

Lugar e função do seminário clínico na formação psicanalítica¹

(A tontura de Jasmin)

Marion Minerbo²

Resumo: A autora ilustra, através do relato comentado de um seminário clínico (A tontura de Jasmin), a possibilidade de integrar teoria e clínica propiciada por esse eixo da formação psicanalítica. Parte-se do relato de uma análise em um momento de crise. Inicialmente constrói-se uma pequena teoria sob medida para o caso. Em seguida, elementos verbais e não verbais do relato são usados para iluminar aspectos do campo transferencial-contratransferencial. Articulam-se os dois níveis precedentes para formular uma interpretação sobre o funcionamento inconsciente da dupla. Por fim discutem-se questões de ordem técnica sobre a condução do caso.

Palavras-chave: seminário clínico; formação psicanalítica; correlação teórico-clínica; interpretação transferencial; manejo.

Apesar de ser um dos eixos da formação psicanalítica, não encontrei na literatura artigos que discutem o lugar e a função do seminário clínico. Sabemos que cada um tem sua própria concepção sobre a natureza e o objetivo desse trabalho, bem como seu próprio estilo para conduzi-lo. É um formato suficientemente amplo e que pode ser explorado de maneiras muito diferentes, e todas podem ser produtivas.

Do meu ponto de vista, o seminário clínico é o lugar em que se pode elaborar coletivamente, e “em tempo real”, um pensamento clínico sobre o caso, integrando o universal/abstrato da teoria ao singular/concreto de uma análise. *Idealmente*, ele cumpre plenamente sua função quando o coordenador consegue trabalhar de forma a tomar em consideração vários níveis de escuta e de interpretação do material relatado, dos quais destaco os seguintes:

Construir uma pequena teoria sob medida para o caso singular a partir de algum conhecimento de psicopatologia psicanalítica, aqui entendida como descrição das formas mais ou menos universais do sofrimento psíquico e sua compreensão metapsicológica. Nesse primeiro nível articula-se o universal da teoria com o singular daquele caso.

Identificar, nas brechas ou elementos marginais do relato, elementos relativos ao campo transferencial-contratransferencial. Entendo que é preciso escutar

1 Texto escrito a partir de um seminário clínico conduzido pela autora na SBPSP em outubro de 2011.

2 Membro efetivo e analista didata da SBPSP.

com escuta analítica a *situação total do relato* (Klein, 1952/1991), usando, inclusive, a contratransferência do coordenador e a do grupo. Parte-se do pressuposto que, ao relatar o caso, o colega comunica elementos verbais e não verbais que estão relacionados àquela situação analítica. Além do conteúdo propriamente dito, há os afetos que aparecem em seu tom de voz, as palavras e expressões que usa para falar do caso, o clima emocional que seu relato vai produzindo, elementos contidos na própria estrutura de suas interpretações e todos os efeitos variados que o relato produz nas pessoas do seminário. Todos esses elementos nos dão informações preciosas sobre quem é, e como é, “o paciente dentro do analista”.

Articular os dois níveis precedentes para formular uma *interpretação sobre o funcionamento da dupla*. Uma interpretação pode ser mais ou menos produtiva, no sentido de permitir ao colega um *insight* sobre a posição contratransferencial inconsciente, complementar à transferência, em que estava “atolado”. Idealmente, ela pode lhe permitir descolar-se dos objetos internos do paciente, interrompendo o ciclo da repetição sintomática.

Sendo uma apresentação pública, o seminário clínico exige do coordenador uma postura ética específica. O respeito ao colega que se expõe oferecendo o material clínico é condição essencial para esse trabalho. Em situações públicas sempre trabalho com o pressuposto de que *todos os meus interlocutores são analistas “suficientemente bons”*. Assim, a parte que lhes cabe na repetição sintomática não é atribuída a “questões pessoais” que demandariam mais análise por parte do apresentador. Ao contrário, entra como elemento fundamental para a compreensão da transferência. As “questões pessoais” fazem parte do repertório psíquico humano necessário para fazer contato com o psiquismo do outro.

Por fim, mas não menos importante, o coordenador poderá abordar questões de ordem técnica sobre a condução do caso. Adianto que, para mim, técnica não é a repetição estereotipada de um procedimento entendido como universal. Ao contrário, cada análise exige que o analista encontre soluções singulares para a condução do processo a partir do diagnóstico da situação transferencial e contratransferencial do momento. A técnica é sob medida, com o perdão do paradoxo.

Num seminário clínico é comum que o analista em formação apresente uma situação difícil de sua clínica. Talvez se perceba trabalhando às cegas, ou tomado numa repetição estéril com seu paciente. Situações de impasse são ocasiões privilegiadas para se tentar identificar como analista e paciente estão, naquele momento, colaborando para perpetuar a repetição sintomática. O diagnóstico da situação transferencial poderá ajudá-lo a sair da posição complementar à do paciente.

Uma prerrogativa desse tipo de seminário é, justamente, poder captar essas situações, porque como diria Capier, todo mundo no grupo parece ter uma ideia mais clara do que está sendo projetado no analista do que ele próprio.

Embora ninguém esteja em melhor situação para entender um paciente do que o analista que está no consultório com ele (o que é óbvio), não é menos verdade (embora talvez menos óbvio, e bastante paradoxal) que ninguém está, também, em pior situação. (Capier, 2002 p. 10)

Há seminários especialmente felizes em que tudo conspira “a favor”, desde o caso apresentado, o jeito como é apresentado, as colaborações dos participantes e até se o analista que o coordena está num “dia bom”. A situação que apresento abaixo foi uma dessas ocasiões em que tivemos a sensação de que a função do seminário clínico na formação de um psicanalista se cumpriu de maneira exemplar, próxima do que considero ser o ideal para o gênero. Procurei redigir este texto no formato de um “relatório” do trabalho que foi feito, aprofundando, contudo, algumas das ideias que nortearam a discussão.

Agradeço muito especialmente à colega que apresentou o caso no seminário e que gentilmente autorizou sua publicação.

A colega que apresenta o caso diz que esse atendimento produz nela “um estado de mente muito curioso”. Sente como se fossem “buracos mentais” nos quais não consegue pensar em nada. Quando percebe, se desligou do que a paciente está dizendo. Fica desvitalizada.

Jasmin, hoje uma jovem universitária, procurou análise por causa de uma alergia e episódios de falta de ar. Na época também não sabia que carreira escolher. Esses problemas, que ocupavam as sessões durante um bom tempo, foram resolvidos. Foi então que começaram os “buracos”. A paciente vem dizendo que está difícil vir às sessões porque não sabe do que falar.

No relato da analista vamos identificando elementos que sugerem uma configuração psicopatológica na linha de um brutal desinvestimento do mundo – e que Green e Donnet (1973) denominaram “psicose branca”. Tentou estudar em outra cidade, mas não aguentou. Praticamente não sai de casa, ou quando sai, é colada a uma prima. Teve um namorado que se afastou porque ela não tolerava qualquer proximidade sexual. Olha para os livros, mas não consegue estudar. Há um vazio, um branco. Não há objetos significativos, exceto um namorado que teve há 10 anos (Paulo). Quando marcavam um encontro, ele a deixava esperando sem dar notícias por até 4 horas. Ela nunca se queixou. Quando ele a deixou, não entendeu – não entende até hoje. Ele permanece idealizado como “alguém que era parecido com ela”.

Com esses dados começamos a construção (Freud, 1937/1982a) de uma teoria sob medida para nos ajudar a pensar esta situação clínica.

Em primeiro lugar, é preciso nunca perder de vista que estamos sempre escutando o material num *duplo registro*, atual e infantil, já que transferência é justamente essa estranha superposição entre presente e passado.

Assim, quando Jasmin fala de Paulo (ver material clínico abaixo), entendemos que essa figura é o objeto atual que apresenta uma característica – o fato de deixá-la esperando por horas e de ter sumido sem uma explicação – que faz dele um bom suporte para a *atualização do infantil*. Em outros termos, a criança-em-Jasmin faz transferência com Paulo, que é a representação atual do aspecto traumatizante do objeto primário.

Uma definição mínima do que entendo por objeto primário. Como sabemos, o psiquismo se constitui no seio de relações intersubjetivas com as figuras significativas, isto é, as figuras que investem pulsionalmente o corpo e o psiquismo da criança, e que se encarregam de sua sobrevivência em todos os níveis. Este, porém, não acolhe o que vem de fora de forma passiva, mas responde, interpreta, se defende, transforma e metaboliza como pode, a partir de si mesmo, mensagens e elementos que lhe chegam do psiquismo dessas figuras.

Esses elementos podem ser do tipo *alfa* (Bion, 1962), simbolizáveis e simbolizantes, passíveis de serem usados pelo psiquismo em formação para fazer sentido de suas experiências emocionais. Esses elementos serão metabolizados, internalizados e irão originar as *identificações egoicas*. São identificações que estão bem integradas ao psiquismo (egossintônicas) e constituem o que Green (2002) chamou de estrutura enquadrante interna.

Ou podem ser do tipo *beta* (Bion, 1962). São elementos tóxicos, não simbolizados, evacuações provenientes do psiquismo das figuras significativas. Esses elementos também serão metabolizados e incorporados, mas não serão integrados. Irão originar as *identificações superegoicas*, que permanecem no psiquismo na condição de corpos estranhos. A relação do eu com essas identificações superegoicas será “barulhenta”, e esses elementos serão transferidos, na vida e na análise.

Proponho que os elementos-beta podem ser de dois tipos: eróticos e tanáticos. Os eróticos têm a ver com o recalcado da sexualidade parental, como mostra Laplanche (1988) em *Teoria da sedução generalizada*. E os tanáticos são aqueles que, de alguma forma, atacam o narcisismo da criança, que terá de se organizar/desorganizar para alojá-los. A criança irá se identificar com esses elementos constituindo-se assim identificações narcísicas tanáticas. Os primeiros irão constituir os núcleos neuróticos e os segundos, os núcleos psicóticos.

Voltando a Jasmin, o objeto primário pode, por razões que não têm necessariamente a ver com o bebê, “deixá-lo cair” de seu espaço psíquico, esquecendo-se de que é responsável por sua (do bebê) sobrevivência física e psíquica. Essa vivência é registrada, se inscreve como traços perceptivos, porém permanece clivada do psiquismo (Roussillon, 1999).

Já estamos construindo uma hipótese sobre a natureza da situação traumática. O material sugere – e o diagnóstico da situação transferencial irá confirmar – que esse objeto falhou na função psíquica de *holding*. Para Winnicott há dois tipos de bebês: aqueles que tiveram um ambiente confiável e previsível, o que lhes assegura o sentimento de continuidade do ser ao longo do tempo e do espaço. E aqueles que, em função da psicopatologia da mãe, tiveram a experiência de “ser deixados cair” (*to be dropped, to be let down*). “Estes bebês sabem o que é estar num estado de confusão aguda ou num estado de agonia de desintegração” (Abram, 1996, p. 78).

Aliás, o fato de que Jasmin não se queixava de Paulo sugere que esse objeto e essa experiência não são novos para ela. De certa forma, a vivência dolorosa de “ser deixada cair” é familiar e esperada. Nesse sentido, ela continua ligada a Paulo – e se ligará a outros objetos com as mesmas características – porque ele é a representação atual do objeto primário, e porque há elementos dessa experiência precoce que nunca foram simbolizados.

A ausência de simbolização caracteriza a compulsão à repetição e a clínica da pulsão de morte (Freud, 1920/1982c). Em lugar de serem recordados, como acontece na análise de neuróticos, esses elementos retornam como alma penada e “se depositam” sobre Paulo em busca de simbolização junto à analista. É a condição para que possam ser abandonados.

Organizar os elementos da história em uma teoria – ainda que muito genérica e provisória – é necessário, mas não é suficiente. É o ponto de partida para reconhecer quais são as *posições identificatórias complementares ocupadas por paciente e analista neste campo transferencial-contratransferencial*. É o que chamei acima de diagnóstico da situação transferencial. A analista traz uma sessão para nos ajudar.

Jasmin se deita e depois de certo tempo diz:

“Não sei por que está tão difícil. Me sinto fechada, como se não tivesse nada para falar”.

“Sonhei com Paulo. Eu estava com ele. Quando acordei pensei que tinha dificuldade em me desligar do passado”.

Silêncio.

“Acho que só quero saber de festa, sair com colegas [da prima, que é muito comunicativa]. Acho estranho o jeito que minha prima se relaciona com as pessoas.

Cada vez está com um grupinho. A gente frequenta aquele grupinho por 3 ou 4 meses, e depois muda para outro”.

Silêncio.

“Sei lá, acho estranho ficar mudando”. [É uma crítica à prima].

[A analista tem a sensação de que a moça está numa camisa de força, não se move, fica reta e dura no divã. Sente-se tomada pelo buraco mental, seu pensamento entrecortado por lacunas. Quando me descreve o tipo de fala da paciente, compara à de um escrivão anotando em voz alta, burocraticamente, os fatos ocorridos].

A – Talvez mudança, movimento, ameace.

“Vou te contar uma coisa que está acontecendo, talvez tenha alguma coisa relacionada. Eu fecho os olhos e sinto uma tontura. Estou deitada aqui, aí fecho os olhos e a tontura vem. Quando abro os olhos, passa. Eu não estou sentindo em outro lugar, só aqui”.

[A imagem que vem à analista é a de um prédio desmoronando, demolido.]

A – Talvez medo de se soltar e desabar. Aí fica difícil chegar para a sessão e ficar livre para falar o que vem na sua cabeça. Às vezes a gente tem que demolir alguma coisa para construir outra.

“Sinto que esse fechamento é forte. O que me faz voltar é ter visto minha tia ontem. Ela estava com o bebê no colo e ao mesmo tempo tentando ligar o celular. Daí ela gritou chamando minha avó [sua mãe], dizendo que era impossível fazer a ligação. Então pensei no quanto ela era mimada e dependente. Não quero ficar assim”.

A – Podemos pensar que é a criança que, às vezes, impossibilita a ligação, o crescimento.

“Vejo claramente que não quero fazer nada que é chato, estudar, ir na faculdade, cuidar da casa. Mas sei o que tenho que fazer. Fico enrolando e comendo”.

Como vimos acima, podemos reconhecer na figura de Paulo uma representação do objeto primário cuja presença descontínua e imprevisível produz a experiência emocional de “ser deixada cair”. Mas esse objeto surge novamente na figura da prima, que frequenta um grupinho por 3 ou 4 meses e depois some, abandona essas pessoas e muda-se para outro grupo. Ela também deixa o grupo cair.

A angústia, a imagem do desespero de Jasmin aparece na figura da tia que não dá conta de duas tarefas simultâneas (segurar o bebê e usar o celular) e precisa da ajuda concreta da mãe – que funcionaria como um terceiro braço – uma parte dela mesma.

Jasmin usa duas palavras para descrever essa tia: mimada e dependente. A palavra “mimada” nos mostra como ela está distante de fazer contato com seu próprio sentimento de impotência, desamparo e desespero. Temos a impressão de que

ninguém nunca lhe significou esse estado mental como desespero. Aí há um buraco de simbolização.

Quanto à palavra “dependente” ela tem razão: não dá para depender de um objeto que ora está, ora não está – não tem continuidade no tempo e no espaço.

Temos aqui um tipo de transferência difícil de ser identificado porque, em lugar de uma figura em “positivo”, o analista tem de perceber o fundo, isto é, aquilo que se desenha em negativo. O que se desenha é a transferência da relação com um objeto que some/desaparece, e que está dolorosamente presente precisamente por sua ausência. O que se transfere é a experiência traumática – que está clivada do psiquismo – de ser deixada, de cair no vácuo.

Roussillon (1999) afirma que o clivado tende a fazer retorno por meio de elementos perceptivo-sensório-motores. Esses elementos podem aparecer por meio do paciente ou do analista. Neste caso, a paciente diz que não sabe do que falar, e a analista conta que sente um buraco mental, uma impossibilidade de pensar. Assim entendo também a referência de Jasmin a uma “tontura que só acontece aqui”, quanto a imagem/sensação que a analista tem de um *prédio desmoronando*.

Da mesma forma, o avesso da tontura e do prédio desmoronando (cair no vácuo por falta de *holding*) aparece na imagem que a analista faz de que sua paciente está numa *camisa de força*, não se move, fica reta e dura no divã. Aqui temos a resposta defensiva inscrita na corporeidade da paciente: uma absoluta imobilidade reta e dura. É como se ela estivesse fazendo um *auto-holding*, um *super-holding* para não enlouquecer. Daí a imagem que surge na analista da camisa de força: apertada e imobiliza, mas também segura com firmeza.

Em todas essas situações podemos perceber o grau de sintonia entre paciente e analista, que está aberta para captar com seu inconsciente aquilo que provém do inconsciente da paciente.

Uma observação sobre a contratransferência. Sendo ela simplesmente o avesso (o outro lado da moeda) da transferência, formam uma unidade indissociável e, nesse sentido, são ambas inconscientes.

Sem dúvida costumamos dizer “senti isso” e “senti aquilo”, descrevendo “minhas reações emocionais” ao paciente. Isso é contratransferência, porém no sentido fraco do termo. São os efeitos conscientes da contratransferência e pode nos contar que sente ódio, medo, sono, pena e outros sentimentos. Pode trazer inclusive elementos mais elaborados – esta analista nos fala de seus buracos mentais, da imagem do prédio desmoronando e da imagem da camisa de força. Esse sentido do termo pode ser um ponto de partida precioso para identificar a contratransferência

propriamente dita, mas também uma maneira de obscurecer, e mesmo substituir, o sentido forte do termo.

No sentido forte do termo, a contratransferência é inconsciente porque se refere à *posição identificatória complementar à do paciente, posição esta que o analista ocupa sem saber*. E sobre a qual só será possível saber alguma coisa *a posteriori*. Nesse nível inconsciente, *a contratransferência desenha a transferência*, como o fundo desenha a figura. E por isso nos ajuda a “adivinhar” – no epílogo do Caso Dora Freud diz que a transferência tem que ser *adivinhada* por alguns indícios – qual é a identificação que o paciente está agindo – está colocando em jogo – na cena transferencial.

Onde encontrar indícios da posição identificatória complementar da analista, já que sendo da ordem do inconsciente, disto ela não nos pode falar?

Retomemos as falas da analista. O objetivo não é julgar se estão certas ou erradas – não há certo e errado, e sim falas menos ou mais produtivas – mas para interpretá-las como indícios do lugar que a analista está ocupando. Isso porque esse lugar certamente tem a ver com características do objeto primário da paciente.

A – Silêncio.

A – Silêncio.

A – Talvez mudança, movimento, ameace.

A – Talvez medo de se soltar e desabar. Aí fica difícil chegar para a sessão e ficar livre para falar o que vem na sua cabeça. Às vezes a gente tem que demolir alguma coisa para construir outra.

A – A gente pode pensar que é a criança que às vezes impossibilita a ligação, o crescimento.

Do ponto de vista técnico, vemos que a analista vem mantendo certa reserva: fica em silêncio com frequência, suas falas são curtas, insaturadas, abertas, um pouco enigmáticas. Se a paciente fosse uma neurótica, acredito que essa postura relançaria o processo de associação livre. O pré-consciente poderia ser mobilizado de maneira bastante produtiva.

Mas sendo uma estrutura psíquica que se aproxima do quadro descrito como psicose branca, esse tipo de fala vai cair em outro registro. Até porque não estamos mais na primeira tópica, com sua referência ao recalçado, mas na segunda, onde os mecanismos de defesa são mais primitivos – e entre os quais merece especial atenção a clivagem do eu (Freud, 1938/1982b).

Vimos que um aspecto importante do objeto primário de Jasmin é a descontinuidade, o que lhe produz a experiência emocional – que não chega a ser simbolizada, e por isso é traumática – de “ser deixada cair no vácuo”. Como já tínhamos essa construção teórica, ao ouvir as falas da analista tive a sensação de que eram como fiapos de algodão doce saindo daquela máquina onde se coloca o açúcar. Não

é um julgamento, nem uma super-visão, mas simplesmente uma “interpretação”. A analista oferece a essa paciente, que tem tanto medo de cair no nada, fiapos onde ela não pode se agarrar.

Isso, contudo, não é um erro, e sim o desenho do objeto primário da paciente, ao qual a analista está identificada. É um momento necessário ao processo. Identificar-se ao objeto primário para poder reconhecê-lo, e num segundo momento se desidentificar para produzir alguma mudança no campo transferencial (Strachey, 1934). Afinal, o que mantém uma identificação em vigência é a identificação complementar.

Mas, de que objeto primário se trata? Podemos imaginar uma figura materna cujo psiquismo produz *fiapos de sentido*, insuficientes para ligar a pulsão que ela mesma despertou (Green, 2002). Com Winnicott (citado por Abram, 1996), podemos dizer que o psiquismo materno não dá sustentação à angústia de fragmentação do bebê. Podemos imaginar que o bebê (da tia de Jasmin) que está no colo, e ouve o grito angustiado de sua mãe, (que não consegue segurá-lo e ligar o celular ao mesmo tempo), sente algo nessa linha.

Agora temos elementos para fazer algumas considerações de ordem técnica. Se a construção teórica que fizemos acima faz sentido, para sair desta posição identificatória – que seria precisamente a do objeto primário traumatizante – é preciso que a analista deixe a posição mais reservada e passe a outra mais implicada (Figueiredo, 2008), em que o analista exerce ativamente as funções de holding e continência.

Isso é o que entendo por manejo da situação transferencial neste caso específico. Como se vê, não é algo que possa ser aplicado a qualquer análise. Em lugar de uma fala alusiva – que para esta paciente funciona como fiapos de sentido que produzem tontura – pode-se tentar falar de um jeito que “segura” a criança-em-Jasmin – uma fala mais estruturada, que responde no próprio nível do conteúdo manifesto, e que oferece palavras e sentido para a experiência emocional.

Por exemplo, quando a paciente diz:

“Sonhei com Paulo. Eu estava com ele. Quando acordei pensei que tinha dificuldade em me desligar do passado”.

No lugar do silêncio, uma fala possível seria:

“Sim, há uma dificuldade em se desligar de um namoro que foi importante para você, mesmo se ele te deixava esperando por horas sem uma explicação. Você me contou que ele terminou o namoro e você nunca entendeu o motivo. Está difícil de digerir tudo isso”.

Ou, quando a paciente diz:

“Acho estranho o jeito que minha prima se relaciona com as pessoas. Cada vez está com um grupinho. A gente frequenta aquele grupinho por 3 ou 4 meses, e depois muda para outro”.

No lugar do silêncio, uma interpretação possível seria:

“É, imagino que o grupinho abandonado não tem como entender nada. Ela não explica por que de repente deixa de sair com aquelas pessoas”.

As considerações de ordem técnica que fiz neste seminário clínico sugerindo possíveis caminhos para o manejo da transferência ilustram o que entendo por interpretação transferencial.

Abro um parêntese para algumas digressões sobre a noção de “interpretação mutativa” (Strachey, 1934). No fim desse texto que se tornou um clássico ele diz que a única interpretação realmente mutativa é a interpretação transferencial. A interpretação extra-transferencial é útil, mas não é mutativa. Esta noção se tornou um dos três pilares conceituais da clínica kleiniana, segundo a revisão que Spillius (2007) fez sobre a evolução da técnica kleiniana no livro que tem esse nome. Os outros dois são a transferência entendida como *situação total*, e a noção de identificação projetiva com seu corolário, a contratransferência como instrumento para captar a transferência.

Obviamente não se pode responsabilizar Strachey por certo efeito superegoico que sua formulação sobre a interpretação mutativa acabou tendo para muitos de nós, formados nessa linhagem teórico-clínica. Embora seu estilo de escrita não seja em absoluto autoritário, acabou funcionando como um modelo a ser reproduzido, como uma técnica a ser aplicada, como uma injunção sobre como devemos interpretar se quisermos produzir alguma mudança, independente da configuração psicopatológica do paciente.

Isso não diminui o valor do texto de Strachey, pois sabemos que ao longo da história da psicanálise muitas ideias excelentes foram transformadas numa Bíblia, numa doutrina, perdendo o sentido e a potência que tinham na origem. Sinal de que nós, como todo mundo, temos nossas dificuldades em renunciar à ideia de que alguém detém a verdade.

Cito Antonino Ferro, um analista que diz explicitamente que precisou se libertar do modelo da “interpretação mutativa” entendida exclusivamente como interpretação da fantasia inconsciente do paciente sobre o analista. Em seu livro *Exercícios de estilo* (1998), faz uma retrospectiva de seu percurso como clínico, no qual reconhece três “estilos”. No primeiro, estava “em busca da fantasia inconsciente” (p. 45). No segundo, que ele afirma ter sido muito longo e com variantes, havia o “mito da relação e da interpretação da transferência” (p. 47). No terceiro, momento em que escreve o livro, há a “descoberta dos personagens e suas vicissitudes no campo” (p. 58). Nesse

momento “a relação, ou melhor, o campo, não é entendido como algo que deva ser interpretado continuamente, mas como o meio que permite operações transformadoras, narrativas e pequenos insights sucessivos, que não necessitam ser interpretados, mas que precedem mudanças” (p. 61). Ele ilustra essas passagens com seu próprio material clínico e faz uma auto-crítica dos dois primeiros momentos. Tenho a impressão de ele fez, deliberadamente, uma autocaricatura – exagerou certos traços para tornar sua ideia mais evidente.

Mesmo Ogden, que está longe de ser um principiante, diz, em “On talking as dreaming”, que passou a reconhecer formas de trabalho e de conversa que à primeira vista

podem parecer *não-analíticas* porque paciente e analista conversam sobre coisas como livros, poemas, filmes, regras gramaticais, etimologia, a velocidade da luz, o gosto de um chocolate, e assim por diante. (Ogden, 2007, p. 575)

Apesar das aparências, diz ele

tenho tido como experiência que este tipo de conversa *não-analítica* permite ao paciente e ao analista que eram incapazes de sonharem juntos, a serem capazes de fazê-lo. Chamarei esta forma de conversa de falar-como-se-estivesse-sonhando” (Ogden, 2007, pp. 575-576, grifos meus).

Na minha leitura, ele sente necessidade de justificar uma maneira de trabalhar que poderia, aos olhos da instituição, ser considerada não analítica. E o modelo que ele tem do que seria analítico é, claramente, a interpretação mutativa. Tanto que ele vai pontuando o relato com as “interpretações transferenciais” que vão lhe ocorrendo, e que achou melhor não dar, preferindo criar uma técnica sob medida para as duas análises que apresenta nesse texto. Ele faz questão de dizer que não está propondo um modelo de trabalho que serviria para todo mundo. Percebe-se em seu trabalho a influência de Winnicott (1955), autor que discute em “Formas clínicas da transferência” a necessidade de se “adaptar” a certos pacientes. O fato relevante é que Ogden faz questão de deixar claro para o leitor que conhece bem o “modelo clássico”. Fim da digressão.

Voltando ao seminário, foi dito acima que a escuta analítica se dirige simultaneamente a dois registros, o atual e o infantil. A fala de Jasmin sobre Paulo é escutada como referência ao *atual* – sua relação com um ex-namorado; e ao *infantil* – a relação da criança-em-Jasmin com seu objeto primário, do qual Paulo é apenas o suporte atual. O mesmo vale para as interpretações sugeridas acima: elas se dirigem

simultaneamente ao registro do atual e do infantil. A analista fala da dificuldade em se desligar do namoro, ou da perplexidade do grupinho abandonado, mas não perde de vista que está se dirigindo também à criança-em-Jasmin, construindo para ela uma narrativa sobre o não simbolizado da relação com seu objeto primário.

As interpretações que imaginei nesse exercício não fazem referência explícita ao analista, e de acordo com Strachey poderiam ser consideradas extra-transferenciais. Isso pode ser verdade se nos ativermos unicamente a um ponto de vista *descriptivo*. Contudo, são transferenciais e mutativas do ponto de vista metapsicológico porque tomam em consideração o diagnóstico da situação transferencial que podemos construir.

Diagnóstico que a própria colega, já no fim do seminário, sintetizou assim: “de um lado uma transferência de buracos, de outro uma contratransferência de fiapos”, referindo-se à sua própria fala um tanto frouxa e alusiva. Por isso, quando a analista passa a falar de maneira firme e estruturada ela já não está na posição identificatória complementar à da paciente, em que repetia, sem saber, a falta de *holding* do objeto primário. A fala mais implicada provém de um novo lugar no campo transferencial-contratransferencial. Por isso entendo que são interpretações transferenciais, e no sentido forte do termo.

No início do seminário seguinte a analista nos dá notícias de Jasmin. Conta que fez muita diferença ela “por mais carne” nas interpretações. No fim da sessão a paciente trouxe uma poesia de sua autoria cujo título é “Diálogo”.

Lugar y función del seminario clínico en la formación psicoanalítica (El vértigo de Jasmin)

Resumen: A través de comentarios sobre un seminario clínico (El vértigo de Jasmin) este artículo pretende mostrar como esta actividad propicia al psicoanalista en formación integrar referencias teóricas con la dinámica viva de la situación clínica. El punto de partida es la exposición de material clínico de un análisis en situación de crisis. Inicialmente hemos trabajado en una pequeña y singular teoría a medida para el caso. Entonces intentamos reconocer elementos verbales e no verbales relacionados al campo trasferencial y contra-trasferencial. Ambos niveles son articulados para producir una interpretación acerca del funcionamiento inconsciente de la pareja analista y paciente. Por último, se examinan cuestiones técnicas sobre cómo llevar a cabo el caso.

Palabras clave: seminario clínico; formación psicoanalítica; correlación teórico-clínica; interpretación trasferencial; manejo.

Place and function of the case seminar in psychoanalytic training (The dizziness of Jasmin)

Abstract: By means of commentaries on a case seminar (The dizziness of Jasmin) this article shows how this activity may allow the person in psychoanalytic training to integrate theoretical references to the clinical situation. The starting point is the exposition of clinical material of

an analysis in crises. At first we worked on a small and singular tailored theory for the case. We then tried to recognize from the clinical report verbal and nonverbal elements related to the transferential-countertransferential field. Both levels are articulated to produce an interpretation about analyst and patient unconscious functioning together. Lastly, technical questions on how to conduct the case are discussed.

Keywords: case seminar; psychoanalytic training; theoretical-clinical correlation; transference interpretation; handling.

Referências

- Abram, J. (1996). *The language of Winnicott*. London: Karnac.
- Bion, W. (1962). *Learning from experience*. New York: Jason Aronson.
- Caper, R. (2002). *Tendo mente própria*. Imago: Rio de Janeiro.
- Ferro, A. (1998). Exercícios de estilo. In A. Ferro, *Na sala de análise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Figueiredo, L. C. (2008). Presença, implicação e reserva. In L. C. Figueiredo e Coelho Júnior, *Ética e técnica em Psicanálise*. (2ª Edição). São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1982a). Construcciones en el análisis. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud*. (Vol. 23). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1937)
- Freud, S. (1982b). Esquema del psicoanálisis. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud*. (Vol. 12). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1938)
- Freud, S. (1982c). Más allá del principio de placer. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1920)
- Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris: PUF.
- Green, A. et Donnet, J-L (1973). *L'enfant du ça*. Paris: Minuit.
- Klein, M. (1991). As origens da transferência. In M. Klein, *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. (Vol. III das *Obras Completas de Melanie Klein*). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1952)
- Laplanche, J. (1988). *Teoria da sedução generalizada*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ogden, T. (2007). On talking as dreaming. *Int. J. Psychoanal.*, 88, 575-89.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, slivage et symbolization*. Paris: PUF.
- Spillius, E. (2007). Evoluções da técnica kleiniana. In E. Spillius, *Uma visão da evolução clínica kleiniana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Strachey, J. (1934). The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.*, 15, 127-159.
- Winnicott, D. W. (1955). Formas clínicas da transferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Marion Minerbo
Rua Alcides Pertiga, 78 | Cerqueira Cesar
05413-100 São Paulo, SP
Tel: 11 3898-0074
marion.minerbo@terra.com.br

