

A LITERATURA NA CONSTRUÇÃO DA LINGUAGEM DO ANALISTA

Maria Luiza Salomão

Membro Associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo

Palestra apresentada em Marília no dia 16 de junho de 2018.

Leio a literatura psicanalítica como leio poesia e escrita literária.

A Literatura sempre esteve presente na minha vida. Nasci em uma cidade pequena, sem muito que fazer.

Escolhi comentar a literatura psicanalítica, por entender que a construção de uma linguagem - no campo específico da psicanálise – é a grande questão para pensar no “silêncio das entranhas” de um paciente psicossomático, que muitas vezes carece de palavras.

Acompanho Antonino Ferro, o psicanalista italiano, na maneira como ele usa a **narração** - a do paciente e a do analista como uma **co-narrativa** transformadora, em lugar de usar da chamada interpretação psicanalítica. Uma *cooperação dialógica*, diz Ferro, que gera significados novos e abertos, e que “não põe à prova as partes ou os funcionamentos do paciente, ainda não capazes de plena receptividade e dependência” (cita De Chiara, 1985, 1992), na página 18 de *A Psicanálise como literatura e terapia*, Imago, 2000.

A **comunicação de inconsciente para inconsciente** é um fato psíquico de difícil apreensão, e uma evidência quase sempre difícil de comprovação. No entanto, ela existe. Há vários caminhos usados pelos analistas, como se fossem lentes, experiências sempre pessoais e significativas para esta captura.

Ler os pacientes

Ler um paciente, ler uma alma é tarefa muito mais difícil do que aprender línguas estrangeiras. Parece haver uma necessidade de ouvir os analistas contarem histórias sobre seus pacientes, na verdade, contarem histórias

sobre como se tornaram analistas também, ou como são capazes de se colocar na “poltrona de psicanalista”.

Ler histórias clínicas nos ajuda a aprender a contar nossas próprias histórias com nossos pacientes. Como a poesia e a prosa literária faz conosco, ampliamos nossos horizontes psíquicos – vivemos muitas outras vidas quando lemos romances, contos, poesias.

Ler a literatura psicanalítica é uma *experiência emocional* importante de aprendizado de como ler os pacientes. Wilfred Bion convidava seus leitores a ter uma experiência emocional com seus escritos.

Antonino Ferro

No capítulo III no seu livro **Técnica e Criatividade, 2008**, Ferro coloca a psicossomática em um prisma: *Psicossomática ou metáfora: problemas do limite*. O autor ouve o relato do paciente psicossomático, sintomas ou doenças físicas, como uma *comunicação* - como qualquer outro relato - de sonhos, de situações por ele vividas.

No relato do paciente psicossomático, interessa para Ferro a sua narrativa: como narra os seus sintomas.

Li este livro à beira da lareira, “ouvindo” as histórias que Ferro ouviu e narrou aos seus pacientes. Ler um analista tentando encontrar um meio de entrar em contato com a realidade inefável, psíquica, usando de recursos teóricos e clínicos, é fascinante: torna possível a cada leitor encontrar a sua forma de tornar-se analista, seja por identificação seja por contraste, com as experiências clínicas de outro psicanalista.

A cada paciente, também, é possível descobrir uma nova forma de ser analista. Como somos mãe diferente para dois filhos. Cada paciente cria seu analista, e vice-versa. A dupla cria uma história, com enredo, personagens, começo-meio-fim. Peripécias acontecem na vivência compartilhada da dupla paciente/analista.

Histórias cativam crianças, adolescentes e adultos. Ferro desenvolveu uma técnica de **aproximação afetiva**, uma espécie de “esquentar” – como os

adolescentes dizem quando se preparam para uma balada – usando narrativas.

Lembrei-me de que a forma do **relato dos meus sonhos** se modificou nas três análises que fiz, com três analistas com diferentes personalidades. No contato íntimo com eles, algo me fez variar a forma de relato. Fiz uma análise junguiana, e nunca mais tive sonhos como aqueles, com cavernas e seres mitológicos. Com outro analista, meus sonhos eram telegráficos...

Ferro, seguindo Bion, como vários outros analistas, vem trabalhando com a busca da chamada “linguagem de êxito”, que permita uma vivacidade no contato íntimo entre paciente e analista.

Clarice Lispector diz – *“Entender é sempre limitado. Mas não entender pode não ter fronteiras. (...) Só de vez em quando vem a inquietação: quero entender um pouco. Não demais: mas pelo menos entender que não entendo”* (Não entender – crônica publicada em 1/02/1969).

Ela chamava de “antimétodo” seu modo de aproximar das coisas, da vida. Nós chamamos de **atenção flutuante**, expressão criada por Freud.

Boiamos na sessão, muitas e muitas vezes até que algo brilha na escuridão.

As formas como o analista em sessão procura entender seu paciente tem a ver com sua história, seus interesses, sua cultura – não me refiro à erudição – mas também ao pertencimento à sua cultura local.

O processo psicanalítico – na relação paciente/analista nos coloca, permanentemente, no limite *entre a ignorância e conhecimento*.

Estou há poucos meses com uma paciente – **Bela**. Chega encaminhada por um psiquiatra. É obesa, e se mostra expressiva, comunicativa, tem um lindo sorriso. Relata uma história triste de perda da mãe, aos nove anos, por ingestão de remédios para emagrecer. Depois o convívio difícil com o pai alcoólatra, violento, que regulava o que ela deveria comer (e também aos dois irmãos), tendo que trabalhar cedo. Casou-se com um homem que se revelou muito violento, para escapar da atmosfera familiar,

adolescente ainda, e teve que lutar para conseguir a guarda dos filhos. Chama a mulher com que o pai se casou pela segunda vez de “mãe”.

Bela detalha uma situação de muita solidão. Está no seu segundo casamento e o marido trabalha muito: é bom, mas ausente. Ele trabalha muito, ela come muito. Excessos. Sistemáticamente ataca a medicação psiquiátrica e diz que lhe faz mal.

Relata problemas razoavelmente sérios com o fígado, mas não segue o tratamento. Fica, me diz, dois dias inteiros sem comer. Falta frequentemente às sessões, mas avisa previamente. Um dia o marido veio com ela, uma *Bela* transfigurada, encolhida, olhar assustado. Com a ausência da medicação, entrou em uma depressão grave, sem comer, dormir, sem querer sair do quarto. Ela já tentou o suicídio uma vez. Escutei o marido, nada repliquei. Ele foi embora e ficamos as duas. *Bela* muda e trancada em um silêncio de muita desconfiança (quase *vi* a criança *Bela*), ela me diz que queria ir para a casa da mãe. Encarando a ambiguidade do nome **mãe** (referente à mãe que faleceu e à mãe adotiva), disse a ela que ela estava flertando com a morte, e um jeito de seguir a mãe, para a casa da Morte, era parar a medicação. Ela faz uma associação do remédio com veneno e a comida – e tudo o que *não* pode comer – com alegria, prazer. Engordar/emagrecer é uma questão de vida/morte, na relação com o marido e no acúmulo de **Ódio** que *Bela* tem do pai, e, talvez, da mãe, de quem não parece ter feito o luto, quase 40 anos depois.

Vi o brilho nos seus olhos, com a minha fala, um susto! Desde o início me chamava a atenção o nome “mãe” dado à mãe adotiva. Há um negativismo em *Bela*. É só dizer *não pode*, que ela quer fazer, e faz, mesmo contra ela mesma. As faltas nas sessões parecem ser “pausas”, um tempo de digestão, que eu respeito – não a empanturro com interpretações.

Cada analista tem uma espécie de “grade” interna, consciente ou inconscientemente, para aprender a ler o seu paciente. Melhor que a grade seja consciente.

PSICANÁLISE NÃO EXPLICA E NEM CURA TUDO

Ferro, ao pensar sobre psicossomática, alerta para uma fantasia onipotente de que há um controle sobre tudo o que acontece no nosso corpo e que tudo poderia ser explicado pela psicanálise.

Ferenczi, em 1926, escreve sobre **sintomas transitórios na análise**. Alguns sintomas físicos podem acontecer: uma otite de um paciente, após uma sessão em que sente que ouviu interpretações muito doídas, que o inflamaram de ódio. Em outro, Um embaçamento de visão pelo ódio à “visão” da realidade, que não obedece aos seus delírios.

Estes sintomas transitórios me parecem – por vezes – servir à transformação, uma espécie de *modulação* ou *início de alfabetização* daquilo que não é pensável, ou não pode ser sentido.

Diz Ferro - há um longo trajeto entre uma evacuação violenta (diarreia) e uma contenção exagerada (prisão de ventre). UM MODELO INTESTINAL DE MENTE.

Seguindo Bion, Ferro fala da necessidade de uma **mente receptiva** – quando há explosão do continente psíquico, ou excesso de conteúdo a ser evacuado – que possa realizar a alfabetização das protoemoções.

No caso de *Bela*, o Ódio, como personagem, tem tomado uma posição importante, neste momento.

Com Ferro aprendo que é possível modificar a **qualidade da interpretação** pela atenção à forma como o paciente escuta o que oferecemos. Tenho usado o humor com *Bela*, que se senta e me olha diretamente nos olhos. Eu também me sinto ser alfabetizada pelo paciente no seu léxico. É aos poucos que começo a falar seu idioma, e a aprender a escutar o que o paciente ouve, quando lhe informo algo, no meu léxico.

Comunicação entre pares – outra alfabetização.

Tenho, por vezes, dificuldades em participar de seminários clínicos. Há uma pressa em contrapor ideias, experiências, e pouca escuta ao que o apresentador traz, com coragem e generosidade. Penso em algumas questões, que envolvem o **processo de criação** do apresentador, mas o

grupo, frequentemente, se volta para o conteúdo apresentado. Penso que poderia ser útil desenvolver, com o apresentador, uma co-narrativa:

O que o fez **eleger** este paciente e não outro? No que o paciente o marcou tão profundamente? Quais palavras são usadas para **descrevê-lo**? Quais **impasses** neste fragmento de um instante que já passou, e o que este fragmento **evoca no grupo**?

Creio que poderia ajudar a pensar na dificuldade que é transmitir a experiência dentro da sala de análise.

O apresentador de material clínico desenvolve um léxico com o paciente – léxico aprendido no contato com o paciente, aprendizado longo, às vezes inventado pelo analista, para a apresentação. Que léxico é esse? Quais palavras brilham em neon? (como quando se lê poesia).

Uma boa questão é: podemos acordar nossos modos de apreensão do psíquico, sem recorrer a conceitos de escolas: de freudianos, kleinianos, bionianos, winnicottianos? Interessa pelo que ela pode remeter - a construção da linguagem psicanalítica.

Criar linguagem eficaz não só com o paciente, mas na comunicação entre os próprios psicanalistas. Linguagem para a transmissão da psicanálise.

Poesia se escreve à sombra de poesia. Escritores escrevem à sombra de outros escritores. A psicanálise também se escreve à sombra de outros psicanalistas que lhe precederam.

O analista possui uma “família analítica” dentro de si (*A família institucional e fantasmática do analista*, Stefano Bolognini, texto apresentado na SBPSP, disponível na biblioteca, tradução Anne Lise S Scappaticci). Por vezes a “família” convive harmonicamente, por vezes em conflito, ou até em total desordem, uma torre de Babel.

Terminada a sessão, conforme o hábito de cada analista há um registro, uma notação, um armazenamento. Como registrar a **atmosfera**, isso que Clarice Lispector alcança, em sua “linguagem de êxito”?

A chamada **vinheta clínica**, que vemos em tantos escritos (a “microscopia de sessão”) geralmente é falha. O “paciente disse, o analista disse”. Pode

ganhar riqueza e profundidade se surgir o modo específico e particular, ligado à personalidade do analista, de capturar o chamado **fato psíquico**, algo que não tem cheiro, forma, cor.

A mesma sessão, escrita do ponto de vista do paciente, como seria?

A rigor, o paciente é a nossa **ficção** psicanalítica. Aprendo isso com Ogden, Ferro, Bollas.

É muito complexo o processo de traduzir o impacto emocional contido na fala do paciente, descrevê-lo, caricaturizá-lo, ou relacioná-lo a algum personagem literário famoso, a uma imagem. A emoção, por exemplo, pode se tornar um personagem.

Lendo e relendo os textos de Freud, aprendo com o seu apreço pela descrição minuciosa. O **como** ele aprendia com o paciente, desde Dora, com os relatos do pai de Hans (sua supervisão de uma “terapia” do pai com o filho), com o Homem dos Ratos, o Homem dos Lobos, a análise do livro de Schreber. Uma liberdade de pensamento e sentimento enormes. Harold Bloom considera Freud um poeta forte.

O **Homem dos Lobos**, por exemplo. O russo SERGUEI CONSTANTINOVITCH (1887-1979), que recebeu o apelido de “homem dos lobos” por um sonho por ele relatado e interpretado por Freud. Serguei foi sustentado pela IPA por toda a sua vida, e, em um livro de entrevistas que concedeu a uma jornalista, conta que não aceitou a interpretação de Freud sobre a *cena primária*. Freud criou este conceito, a partir da análise do sonho, com base na relação mantida com Serguei (tratamento – de 1910/1914 – início da IGG; depois mais **3** meses entre 11/1919- 02/1920).

Redige o trabalho em 1918, e o conceito de cena primária se torna patrimônio da linguagem psicanalítica, orientando e centralizando muitos estudos, de diferentes autores, de diferentes países e culturas. O Conceito nasceu do encontro entre Serguei e Freud. Para Serguei, nunca existiu a cena primária; considerou uma fantasia de Freud, e não dele, Serguei.

No entanto, muito aconteceu nesta relação entre os dois. E ela parece ter desenvolvido a imaginação e a potência analítica de Freud.

Freud não se importou se havia veracidade na sua tese sobre o assassinato do pai da horda primitiva, em *Totem e Tabu*, seu mito científico. Se o erro do nome do pássaro que deu origem à interpretação mitológica do sonho de **Leonardo da Vinci** deveria fazê-lo jogar fora o trabalho que ele próprio considerou um dos mais belos. Ao contrário, não abriu mão das suas teses. O ensaio **Moisés e o Monoteísmo**, 1938, Freud denominou de romance histórico. Concordo com Pontalis, que diz que TODOS os textos de Freud, não somente os clínicos, são importantes no estudo de sua obra.

Esta questão da verdade/mentira. Lembrança /criação que podemos ter sobre fatos da nossa vida – a realidade material ou histórica, a construção da fantasia, da imaginação e os rumos tomados pela vida de uma pessoa – tudo isso teve muitas variações ao longo da história da psicanálise.

O que importa é captura do FATO PSÍQUICO. E a construção dele, assim como a sua apreensão, o nomear, o processo de construção. Qualquer fato psíquico descrito, capturado por um analista, recria, de certo modo, a psicanálise.

Dick, o paciente de Klein, entre 1929/1946, dizia não se lembrar da sua analista, quando Grosskurth (in *O Mundo e a Obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1992) o encontrou. Dick estava com 50 anos. Quando estudei *A narrativa da análise de uma criança* – em que ela faz um relato minucioso, sessão por sessão, de Dick, fiquei impressionada com a linguagem usada por ela. Diz Meltzer sobre este livro: “(Klein) Não se preocupava em fazer a diferença entre descrição, modelo, teoria e sistema notacional, diferentes tipos de definições. Não percebeu o salto que deu referente ao método e ao modelo mental.”

Meltzer acha que a hostilidade inicial às ideias de Klein se deve à pobreza de comunicação, à complicação linguística e ao tom dogmático dos escritos dela (e dos seus seguidores). NO entanto, apesar disso, sua contribuição até 1960, quando faleceu, foi marcante. A escola kleiniana é reconhecida como uma das grandes escolas de psicanálise.

Voltando ao que dizia no início. Leio Psicanálise como leio Literatura.

Para não construir uma colcha de retalhos teóricos, refaço o caminho da **gênese dos conceitos** que os autores criaram, relacionando com o momento histórico em que viveram: seus interlocutores (e, também, seus adversários).

Freud, por exemplo, ao criar a disciplina nova e revolucionária, teve Fliess como o seu grande interlocutor (cartas entre 1887-1904): 17 anos de uma amizade intensa, quando escreve sua grande obra prima - *Interpretação dos Sonhos. Introdução ao Narcisismo, 1914*, teve como inspiração **Jung**, que interrogava Freud sobre a psicose. No período da IGG – 1914/1918 – Freud escreveu os chamados trabalhos metapsicológicos. O seu interlocutor teria sido a IGG? Teve em torno interlocutores como **Ferenczi**, húngaro, que valia por uma Sociedade Psicanalítica inteira, segundo Freud. **Abraham**, de Berlim, que morreu precocemente. **Sachs, Jones** (o seu biógrafo oficial).

Winnicott tinha profunda gratidão a Klein, sua supervisora por seis anos, e que analisou sua segunda esposa, Clare.

Bion disse que precisamos – todos os anos – nos interrogar quais os conceitos que usamos na clínica, quais os que foram deixados de lado. Uma dica fundamental.

Comecei com *Aprender com a Experiência*, e me fascinei pelo que entendi ser um autor que tentava compreender o que se passa na mente do analista, e que o instrumenta a pensar/sentir o que faz na sessão de análise, delimitando o que contribui ou atrapalha na aquisição de um conhecimento, para o paciente, para o analista. Do conhecimento rumo à **sabedoria** (o uso do conhecimento determina o grau de sabedoria). Assim leio Bion.

Fernando Pessoa dizia que quem não é capaz de ler uma palavra, não é capaz de ler uma alma. Ampliando: quem não é capaz de ler uma palavra e um silêncio, não é capaz de ler uma alma. O paciente psicossomático dorme no silêncio das entranhas. Precisamos acordá-lo do sono mortífero.

Reconhecer as idiosincrasias do paciente, seus muitos idiomas, como diria Christopher Bollas. Saúdo com muita esperança, novos ventos que

nos falam que precisamos ser políglotas. Ou sermos polifônicos, como diz Luiz Cláudio Figueiredo.

Resumindo, creio ser a **personalidade** do analista, sua **história**, sua **idiossincrática relação com a sua clínica, seu meio social, SUA FAMÍLIA ANALÍTICA**, fatores essenciais para o processo DE CRIAÇÃO DE UMA LINGUAGEM. É em uma atmosfera misteriosa e íntima, QUE PODEMOS APROXIMAR do núcleo gerador de significados que é a relação da dupla paciente/analista.

1. De **Freud** colhi a atitude **corajosa**: o seu método está inscrito na sua escritura de cabo a rabo — **atenção flutuante**. Palavra poética.
2. De **Klein** guardo “compreensões emocionalizadas”: o trabalho de **Luto Arcaico**: Posições – PEP e PD. Constelações. O conceito de **Identificação Projetiva** e de **Inveja**. **Reparação (que conceito!)**. Que esperança na transformação – na tolerância da perda, da culpa, na responsabilidade pela nossa destrutividade. A bondade sobrevive?
3. De **Bion**, **Continente-contido**. **Cesura**, metáfora poderosa – enterrar no futuro o que não aconteceu/ enterrar no passado o que se esqueceu – o que une/separa/penetra; o “**O**”, o mistério, a possibilidade de ser ou não-ser. O tornar-se. **Memória do futuro**. As grandes incógnitas, para evitar saturações indevidas: função alfa, elementos beta.
4. De Winnicott aprendi a lidar com **paradoxos**. “somos de fato pobres se somos apenas sãos.” O primeiro objeto não-eu, a primeira posse, objeto transicional.. **A capacidade de estar só em presença de**. “obtemos êxito ao falharmos”.

Diz Rosa, no texto **O Espelho**:

“os olhos são a porta do engano; duvide deles, dos seus, não de mim. Ah, meu amigo, a espécie humana peleja para impor ao latejante mundo um pouco de rotina e lógica, mas algo ou alguém de tudo faz frincha para rir-se da gente...” p. 66, Primeiras estórias.

Falho ao tentar reproduzir como este léxico psicanalítico rico me fez a analista que estou/sou sempre (me) tornando, a cada sessão, a cada paciente novo, a cada sessão de pacientes que ficam comigo anos, até décadas. Falhamos ao retratar emoções. Falhamos se pretendemos

explicar o curso da vida. E é nesta condição, sabendo que podemos falhar (segundo Winnicott, felizmente) que tentamos construir uma linguagem, forjada em silêncios e palavras.

O paciente a nos interrogar – **trouxeste a chave?** E eu, analista a retrucar: **vamos procurá-la juntos?**

Franca, junho de 2018

