínica. Idealmente, al final de cuatro encuentros, cada participante del grupo puede integrar la experiencia de cómo la clínica requiere herramientas conceptuales sin las cuales es difícil transformar el “ruido” del material clínico en significado. Y viceversa: los colegas descubren la teoría directamente plasmada en la clínica; cuando sale de las páginas de los libros y cobra vida, puede integrarse en el repertorio y la identidad del analista. La autora ilustra su propuesta con el relato de dos de los cuatro encuentros de uno de sus talleres.

Palabras clave: formación psicoanalítica, taller clínico, disociación teórico-clínica, integración teórico-clínica

From clinical practice to theory, and back: a model for the transmission of psychoanalysis

Abstract: The author proposes a model of work – the clinical atelier – to address what she calls theoretical-clinical dissociation. Ideally, at the end of the process, each participant in the group integrates the experience of how clinical practice requires conceptual tools without which it is difficult to transform the “noise” of clinical material into meaning. And vice versa: the colleagues discover the theory directly embodied in the clinic; when it leaves the pages of books and comes to life, it can be integrated into the repertoire and identity of the analyst. She illustrates her proposal with the report of two of the four encounters of one of her ateliers.

Keywords: psychoanalytic training, clinical atelier, theoretical-clinical dissociation, theoretical-clinical integration

De la clinique à la théorie et vice-versa : un dispositif pour la transmission de la psychanalyse

Résumé : L'autrice propose un dispositif – l'atelier clinique – pour répondre à ce qu'elle appelle dissociation théorique-clinique. Idéalement, à la fin des quatre rencontres, chaque participant du groupe intègre l'expérience de comment la clinique demande des outils conceptuels sans lesquels il est difficile de transformer le « bruit » du matériel clinique en sens. Et vice versa : les collègues découvrent la théorie directement incarnée dans la clinique ; lorsqu'elle quitte les pages des livres et prend vie, elle peut s'intégrer au répertoire et à l'identité de l'analyste. L'autrice illustre sa proposition par le compte rendu de deux des quatre rencontres d'un de ses ateliers.

Mots-clés : formation psychanalytique, atelier clinique, dissociation théorico-clinique, intégration théorico-clinique

Referências

- Ferenczi, S. (1991). Transferência e introjeção. In S. Ferenczi, *Obras completas* (A. Cabral, Trad., Vol. 1, pp. 77-108). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1909)
- Ferenczi, S. (1992). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In S. Ferenczi, *Obras completas* (A. Cabral, Trad., Vol. 4, pp. 97-106). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933)
- Freud, S. (2010). A dinâmica da transferência. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. Souza, Trad., Vol. 10, pp. 133-146). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912)
- Klein, M. (1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In M. Klein, *Obras completas de Melanie Klein* (B. H. Mandelbaum et al., Trans., Vol. 3, pp. 17-43). Imago. (Trabalho original publicado em 1946)
- Minerbo, M. (2019a). Como pensa um psicanalista. In M. Minerbo, *Novos diálogos sobre a clínica psicanalítica* (pp. 53-88). Blucher
- Minerbo, M. (2019b). *Neurose e não neurose*. Blucher.
- Winnicott, D. W. (2007a). Ego integration in child development. In D. W. Winnicott, *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 56-63). Karnac. (Trabalho original publicado em 1962)
- Winnicott, D. W. (2007b). From dependence towards independence in the development of the individual. In D. W. Winnicott, *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 83-92). Karnac. (Trabalho original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (2007c). The theory of the parent-infant relationship. In D. W. Winnicott, *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 37-55). Karnac. (Trabalho original publicado em 1960)

Recebido em 8/1/2025, aceito em 18/2/2025

Marion Minerbo

marionminerbo@gmail.com

DOI: 10.69904/0486-641X.v59n3.14