

Fico feliz por ter sido útil. Podemos programar novas conversas sobre os temas que surgiram hoje: escuta analítica, trauma e simbolização, pensamento clínico, sofrimento neurótico e sofrimento narcísico.

Estou ansioso por isso!

2. Escuta analítica

Olá, caro colega, sobre o que gostaria de conversar hoje?

Gostaria de conversar sobre escuta analítica. Sei que a clínica depende inteiramente de um tipo de escuta que é diferente da escuta do senso comum, e que a formação psicanalítica é essencialmente a formação dessa escuta. Para falar francamente, acho que é a parte mais difícil da formação. Muito mais do que estudar a teoria.

Você tem toda a razão: a escuta é a parte mais importante da formação. Acho que as teorias servem principalmente para refinar nossa escuta e torná-la sensível às várias formas de sofrimento psíquico e de manifestações do inconsciente.

Para começar, queria saber uma coisa. Você ainda pensa a escuta analítica em termos de conteúdo manifesto e conteúdo latente, como Freud propunha na Interpretação dos Sonhos?

Sua pergunta é importante, porque nos leva de volta às origens da psicanálise. Tudo começa quando Freud escuta suas pacientes

históricas de um jeito diferente; o que diferencia o psicanalista de outros psicoterapeutas é a especificidade de sua escuta, e a formação em psicanálise é a formação de uma escuta peculiar, vivida e transmitida na própria análise, nos seminários clínicos e nas supervisões.

Dois autores contemporâneos vão nos acompanhar de perto na conversa de hoje. René Roussillon, com *As condições da exploração psicanalítica das problemáticas narcísico-identitárias* (2012a), e Luís Claudio Figueiredo, com *Escutas em análise/Escutas poéticas* (2014).

Ambos começam afirmando que a extensão do campo da psicopatologia psicanalítica – da neurose para o funcionamento psicótico e deste para as várias formas de sofrimento narcísico-identitário – foi exigindo do psicanalista a extensão dos modos de sua escuta. E ambos, por caminhos diferentes, propõem que a escuta analítica contemporânea – a escuta necessária para apreender modos de funcionamento e de sofrimento mental distintos – é uma “escuta polifônica”.

Como assim, polifônica?

A música é polifônica quando várias melodias se desenvolvem de forma independente, mas dentro da mesma tonalidade. Há elementos da experiência com o objeto primário que são introjetados, mas não são metabolizados. Por isso, em lugar de serem integrados, permanecem no psiquismo como corpos estranhos incorporados. Ora, cada um desses corpos estranhos tem sua própria voz, relativamente independente das demais. Em certos momentos, a criança-no-adulto tem dois anos de idade, mas em outro pode ter quatro ou cinco. É importante conseguir escutar o sofrimento que cada uma dessas vozes psíquicas expressa para acessar os núcleos neuróticos e não neuróticos do paciente.

Hum, interessante a ideia de escuta polifônica! Confesso que nunca tinha pensado que a escuta analítica foi sendo ampliada para dar conta da extensão da psicopatologia psicanalítica do sofrimento neurótico para o não neurótico. Aliás, você prometeu uma conversa sobre esse tema!

Não me esqueci disso. Você verá que não é um bicho de sete cabeças. Com relação à escuta, acho que você já pratica, ou tenta praticar, uma escuta ampliada. Talvez falte apenas você se apropriar daquilo que vem fazendo. Então vamos lá!

Roussillon (2012a; 2012b) está interessado em dar um estatuto metapsicológico às diferentes formas de manifestação clínica – que ele chama de polimorfismo da associatividade – do sofrimento narcísico-identitário.

Associatividade ou associação livre?

São diferentes. Associatividade é o princípio que rege o funcionamento mental: as vozes das várias crianças-no-adulto estão o tempo todo tentando se expressar do jeito que elas conseguem. Não têm escolha a não ser dar notícias do seu sofrimento por meio de inibições, sintomas, angústia e atuações. Já a associação livre é a regra à qual o paciente se submete na sessão: ele pode e deve falar o que lhe vem à cabeça. O material clínico provém da associação livre.

O analista propõe a regra, pois sabe que é a associatividade que vai comandar as associações?

Exatamente. Ele confia no fato de que o psiquismo tem uma “compulsão a simbolizar”. Já conversamos sobre isso, lembra-se? Mas voltando ao texto de Roussillon, dá para perceber que seu interlocutor é um psicanalista francês “médio”, ainda aderido ao Lacan, de 1953 (apud ROUSSILLON, 2012a), isto é, formado quase exclusivamente

na escuta dos significantes e da associatividade verbal. Essa escuta funciona muito bem para a neurose, mas nem tanto para as formas de sofrimento psíquico determinadas por um distúrbio na constituição do eu, nas quais a diferença eu/não eu é problemática.

O autor se esforça para mostrar que, nessas escutas, o psiquismo inconsciente encontra formas que vão além das palavras para expressar aquilo que está em “sofrimento de integração” ou, então, que estão aquém delas, já que estamos falando de um sofrimento que foi experimentado pelo sujeito antes da aquisição da linguagem. O psiquismo primitivo se expressa por meio de mensagens polimorfas, demandando, por isso, uma escuta polifônica.

Já Figueiredo (2014) faz uma apresentação histórico-clínica das várias modalidades de escuta em psicanálise. Ele reconta a história da psicanálise, de Freud até hoje, pelo viés das estratégias de escuta das várias dimensões do inconsciente que encontrou em sua revisão da literatura psicanalítica. Identifica ao longo dessa história cinco momentos, cinco estratégias de escuta, e afirma que a atenção flutuante que praticamos hoje *flutua* na escuta de vozes psíquicas pertencentes a estratos psíquicos muito diferentes entre si, inclusive vozes silenciadas por condições traumáticas importantes. Vou dar a você um exemplo de cada uma delas, embora seja difícil, e certamente artificial, tentar separá-las na prática.

Ou seja, um pela via da associatividade e outro pela questão das escutas em análise – sendo que associatividade e escuta são solidárias – querem mostrar que não dá para escutar tudo e a todos do mesmo jeito, e que isso é importante porque o fazer do analista depende inteiramente daquilo que ele escuta.

Isso mesmo!

Começamos com Roussillon?

Ele retoma a história do nascimento da associação livre na obra de Freud e distingue duas noções que, no começo, tendem a se superpor e se confundir: 1) a “associação livre”, que a partir de 1907, segundo as atas da sociedade psicanalítica de Viena, ganha o estatuto de regra fundamental para a prática clínica; e 2) a “associatividade”, que corresponde ao próprio modo de funcionamento de nosso psiquismo. Esta distinção é importante justamente porque a associação livre é sempre verbal, e ele está interessado em dar um estatuto metapsicológico a formas de associatividade que são pré e/ou não verbais. Esta seria inerente ao funcionamento psíquico, tanto normal quanto patológico, já que ele tem uma coerência interna própria, determinada pelas vicissitudes da história emocional de cada um.

Como assim, a associatividade é determinada pela história emocional?

Retomando nossa analogia com o aparelho digestivo, assim como ele tem uma “compulsão a digerir”, transformando tudo o que entra em elementos assimiláveis e utilizáveis pelo corpo, o aparelho psíquico tem uma espécie de “compulsão a simbolizar”. Ele tenta transformar em representações assimiláveis e utilizáveis pelo psiquismo as experiências emocionais pouco ou nada transformadas pelo trabalho psíquico. Como você bem notou, é a compulsão a simbolizar a história emocional que organiza a associatividade, a qual se manifesta, eventualmente, mas não necessariamente, como associação livre verbal.

Por isso, a associatividade como “fundamento”, ao contrário da “regra” da associação, não é livre porque os aspectos traumáticos, não integrados, da história emocional, que formam “núcleos” inconscientes (neuróticos e não neuróticos), forçam o caminho para

sua elaboração e integração. O fato é que, conforme o extrato psíquico a que pertence aquele núcleo, isto é, conforme a psicopatologia do paciente, a associatividade terá “caras” diferentes. “A associatividade é polimórfica na medida em que mistura, às mensagens verbais, mensagens não apenas afetivas, mas também tiradas do registro mimo-gesto-postural, bem como à linguagem do ato ou do comportamento” (ROUSSILLON, 2012b, p. 52).

E o que diz Figueiredo no texto Escutas em análise/Escutas poéticas?

Assim como há uma sobreposição inicial entre associatividade/fundamento e associação livre/regra, Figueiredo (2014) mostra que algo análogo acontece do ponto de vista da escuta. Ele também retorna às origens da psicanálise e descobre que, no momento fundador, o termo “atenção flutuante” designava tanto um procedimento, uma forma de fazer, isto é, uma técnica, quanto uma *disposição de mente*, uma ética. Nas palavras dele:

O procedimento era o acompanhamento paciente e metucioso (mas não obsessivo) das trilhas associativas da fala em associação livre, o que devia ser feito com o mínimo de interferências, interrupções e/ou induções, e com uma sensibilidade aguda às irregularidades, aos detalhes, às lacunas e aos fragmentos. A posição do analista (sua ética) para propiciar tal procedimento implicava o chamado “encontro entre inconscientes”: manter-se em reserva e deixar-se entregue ao próprio trabalho inconsciente para sustentar esta sensibilidade especial aos efeitos do inconsciente recalcado na fala do paciente em associação livre (FIGUEIREDO, 2014, p. 124).

Argumenta, ainda, que a posição do analista, sua ética, a disposição de mente peculiar com que escuta seu paciente, continua orientando nossa prática, enquanto o procedimento padrão de escuta foi sendo ampliado e abrindo espaço também para outros procedimentos. Exatamente como a associatividade, que deixou de ser apenas verbal, para incluir outras formas de expressão do inconsciente.

Aliás, Roussillon (2012b, p. 11) também usa o termo *disposição de mente*, aquela na qual a escuta privilegia a “realidade psíquica e os processos de sua transformação simbolizante a partir de um método centrado na atenção à associatividade dos processos psíquicos e a seus diversos modos de expressão”.

Estou começando a perceber que a noção de conteúdo manifesto/ conteúdo latente, com a qual eu pensava abordar a questão da escuta, precisa ser reinterpretada.

Também acho. Se essa noção for interpretada de modo a se referir à *criação de sentido*, ela mantém seu valor clínico, pois ajuda a descolar da literalidade do conteúdo manifesto, e isso é fundamental para a escuta analítica. Veja, mesmo as atuações e os comportamentos mais bizarros são formas de expressão do inconsciente – não esqueça que o inconsciente se expressa como pode e não como ele quer (em busca de sentido); se lhe atribuímos valor de *mensagens em potencial*, ou seja, de mensagens latentes, essas vozes poderão ser “escutadas”.

Veja o polimorfismo da associatividade. Uma paciente relata um comportamento que se repete: passa dias deitada em sua cama cheia de edredons e travesseiros fofos, comendo coisas gostosas, assistindo aos seus programas de TV prediletos até adormecer. Deixa de comparecer a compromissos importantes, inclusive a

análise, o que a prejudica. Na impossibilidade de atribuir um sentido a isso, ela se vê como “autodestrutiva”, o que é desesperador. Acabamos dando um primeiro sentido a este comportamento: a criança-nela realiza, à sua maneira, uma transa mítica na linguagem possível para uma criança. Como ela pode imaginar o prazer do sexo entre dois adultos? Essa criança imaginou que deveria ser algo como a soma de todas as coisas que são as mais gostosas para ela. Um verdadeiro orgasmo cósmico!

Ou seja, o “conteúdo latente” não estava lá, pronto para ser descoberto.

Concordo. O sentido foi criado/achado a partir do impacto afetivo e estético que o conjunto de mensagens verbais e não verbais produziu sobre mim. Afinal, não escutamos apenas com nossas orelhas, mas com o corpo todo – com nosso inconsciente.

Quando conversamos sobre transferência, você introduziu a ideia de que o analista escuta a criança-no-adulto, o que é muito diferente de escutar o adulto. No caso da sua paciente fica muito claro: embora o comportamento seja destrutivo para a adulta, que engorda e perde seus compromissos, você apostou na construção de um sentido para a criança-nela. Poderia desenvolver esta ideia?

Claro! Você percebeu bem: todos os temas estão interligados. Tenho dois exemplos bem frescos para ilustrar a diferença entre escutar o adulto e escutar a criança-no-adulto. São exemplos mínimos (apenas uma palavra) e, por isso mesmo, servem para mostrar qual é a disposição de mente do analista.

Um paciente em torno de seus 18 anos vem para análise porque tem “medo de descobrir que é homossexual”. Ele mesmo acha isso enigmático, pois nada em sua vida sugere que tenha essa orientação

sexual. Fala muito de um amigo que, segundo ele, consegue todas as mulheres. Tem vergonha de ser tão “passivo” e “sentimental”. Mas o que pode significar “ser homossexual” para esse paciente? Figueiredo, no texto já citado, diz que o inconsciente trabalha como o poeta, que procura imagens, analogias e metáforas que expressam, que mostram alguma coisa do mundo e da realidade.

No nosso caso, do mundo interno e da realidade psíquica.

Exatamente. Imagine, então, que o inconsciente “procurou” e encontrou, na palavra homossexual, uma metáfora cujas conotações imagéticas e afetivas nos dão notícias de questões ligadas à identidade sexual. “Passivo” e “sentimental” são características vistas como femininas, mostrando sua luta contra as identificações com a figura materna, que não podem ser integradas. Por outro lado, poderíamos pensar que a criança-nele continua muito apaixonada pela figura paterna idealizada. Talvez ele pressinta um desejo “homossexual” de ser amado por esse pai, ocupando um lugar “feminino” em relação a ele. Ou de se apoderar magicamente da virilidade paterna idealizada por meio de uma identificação anal. A escuta analítica do “medo de ser homossexual” nos permite acessar o sofrimento neurótico: o fracasso da luta da criança-nele contra esses desejos edipianos inadmissíveis; o retorno do recalcado na forma de angústia de castração/emasculação. Já a escuta do adulto nos levaria a falar sobre a homossexualidade como uma realidade em si mesma. Poderíamos ser levados a questionar o modelo cultural que ele tem do que é “ser homem”, a resistência em assumir o próprio desejo. Estaríamos abandonando a criança-nele, e não deveríamos nos espantar se ele abandonasse a análise.

Agora, o segundo exemplo que lhe prometi. Hoje mesmo uma paciente me falava da relação com sua mãe, que está com Alzheimer há quinze anos. Todos os finais de semana vai à casa dela,

toma as providências necessárias, mas não entra no quarto. Não aguenta ver a mãe “fora do ar”, desconectada da realidade, incapaz de reconhecê-la. Podemos *escutar o adulto*, isto é, uma mulher tentando se proteger de uma experiência dolorosa. É a escuta do senso comum, quer dizer, uma amiga também poderia sentir empatia e ser bastante continente desta dor. Mas podemos escutar *a criança-nela* nos contando a história da relação traumática com um objeto primário psiquicamente ausente, desconectado, incapaz de reconhecer e de responder às necessidades do eu.

Diferentemente do exemplo anterior, em que escuto algo da ordem do inconsciente recalcado, aqui, a disposição de mente do analista capta algo ligado ao retorno do clivado. Já falei disso quando conversamos sobre transferência. A escuta analítica é uma escuta criativa, na qual está implícita uma atividade silenciosa de interpretação daquilo que está sendo dito, ou melhor, daquilo que se expressa por meio de várias linguagens. A mesma ideia vale para outras escutas que precisam ser formadas, como as escutas musical e poética, ou a escuta do médico que, com seu estetoscópio, interpretará o que ouve para ter uma ideia do que acontece com o pulmão ou com o coração. No meu caso, preciso estar constantemente “afinando” minha escuta, como os músicos, que precisam afinar violinos e violoncelos antes de cada concerto.

Como você “afina” sua escuta?

Estou sempre estudando e escrevendo; isso me ajuda muito. Mas o mais importante é conversar sobre a clínica com amigos: cada um ajuda o outro a escutar coisas diferentes no discurso dos pacientes, incluindo aspectos da contratransferência.

A paciente falou em Alzheimer. É o conteúdo manifesto. O analista sabe perfeitamente o que é Alzheimer; ele também não

nega que a mãe da paciente esteja doente nem que isto seja motivo de sofrimento. Mas a demência também é uma imagem bastante expressiva, que transmite o horror de se perder o objeto enquanto ele está ali presente. É a criança-traumatizada-nela que não consegue entrar no quarto e se deparar novamente com seu objeto primário fisicamente vivo, mas psiquicamente morto.

Como já disse, são exemplos mínimos, apenas uma palavra, mas que servem para transmitir a ideia de que, quando o analista está em certa “disposição de espírito”, não toma as coisas ditas como se fossem apenas uma realidade em si mesmas: homossexual e Alzheimer são palavras que expressam um aspecto “latente” da realidade psíquica do paciente – realidade ainda em estado bruto, cujo sentido precisa advir para poder ser integrada. Mas atenção: nem todos os pacientes que têm mãe com Alzheimer ou têm medo de serem homossexuais serão escutados desta forma!

Seria uma escuta do valor simbólico da fala?

De certa forma, já que estou tomando a palavra Alzheimer, com todas as suas conotações afetivas, como *representação* de uma experiência emocional específica da criança-no-adulto em sua relação com o objeto primário. O inconsciente-poeta “procurou” e encontrou, na palavra Alzheimer, uma imagem, uma metáfora para nos dar a ver a mãe interna psiquicamente ausente. Mas note que o material clínico é mais complexo do que isso: ela também conta que não consegue entrar no quarto da mãe. Aqui, estamos ainda no registro do ato. Não é só porque é sofrido que ela não entra no quarto. É também porque algo aterroriza a criança-nela, o que indica a presença de um aspecto mal-assombrado, não simbolizado.

Aliás, se a paciente me dissesse que *sonhou* que sua mãe estava com Alzheimer, eu não teria dificuldades em reconhecer nessa

imagem onírica o resultado do trabalho do sonho (trabalho de poeta!), que encontrou uma forma para expressar a falta de conexão emocional profunda entre elas. Dependendo do paciente e do contexto afetivo da fala (principalmente do tipo de angústia presente), essa forma de escutar o material clínico também vale para os relatos feitos sobre seu cotidiano “acordado”.

Quando Freud introduz a ideia de associação livre, tudo o que o paciente diz se torna igualmente importante, e nossa atenção livremente flutuante não deveria privilegiar *a priori* isso ou aquilo. Você já reparou que quando o paciente diz que vai contar um sonho, esticamos as orelhas analíticas para interpretar seu “conteúdo latente”? Mas se ele está contando algo sobre seu cotidiano, recolhemos nossas orelhas, nossa escuta murcha e tendemos para o senso comum, como se aquilo fosse menos importante.

Pelo que estou entendendo, a escuta analítica tenta acessar as várias formas de sofrimento da criança-no-adulto. Esse sofrimento, que está diretamente ligado à história emocional com os objetos primários, mobilizou as defesas psíquicas que garantiram a sobrevivência psíquica, mas impediram essas experiências de serem integradas.

Sim, e, por isso, mesmo esse corpo estranho psíquico continua vivo, fixado, não transformado, determinando o modo de vida sintomático – a psicopatologia, o sofrimento psíquico – que traz o paciente para análise. A pessoa percebe que “é agida” por algo enigmático – o inconsciente ou “o infantil”. Afinal, a primeira e fundamental descoberta freudiana é a de um inconsciente vivo que produz efeitos (sofrimento psíquico) no cotidiano.

Lembro do termo que você usou para falar da confusão que a atualização do inconsciente produz na vida do paciente: um verdadeiro quiproquó!

Quando passado e presente se sobrepõem, só pode dar confusão! É, por isso, que gosto tanto de falar, com Ferenczi, de *criança-no-adulto*. Ela é o próprio passado vivo no presente!

As partes não subjetivadas da própria história tendem a ser repetidas em busca de simbolização e de integração. O analista desenvolve a escuta necessária para reconhecer esses efeitos no material clínico. Veja: o paciente que tem medo de ser homossexual percebe que é um medo enigmático, já que nada indica isso em sua vida. Por isso mesmo, é o caso de se perguntar: o que é “ser homossexual” para ele?

Lembro de outra paciente, uma mulher que quer adotar um menino de 2 anos. Para escutar analiticamente, é preciso ir além do que está sendo dito (conteúdo manifesto), “por que um menino?” “por que de 2 anos?”. Que sentido a representação “adotar um menino de 2 anos” pode ter para a criança-nela. Há as racionalizações de praxe que a adulta nos oferece, mas basta insistir um pouco para descobrirmos que a criança-nela deseja viver uma relação apaixonada, plena e recíproca, tal como imaginaria que a mãe a amaria se fosse um menino pequeno.

Voltando à sua paciente que falava da mãe com Alzheimer, o que você diria a ela?

Poderia dizer que “a imagem de uma mãe desconectada é muito forte, faz pensar em muitas coisas”. É uma fala aberta, insaturada, uma tentativa de abrir o campo associativo para ver se a paciente “pega a deixa” e acrescenta alguma coisa que nos aproxime do sofrimento da criança-nela.

Roussillon (2012b) diz que a escuta em atenção flutuante é uma forma de associação livre do analista, cujo ponto de partida não é o seu próprio inconsciente, mas as associações do paciente. O jogo do

rabisco de Winnicott seria um modelo da escuta em *coassociatividade* (ROUSSILLON, 2012b, p. 51). Nessa sessão, a comunicação funciona como no jogo do rabisco. Ela faz um primeiro rabisco quando diz “Alzheimer”. Eu associo a partir do rabisco dela, isto é, deixo minha atenção flutuar livremente, abro-me ao impacto dessa fala e eis que, em algum momento, me vem a ideia de “incapacidade de conexão emocional”. Agora, então, é minha vez de acrescentar um rabisco e eu digo “é uma imagem forte, faz pensar em muitas coisas”. Se o jogo puder continuar, os sentidos irão se sucedendo. Pode ser que ela “pegue a deixa” e se lembre de um filme em que a mãe está tão drogada que se esquece do bebê, que morre no berço.

O sentido ou “conteúdo latente” seria, então, uma representação do sofrimento da criança-nela?

Exatamente. Um sofrimento não simbolizado, que até agora produzia apenas atuações – ela não consegue entrar no quarto da mãe, lembra-se? –, agora tem uma representação e poderá ser usado para pensar. É um momento importante no processo de simbolização. Nesse exemplo, como há uma boa conjunção entre associação livre e atenção flutuante, o material clínico pôde ser escutado como se fosse um sonho. O analista considera o valor simbólico da palavra Alzheimer e o coloca em jogo no campo transferencial. Graças a um trabalho a quatro mãos, o jogo vai produzindo transformações simbolizantes: “mãe com Alzheimer” se transforma em “mãe fora do ar, criança em risco de morte psíquica”.

Mas nem sempre a associação livre flui desse jeito! E aí, como fica a questão da escuta?

Você tem toda a razão. Voltando ao texto de Roussillon, ele sustenta que, quando o sofrimento tem a ver com experiências emocionais vividas/inscritas no psiquismo antes da aquisição da

linguagem, ele se manifestará nas várias formas de linguagem não verbal próprias àquele momento da vida. “Em se tratando de experiências que precedem a aparição da linguagem verbal, [as experiências arcaicas não integradas] retornam na ‘linguagem da época’ de seu registro” (ROUSSILLON, 2012a, p. 16).

As “linguagens da época” são as diversas formas de linguagem do corpo, são vozes que podem aparecer juntas ou isoladas. Por exemplo, a linguagem dos afetos primitivos em estado bruto, passional, como na síndrome do pânico ou em estados de apaixonamento amoroso. Qualquer afeto tem sua modalidade selvagem, não domada pela simbolização: ódio, inveja, culpa ou vergonha. Quando surgem, o psiquismo se desorganiza, ou então a linguagem do corpo em suas manifestações psicossomáticas, ou, ainda, a linguagem sensório-motora, como atos impulsivos e comportamentos que produzem sensações corporais, como hiperatividade, adições, compulsões, violência e impulsividade.

São elas que configuram o que Roussillon (2012a, p. 26) denomina “polimorfismo da associatividade psíquica”?

Sim, e “supõe um modo de escuta que integre e inclua, na escuta das cadeias associativas verbais, as ‘associações’ oriundas das diferentes formas de expressão primárias que se apoiam sobre o corpo, consideradas como linguagens iniciais” (ROUSSILLON, 2012a, p. 16).

Não fica muito claro para mim como podemos “escutar” o retorno alucinatório das percepções arcaicas não simbolizadas. Você teria um exemplo?

Márcia escuta tudo que o marido diz como evidência de que ele se acha perfeito e atribui todas as falhas a ela. Por isso, vive em clima de guerra conjugal, na qual o ódio passional é constante. Não preci-

samos negar que o marido talvez não tenha contato com suas próprias limitações ou que o falte empatia com a esposa. Mas para entender a intensidade do ódio dela em relação a ele, precisamos supor que algo da ordem do traumático na relação com o objeto primário não foi integrado, e que esse algo se *reapresenta* alucinatoriamente, tendo como suporte atual a relação com o marido. Aqui, não se trata de uma *representação*, como no caso da palavra Alzheimer, mas de uma *apresentação alucinatória* do traumático, já que a “intenção” do marido tem, para ela, um estatuto de verdade incontestável.

Pois bem: sendo uma das formas de manifestação do inconsciente, o alucinatório exige um tipo especial de escuta analítica. Esse tipo de material não se presta a ser escutado como se fosse um sonho (“sonhei que minha mãe estava com Alzheimer”), mas poderia ser escutado como se fosse o relato de um pesadelo recorrente – um sonho traumático, como Freud entendeu em 1920, quando introduziu a noção de um além do princípio do prazer, abrindo caminho para o estudo das condições não neuróticas.

Escute só: ela chega e me conta que teve outra briga com o marido. “Ele se acha o máximo. Se ele se atrasa, não se sente mal com isso. Estava ocupado e isso justifica tudo! Não vê que falhou comigo, não reconhece. Se eu fico irritada, é porque sou chata. A falha é minha. Estou errada em sentir o que sinto. Brigo e digo coisas das quais me envergonho, torno-me uma pessoa horrível. Mas não consigo me acalmar enquanto ele não reconhecer que errou”.

Tenho uma paciente bem parecida com essa, que se queixa do marido o tempo todo. (Risos.) No caso da minha, está tudo colocado “lá fora”!

Não é bem que esteja tudo colocado “lá fora”. Se ela está contando isso para mim, já está colocado “aqui dentro”, na situação

analítica. Há a esperança de que eu possa ajudá-la a construir algum sentido para inscrições psíquicas inconscientes, que estão se expressando do jeito que dá. Talvez o “jeito que dá” não seja bem o jeito que a gente gostaria, mas isto não é problema do paciente, e sim nosso.

Se ela e o marido estivessem em terapia de casal comigo, eu poderia tentar mostrar como as identificações projetivas cruzadas criam o clima de guerra no cotidiano. Mas sendo uma terapia individual, preciso escutar essa fala de outro jeito. É como se a paciente me contasse o mesmo pesadelo em todas as sessões. “Tive aquele pesadelo novamente. Dessa vez, meu marido chegou três horas atrasado e eu fiquei com raiva. Quando ele viu que eu estava com raiva, disse: ‘Eu cheguei, não cheguei? Não vai dar um beijinho no seu maridinho? O que mais você quer de mim? Como você está chata!’ Quando vi que ele estava pondo a culpa em mim, fiquei com tanto ódio que quebrei tudo que tinha na sala. Nessa hora eu acordei assustada”.

A ideia de “compulsão a simbolizar” é fundamental para entender isso. Se me ela conta sempre a mesma história, é porque há uma pressão para simbolizar/digerir o que não cessa de retornar sempre da mesma maneira. Freud dizia que os pacientes sofrem de reminiscências. No caso de Márcia, essas reminiscências vêm na forma de alucinação, isto é, de um pesadelo acordado. Ela traz a relação com o marido para me mostrar o que, de sua história emocional, está em sofrimento de simbolização.

Por isso, é uma forma de associatividade?

Que bom que você entendeu! E se lembrarmos que o marido representa um aspecto traumatizante do objeto primário, a cena que ela descreve pode ser pensada como um pesadelo, porque, do ponto de vista da criança-nela, há uma ameaça à integridade do eu. Para usar a bela expressão de Schreber (Freud, 1975j) há um

“microassassinato” de alma: o objeto primário ataca o narcisismo da criança para preservar o próprio intacto. É um “microfilicídio”! Naturalmente, isso a aterroriza, mas o terror não chega a ser percebido porque é imediatamente transformado em ódio.

E como se interpreta um pesadelo?

Não sei se a gente interpreta um pesadelo ou se tenta transformá-lo em sonho usando a nossa *rêverie*. Ogden (2010) diz que o analista intervém sonhando os sonhos não sonhados e os gritos interrompidos. Tentando sonhar o pesadelo da minha paciente, posso *imaginar* o horror de depender, de forma absoluta, de um objeto que, para salvar seu próprio narcisismo, não hesita em sacrificar o eu da criança (“não fui eu que errei, eu sou perfeito, você que é chata”). Por sua posição de passividade frente ao objeto parental, representado pelo marido do qual ela depende, a criança-nela não tem alternativa a não ser se identificar com e se transformar na “chata” que fica emburrada, ou pior, parte para a violência.

Mas não é meio exagerado falar em “microfilicídio”?

É claro que isso é a percepção da criança-traumatizada-nela e não de um adulto. Uma criança pequena vê o adulto gigantesco e poderoso avançar com ódio para cima dela. O que ela pode sentir, com os recursos simbólicos de que dispõe? Deve ser algo como “é o meu fim, ele vai me matar”! Não sabe que é apenas um micromomento de funcionamento psicótico e que logo o adulto voltará a ser o cuidador amoroso de sempre.

A cena traumática do “microfilicídio” se reapresenta sessão após sessão, de forma alucinatória. Eu preciso tentar transmitir a ela meu sonho sobre seu pesadelo. Tentaria dizer algo como: “você fica aterrorizada e sem saída quando ele não percebe que sua chaticice tem a ver com o que ele disse”! Note que, para mim, “ele” é o

marido e, ao mesmo tempo, uma representação do aspecto traumatizante do objeto primário.

Acho que entendi o que você quer dizer com “microfilicídio”. Para a criança-nela, o objeto primário está dizendo: “você é tão chata que eu preferia que você não existisse. Se eu pudesse, me livraria de você!” Freud falava em neurose traumática. O soldado sabe que o inimigo deseja sua morte e, bem perto dali, um monte de cadáveres mostra que essa é uma possibilidade real. É traumático. Dá para entender que uma criança que percebe o ódio da figura parental contra ela fique traumatizada.

Exatamente! Ambos os traumas “retornam” de forma alucinatória, seja no pesadelo enquanto se dorme, seja no que estou chamando de “pesadelo acordado”.

Percebo como é importante que o analista compartilhe com a criança-no-adulto a experiência de agonia ligada ao “microfilicídio”. Isso lhe permite dar sentido ao terror que foi efetivamente vivido, mas não simbolizado.

Isso mesmo! Como você bem percebeu, estamos falando de uma maneira de escutar o traumático, o inconcebível, o não representado. Não há trilhas associativas, como na neurose, mas uma explosão de ódio em estado bruto que sinaliza, ainda que de forma distorcida, a angústia de morte.

Mudando de assunto, você poderia falar um pouco sobre a contribuição de outros autores à questão da escuta analítica?

Certamente. Para isso, vamos retomar o texto de Figueiredo (2014), que fez uma excelente revisão das estratégias de escuta do inconsciente (ou do infantil ou da criança-no-adulto) ao longo da história da psicanálise. Ele reconhece cinco momentos em sua

“história das escutas analíticas” e também um momento atual, no qual praticamos uma escuta polifônica.

O primeiro é o momento fundador, no qual Freud propõe a escuta livremente flutuante das trilhas associativas que conduzem aos desejos inconscientes recalçados, segundo o modelo do sonho.

Exemplo?

Lembra da paciente da transa mítica? Ela sonhou com uma piscina enorme, muito azul e bonita. Há uma mangueira cujo jorro caudaloso a mantém permanentemente cheia, transbordante. Ela não entrava na piscina, só podia brincar em um cantinho. Mas depois se via levitando acima dela, usufruindo esteticamente daquela cena. Ao lado, havia um pequeno lago, no qual talvez existissem peixes. Apesar de bonito, ela não se aproximava dele. Associações da paciente: azul como os olhos da mãe, que também é muito bonita. O pai trabalhava com algo relativo a águas. O lago era raso, transbordaria se a mangueira fosse colocada ali.

Foi a interpretação desse sonho que nos levou a falar sobre a fantasia de desejo de uma transa mítica. O prazer da figura materna, transbordante e infinito, evidentemente idealizado, é profundamente invejado. O lugar dela na cena primária é “brincando em um cantinho”, masturbando-se. Ela aparece no sonho como *voyeuse*, a criança que levita e assiste excitada à cena. O pequeno lago que não aguentaria a mangueira representa os genitais infantis. Fascinada pela grande piscina, a criança-nela não explora as possibilidades do lago bonito que talvez tenha peixes.

Outro exemplo da escuta das trilhas associativas seria uma paciente deprimida, que fala de forma hesitante, visivelmente assustada e em um tom de voz quase inaudível, sobre seu fracasso escolar. “Não gostava de estudar”. Silêncio. Pergunto se ela se

interessava por alguma coisa. “Fotografia”. Silêncio. Pergunto do que gostava. “Da obra do Sebastião Salgado”. Silêncio. Pergunto de quais fotos ela gostou. “Dos trabalhos ligados à exploração de operários”. Silêncio. Pergunto se há outros. “Fotos do massacre de tribos africanas”. Silêncio. Acrescenta em voz baixa: “estão abandonados à própria sorte, não há ninguém para ajudá-los”.

Belo exemplo. Depois que você recorta o material e inclui os silêncios fica fácil reconhecer a situação de opressão e de agonia vivida pela criança-nela, bem como a falta de conexão do objeto primário com seu sofrimento. Como você disse há pouco, a gente tende a esquecer de escutar as trilhas associativas no material clínico comum.

O que é uma perda enorme para a psicanálise! Neste exemplo, as associações não vêm espontaneamente. Como você notou, a escuta das trilhas associativas inclui, aqui, os silêncios que ela faz depois de cada frase. O sujeito (os operários explorados, os africanos exterminados) está tão oprimido que mal ousa falar. Por isso, eu tenho que sustentar, a partir da transferência, o próprio processo de associação livre.

Outro dia, recebi uma mulher para uma primeira entrevista. Ela disse, entre outras coisas, que tingia o cabelo de castanho. Não consegui entender o que ela tentava transmitir com essa informação aparentemente fora de lugar.

Talvez estivesse dizendo que havia aprendido a disfarçar seu sofrimento ou suas dificuldades (os cabelos brancos) por trás de uma aparência de que “está tudo bem”. Disfarça tão bem, inclusive dela mesma, que ninguém suspeita de que há algo além de uma suposta vitalidade, proporcionada pelos cabelos castanhos. Era um pedido para você escutar a criança-nela, e não a adulta que todos veem.

Faz sentido!

Continuando com Figueiredo (2014), o segundo momento na história das escutas em análise começa em 1923, ainda com Freud, mas já com a produção teórico-clínica de outros analistas como Abraham, Fenichel, Balint, Reich e Klein. Ele decorre da segunda teoria da mente, que torna necessário escutar, além do recalcado, também as resistências e os aspectos inconscientes ligados ao isso, ao eu e ao supereu. A escuta se torna mais complexa. Surge o que ele nomeia *escuta gestáltica dos sistemas resistenciais* do paciente.

[...] forma, estilos, modo de funcionamento, atmosfera relacionais, caracterizando o que pode ser denominado de escuta estética [...]. Em vez de fragmentos, lacunas e sequências, como na escuta das trilhas associativas, este segundo tipo de escuta capta “uma totalidade, um estilo, um modo de funcionar” (FIGUEIREDO, 2014, p. 126).

Você poderia me dar um exemplo desse segundo tipo de escuta?

Até dois! Um paciente preenche as sessões com relatos sobre “teorias da conspiração”. Ele me conta como percebe claramente em seu trabalho quem está contra quem, quem vai passar rasteira em quem e como ele mesmo, ao perceber o que certo colega pretende fazer com ele, acaba se antecipando e se defendendo. Há outra modalidade de teorias, as “teorias da traição”: percebeu claramente o olhar de um amigo dirigido à sua esposa, percebeu também como a esposa roçou seu cotovelo no cotovelo de outro amigo que se sentou perto dela no restaurante e como ela rapidamente olhou para baixo quando notou que ele percebeu. O que fazer com o relato de todas essas teorias de cunho francamente paranoico? Como escutar esse tipo de material? Meu ponto de partida foi uma escuta gestáltica. A criança-no-adulto está tentando me mostrar

que é esperta, que ninguém a faz de boba, que percebe as “motivações ocultas” dos adultos em relação a ela e que não vai engolir passivamente qualquer coisa que eu lhe disser. Uma intervenção em que “reconheço sua esperteza”, isto é, a da criança-nele, começa a desmanchar o clima paranoico que o simples fato de estar em análise (o analista é visto como alguém que pode tentar “fazer a cabeça dele”) produz nesse paciente.

Outra paciente diz, nas primeiras entrevistas, que sentiu uma empatia especial comigo – acha que tem a ver com minha voz. Começada a análise, desenvolve um padrão comportamental curioso. Assim que chega, enche um copo com água na sala de espera e o leva para a sala de análise. Toma a água devagar, enquanto conversa comigo. Enquanto toma água, age como se a sessão ainda não tivesse começado e fala sobre amenidades. Diz que é um momento muito importante para ela. Não poderia se deitar no divã sem isso. Em seguida, ela se deita e começa a falar de “coisas analíticas”.

Entretida pelos “assuntos analíticos”, levo alguns meses para perceber que nada sobressai especialmente. Onde está a repetição de um ou dois temas que nos dão notícias da angústia e do enrosco com o objeto primário? Em certo momento há um material significativo. Ela, que é meio desajeitada com bebês e não sabe muito bem como pegá-los, segurou um bebezinho no colo. Ele se aninhou em seu corpo, encostou a cabeça no seu ombro e dormiu. Ela ficou imóvel, extasiada, maravilhada com aquela sensação, até ele acordar. Foi uma experiência incrível para ela. Passou a ter uma relação muito forte com esse bebê. As coisas vão indo nessa toada até minhas primeiras férias, que são muito difíceis para ela. Quando volto, ela fala sobre a morte de duas pessoas conhecidas e diz que “espera que sobre alguém vivo”. Está bastante regredida, sem energia e não consegue mais trabalhar.

A escuta analítica polifônica envolve o conjunto das formas de associatividade desse material, em que elementos inconscientes encontram várias maneiras de se expressar. Primeiro, há o contato sensorial pela via da voz e do olhar face a face, que acompanha a conversa prazerosa (lúdica?) sobre amenidades; o copo de água, tomado devagar, em pequenos goles, parece mais significativo nesse momento do que o que acontece no divã; há o relato de uma verdadeira epifania, quando experimenta o contato corporal com o bebê, que adormece com a cabeça em seu ombro; depois, a separação das férias tem consequências catastróficas e a referência às duas mortes.

E, então, de repente, esse conjunto se organiza em uma *Gestalt*. Graças à “legenda” que me é dada pela associação verbal com o “bebê que se aninha no colo”, o momento do copo de água me produz um impacto estético e passa a ter um sentido. É ali que está a repetição e não nos “assuntos analíticos”. Enquanto toma o copo de água e conversa sobre amenidades, eu “vejo” a criança-nela aninhada em meu ombro durante alguns minutos a cada sessão. Sem saber muito bem qual era o sentido disso tudo, sabia, no entanto, que precisava permitir que isso acontecesse pelo tempo necessário, sem interpretações prematuras – como ela, que ficou imóvel com o bebê no colo até ele acordar. Esse também é um bom exemplo de “fato selecionado”, noção proposta por Bion no quarto momento da história das escutas em análise. Falaremos disso daqui a pouco.

O interessante é que esse processo de se aninhar no meu colo é interrompido, a cada sessão, quando termina seu copo de água e vai para o divã. A repetição desses dois tempos parece ser, justamente, o que está em jogo na transferência: a possibilidade de estabelecer um vínculo corporal primitivo e prazeroso com a analista, que representa um aspecto da figura materna, ao mesmo tempo em que se abre delicadamente o espaço para elaborar a separação corporal, quando

vai para o divã. Contanto que essa separação não seja violenta! A reação dela às minhas férias mostra que ela se sentiu violentamente “expulsa” do precioso corpo a corpo que se instalara. É então que me dou conta do conjunto desse movimento, o qual revela algo da ordem do trauma precoce que se repetiu na situação analítica, e que agora pode começar a ser colocado em palavras.

O exemplo é muito claro. Ilustra tanto a presença da linguagem do corpo quanto a escuta de uma forma, de uma totalidade, captada por uma sensibilidade estética. E o terceiro momento dessa história das escutas analíticas?

O terceiro momento, segundo Figueiredo, é o kleiniano. Além da escuta das trilhas associativas verbais e da apreensão estética de uma forma, Klein introduz a *escuta das identificações projetivas*. Aqui entra em cena, pela primeira vez, a *escuta da contratransferência*. O que “acorda” o analista para esse tipo de escuta é a percepção de que, de alguma forma, ele perdeu a liberdade de ser ele mesmo. Ele acaba percebendo que está sendo colonizado por um corpo estranho que provém da transferência, na qual a pulsão e suas derivações (os elementos não verbais) exercem pressão sobre o analista. Ele é convocado, com maior ou menor força, a se identificar com um objeto interno não integrado pelo eu do paciente.

Eu me lembro de certa paciente masoquista com quem, vira e mexe, eu me via exercendo algum tipo de sadismo.

E há aqueles pacientes com quem não conseguimos dizer certas coisas que achamos que deveríamos dizer; ou aqueles com quem temos a sensação de falar bem mais do que gostaríamos. Ou, então, com quem nos sentimos obrigados a ficar imóveis, quase sem respirar para não sermos intrusivos ou para não produzir uma explosão de fúria; ou, ao contrário, com quem sentimos que não

conseguimos ficar em silêncio. Aqueles com quem sentimos que o ambiente está tenso, carregado, como se fosse desabar um temporal; ou aqueles que nos parecem “ralos”, difíceis de apreender. Há ainda aqueles por quem, por mais que tentemos, não conseguimos sentir empatia. Com quem atuamos um supereu excessivamente crítico, ou a quem tentamos proteger do massacre de seu próprio supereu. Pacientes com quem sentimos que precisamos tirar leite de pedra, ou a quem tentamos manter vivos e esperançosos, lutando contra o clima mortífero e sem esperança que se instalou na transferência. Aqueles com quem experimentamos o nada, o horror do vazio. Alguns com quem perdemos todo o senso de humor, ou, ao contrário, com quem nos percebemos apelando demais para interpretações bem-humoradas. Pacientes com quem começamos a falar de uma maneira que não é a nossa: caprichamos no português ou, então, usamos mais gíria do que seria o nosso natural; tomamos cuidado para não usar expressões chulas, ou as usamos demais da conta. Pacientes de quem gostamos demais ou de menos, de quem temos pena ou raiva, que nos dão vontade de entrar em discussões sobre algum tema, que nos irritam ou nos encantam, que nos dão medo ou intimidam. Há aqueles que nos deixam perplexos, como se viessem de Marte, e outros que nos parecem excessivamente frágeis. Existem ainda aqueles que fazem com que a gente sinta que não voltarão na próxima sessão, nos dando notícias de como é frágil o vínculo com o objeto interno, enquanto há quem nos faz sentir que não irão embora nunca. Sem falar daqueles que a gente não quer, de jeito nenhum, que nos abandonem, enquanto outros, que ameaçam demais e por muito tempo nosso narcisismo, produziram alívio se fossem embora. Alguns com quem sentimos que não aguentariam uma frustração, outros com quem temos dificuldade especial em ocupar o lugar daquele que frustra, como se isso equivalesse a uma crueldade inominável. Aqueles com quem perdemos a criatividade clínica, que não nos despertam

nada, e com quem nos transformamos em analistas “operatórios”, repetidores de falas burocráticas, já lidas em algum texto ou já ouvidas de algum colega. Há também aqueles com quem sentimos vontade de fazer ou dizer coisas fora do enquadre, enquanto outros nos transformam em guardiães fanáticos do dispositivo analítico.

Chega! Chega! Não precisa fazer uma lista exaustiva (risos), já entendi que a escuta da contratransferência é um caminho precioso para a compreensão da transferência.

(Risos.) Pois é, e todas essas maneiras de “perder a liberdade”, como diz Figueiredo, todos esses efeitos da identificação projetiva mostram que fomos atingidos em nossa corporeidade. É nosso corpo ou, se você preferir, a parte mais primitiva de nosso psiquismo, que vai sintonizar com a linguagem corporal do afeto em estado bruto de que fala Roussillon (2012a). Nesse tipo de comunicação, o analista tem que funcionar, segundo esse autor, como o “espelho do negativo” do paciente: ele precisa refletir aquilo que está *negativado*, defendido, clivado, inacessível, inconsciente para o paciente.

Naturalmente, na escuta da contratransferência não há certo e errado, coisas que deveríamos ou não deveríamos sentir, que deveríamos ou não deveríamos fazer. Não é isso que importa. Sem essa escuta não temos como recuperar a liberdade perdida, condição para tentar nos diferenciar e nos separar do objeto interno do paciente com o qual estamos identificados e, por isso, mesmo perpetuando a repetição sintomática.

Podemos passar para o quarto momento?

O quarto momento proposto por Figueiredo em sua história das escutas em análise é o momento bioniano, no qual surge um novo tipo de escuta para além da contratransferência: a *escuta*

imaginativa, que envolve a *rêverie* do analista. “A *rêverie* converte-se, assim, em uma espécie de dispositivo de escuta” (FIGUEIREDO, 2014, p. 127). Além da escuta imaginativa, Bion contribui com o conceito de *fato selecionado*, graças ao qual a escuta das trilhas e dos fragmentos associativos do primeiro momento se articula com a escuta gestáltica-estética do segundo.

Como naquele exemplo da sua paciente que tomava o copo de água?

Exatamente! A associação verbal, que vem na forma de uma descrição do que ela sentiu quando o bebê se aninhou no seu colo, é o fato selecionado que me permite “sonhar” e dar sentido ao comportamento, apreendido em uma Gestalt, de tomar o copo de água conversando sobre amenidades antes de se deitar. Da mesma forma, no caso daquela paciente da transa mítica, as associações verbais em torno do sonho da piscina funcionam como uma legenda e desencadeiam a escuta imaginativa, que dá algum sentido ao comportamento compulsivo de comer e dormir.

E o quinto momento?

É o momento que Figueiredo denominou *escuta empática*, estratégia por meio da qual o analista tentará escutar o sofrimento emudecido da criança-no-adulto. Ele afirma que devemos a Kohut e a Winnicott a possibilidade de escutar aquilo que não aconteceu, os efeitos traumáticos das necessidades do eu que não foram atendidas pelo objeto primário. Winnicott (1988) usou o termo *preocupação materna primária* para um estado de extrema sensibilidade regressiva, que permite à mãe escutar, reconhecer e atender, de maneira suficientemente sintônica, às necessidades somatopsíquicas do eu da criança.

A escuta do sofrimento narcísico silenciado por operações defensivas poderosas, como a hiperadaptação em falso *self*, ou a pura e simples desistência de encontrar um objeto suficientemente sintônico, depende do tato e da empatia do analista. Nas palavras do autor:

As necessidades do eu, quando precocemente traumatizadas, ou seja, quando não foram encontradas e reconhecidas sistematicamente pelos objetos primários, tendem a se retrair e permanecer silenciosas, enregeladas, petrificadas e clivadas [...]. É preciso ir ao encontro e reconhecer justamente o que se mantém no silêncio; mas como escutar o inaudível? (FIGUEIREDO, 2014, p. 128).

Tentando dar um estatuto metapsicológico à empatia, Roussillon (2012b, 2014) propõe o conceito de identificação narcísica de base, ligada à dimensão mais corporal/primitiva do psiquismo. É com ela que “escutamos” a linguagem do corpo do outro. A preocupação materna primária é o estado em que esse tipo de identificação tornou a mãe efetivamente capaz de se identificar *em duplo* (ROUSSILLON, 2008b) com o psiquismo primitivo do bebê. Se não estiver excessivamente defendida, ela “sentirá com ele”, reconhecendo nela mesma algo análogo a seus (dele) estados emocionais. A identificação narcísica de base torna o analista sensível e empático ao sofrimento mudo da criança-no-paciente.

Você tem um exemplo dessa escuta empática?

É difícil descrever algo que não se mostra de maneira alguma, ou que se mostra pelo negativo. Levo algum tempo para perceber que um jovem empresário – bem apessoado, culto, inteligente,

articulado, mas totalmente desvitalizado – repete na situação analítica um comportamento hiperadaptado. Chega, deita e fala do que ele entende serem “assuntos analíticos”: sua dificuldade na relação com o filho, a irritação com uma esposa infantilizada e psicologicamente ausente, o ódio do pai invasivo e crítico.

Lembra aquela sua paciente do copo de água, que também falava de “assuntos analíticos”.

Bem lembrado! Só que há um tipo de sofrimento emudecido, do qual ele não se queixa, não porque não queira, mas porque não consegue “se sentir”: ele não tem empatia consigo mesmo. O que nos mostra sua identificação com um objeto interno “duro”, não empático. A dor de não conseguir se comunicar verdadeiramente com outro ser humano está emudecida. Ele vive em uma solidão atroz e acha que a vida é assim mesmo.

E veja, é importante “embarcar” nos assuntos cotidianos, até porque são temas que, de fato, produzem sofrimento, mas é um sofrimento consciente. O sofrimento inconsciente tem a ver com a experiência de não poder contar com absolutamente ninguém para o que realmente importa. Por isso, não posso perder de vista que, de alguma forma, ele se esconde atrás das palavras.

Lá pelas tantas – não consigo explicar como –, simplesmente percebo que o perdi de vista. Fiquei falando com a “casca”, enquanto a “polpa” não está mais lá. A imagem que me vem é de um menino triste, tímido, introvertido, que se esgueira silenciosamente pelas paredes da casa, quase invisível. Não pede nada e tenta não incomodar. Ninguém percebe que ele está lá, sozinho, fechado em um mundo do qual ninguém sabe rigorosamente nada. Quando o perco de vista, o abandono traumático e a solidão se atualizam na transferência. Mais uma vez, o objeto não reconheceu as necessidades

do eu. A diferença que consigo introduzir na pura repetição é identificar esses momentos e lhe dizer que o perdi de vista. Paradoxalmente, quando digo isso, propicio a experiência emocional de uma maneira muito fundamental de reconhecimento. Tanto que ele, que nem sabia que estava escondido, se emociona e fica aliviado ao “ser encontrado”.

É um trabalho sutil e delicado! Você disse que Luís Claudio Figueiredo menciona um sexto momento, o momento atual.

Sim, e acho que, com isso, podemos encerrar nossa conversa sobre escuta analítica. Ele afirma que hoje não podemos ignorar a importância de todas as estratégias de escuta que foram sendo desenvolvidas ao longo da história da psicanálise.

Hoje, a noção de “atenção igualmente flutuante” deve incluir uma dimensão não prevista por Freud: a flutuação entre diferentes canais de comunicação, entre as diferentes vozes – incluindo as caladas, ou entrecortadas [...]. Cria-se uma escuta ampliada, diversificada, paradoxal – uma escuta verdadeiramente polifônica (FIGUEIREDO, 2014, p. 135).

Obrigado, aprendi muito com esta conversa. Que tal falarmos, em breve, sobre trauma e simbolização?

Ótima ideia! Vou me preparar para isso.