



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UnICEUB**  
**PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**MARIVAN BARROS GONÇALVES PEREIRA**  
**JOÃO GABRIEL BERNARDES MEDEIROS**

**EU, SUJEITO, MULHER: UM DIÁLOGO ENTRE A PSICANÁLISE E A TEORIA DA**  
**SUBJETIVIDADE**

**BRASÍLIA**

**2018**



**MARIVAN BARROS GONÇALVES PEREIRA**

**EU, SUJEITO, MULHER: UM DIÁLOGO ENTRE A PSICANÁLISE E A TEORIA DA  
SUBJETIVIDADE**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica  
apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e  
Pesquisa.

Orientação: Valéria Mori Deusdará

**BRASÍLIA**

**2018**

## **EU, SUJEITO, MULHER: UM DIÁLOGO ENTRE A PSICANÁLISE E A TEORIA DA SUBJETIVIDADE**

**Marivan Barros Gonçalves Pereira – UniCEUB, PIC Psicologia Voluntário**

*E-mail: [marivan.barros@sempreceub.com](mailto:marivan.barros@sempreceub.com)*

**João Gabriel Bernardes Medeiros**

*biellbernardes@gmail.com*

**Valéria Mori Deusdará – UniCEUB, professora orientadora**

*valeria.mori@ceub.edu.br*

### **RESUMO**

Este estudo propõe-se a discutir a gama de sentidos subjetivos produzidos por uma mulher durante o processo da psicoterapia de base psicanalítica em torno do impacto da análise em suas vida e como a relação psicoterápica configura-se em suas vivências. Ênfase principalmente a compreensão de como os processos psíquicos são configurados por sentidos subjetivos que produzem efeitos em todos os espaços da vida individual e social da paciente. Trata-se de um estudo baseado na Epistemologia Qualitativa, proposta por Fernando González Rey, na perspectiva histórico-cultural, utilizando-se do método construtivo-interpretativo e que traz reflexões acerca das questões de gênero implicadas nas vivências subjetivas de uma mulher. Será utilizado como instrumento a dinâmica conversacional e para discussão, indicadores de momentos significativos na vivência psicoterapêutica, usando do referencial teórico de Sigmund Freud, Donald Winnicott e Fernando González Rey. Pretende-se colaborar na discussão acerca dos quereres e desejos femininos, dando espaço para o olhar de uma mulher que faz análise, no intuito de reafirmar o quanto cada mulher é única em sua singularidade.

**Palavras-Chave: Psicanálise. Teoria da Subjetividade. Intimidade. Psicoterapia. Brincar.**

## **Dedicatória**

Dedico este estudo a minha mãe, que me proporcionou vislumbrar a fome por viver e a meu pai, que me proporcionou vislumbrar a fome por conhecer.

### **Agradecimentos**

Agradeço a cada mulher, feminista declarada ou não, que lutou antes de mim, antes mesmo que eu nascesse, para que eu estivesse aqui hoje, tendo o poder de escolher cada opção da minha vida, escolher o conhecimento como caminho, escolher a Psicologia e a Psicanálise como faróis, caminhos norteadores. Espero apenas honrá-las e estar à altura delas.

Agradeço a minha professora orientadora, Valéria Mori, que acreditou na possibilidade de existir um diálogo entre a Psicanálise e a Teoria da Subjetividade e me permitiu embarcar em uma viagem que ampliou imensamente meus horizontes.

Agradeço à chance que o Universo me deu de conhecer a Psicanálise.



*“Amamos não é a pessoa que fala bonito.  
É a pessoa que escuta bonito. A escuta bonita é um  
bom colo para uma criança se assentar...”*

*Rubem Alves*

## **Introdução**

Desde que as primeiras mulheres na época denominadas históricas, começaram a consultarem-se com o ainda apenas médico neurologista Sigmund Freud, um primeiro passo havia sido dado na direção de ouvir-se e discutir-se do que afinal falavam as mulheres, em suas diversas experiências de vida. Ainda que limitadas a poucas perspectivas, dado o contexto histórico e cultural em que viviam, era notório o quanto desejavam deslocar-se de determinadas posições que assumiam socialmente e individualmente e movimentar-se em suas trajetórias de vida.

As questões levadas por essas mulheres eram, claro, bem específicas de suas vivências, sendo reflexo de uma cultura que não autorizava a mulher a ir muito além do campo familiar, tendo como auge a maternidade e o casamento, lugares máximos que uma mulher poderia aspirar chegar e mesmo, como razões culminantes para o que ela poderia esperar como resposta para uma vida feliz. Hoje é possível até mesmo entendermos como peculiares o modo como tal modo de vida era justificado, vendo em autores como Hegel, que atribuía às mulheres o estado vegetal e aos homens o estado animal, sendo a estes destinados a conquista do pensamento e à ação técnica e àquelas, um desenvolvimento mais pacato, sendo desaconselhado que se deixe o comando do estado às mulheres.

Estamos nas primeiras décadas do século 21 e as questões agora movem-se em outras direções, embora ainda encontremos ecos e resquícios dessa divisão da raça humana pelo sexo, pelas diferenças sexuais. Mulheres seriam mesmo mais sensíveis, dadas ao cuidado com o outro e amadureceriam mais cedo? Têm as mães o papel de “ensinar” a menina a ser feminina? O que é ser feminina?

Ainda que estejamos imersos em uma cultura que do lado de cá do planeta, a sociedade ocidental, tem raízes culturais bem demarcadas por influências diversas, vindas das religiões cristãs, de uma cultura clássica europeia e de povos que foram paulatinamente dominando e conquistando os espaços disponíveis, indo até um extremo atual, em que fatos que acontecem em um país, são conhecidos em outros continentes em questão de minutos, talvez segundos, causando manifestações e influenciando milhares de pessoas, a cultura muda com uma velocidade bem mais lenta. Os ecos de séculos passados ainda se fazem ouvir nos discursos de todos e é perceptível a complexidade de uma única subjetividade humana, quando podemos ter

acesso aos pensamentos íntimos de alguém e temos a oportunidade de observar e compreender as contradições entre ideias e modos de agir.

Uma única e singular subjetividade e tantas possibilidades. Fica nítido no relato de Marie Cardinal, do que estamos falando. Marie Cardinal, filósofa francesa e escritora considerada feminista, foi paciente de Psicanálise e escreveu um livro relatando a experiência de seu percurso na análise, chamado *Palavras por dizer*. Marie procurou o tratamento psicanalítico motivada por um sangramento intenso e ininterrupto que a vitimava havia mais de três anos, ocasionado por um fibroma do útero, levando-a a dores extremamente incômodas e sentimentos profundos de angústia que desestabilizavam toda sua vida. Marie procura um analista, e no relato de seu sofrimento, chama a doença de “a coisa”. Após a sessão inicial de entrevista, o analista pede que Marie volte no dia seguinte, à hora marcada e que deixe de tomar os remédios que usava para minimizar as dores que sentia. No dia seguinte, Marie, logo ao entrar no consultório, reclama que está sem forças. O psicanalista lhe responde que “Isso são perturbações psicossomáticas, não me interessam. Fale de outra coisa”. Marie fica sem saber como agir, quer falar de sua dor.

As palavras que o homem pronunciara haviam me esbofetado em plena face, jamais nada me atingira tão violentamente. Em pleno rosto! Meu sangue não lhe interessava. Então estava tudo perdido! De que mais queria que eu falasse? De quê? Do lado de fora do meu sangue não havia mais do que o medo, apenas isso, e eu não podia falar disso, não podia nem mesmo pensar nisso.

Desmoronei e chorei. Não conseguia chorar há muito tempo; procurava em vão, há muito tempo, as sacudidelas das lágrimas, e eis que elas corriam afinal em grandes bagos que refrescavam meus ombros, meu torso, minhas espáduas. (...) Eu me sentia bem ali, como um bebê reconduzido ao berço, os lábios ainda cheios de leite, possuído pelo torpor da digestão, protegido pelo olhar da mãe. Deitei-me ao comprido, obediente, confiante, pus-me a falar de minha angústia, e percebi que já devia ter feito isso há muito tempo. Há anos. Senti no fundo de mim mesma que encontrara o caminho para matar a coisa. (Cardinal, 1976, pp.24-25).

Este projeto de pesquisa propõe discutir os diferentes sentidos produzidos a partir da experiência de uma paciente do sexo feminino que faz psicoterapia de base psicanalítica, enfatizando a constituição das configurações subjetivas que permeiam as questões da feminilidade e da relação mãe e filha e sua repercussão para as diferentes esferas de vivência dessa paciente. Trata-se de um estudo baseado na Epistemologia Qualitativa, proposta por Fernando González Rey, na perspectiva histórico-cultural e reflexões acerca da feminilidade e da relação mãe e filha, sustentadas pelo escopo psicanalítico, trazendo os estudos de Sigmund Freud, Joel Birman, Maria Rita Kehl e Malvine Zalcborg. Será utilizado como instrumento a dinâmica conversacional e para discussão, indicadores de momentos significativos na vivência psicoterapêutica.



## **Fundamentação teórica**

### **1 - Psicoterapias**

A psicoterapia é uma relação humana interpessoal, que possui características e finalidades bastante específicas e próprias de seu método de ação.

Falamos aqui de um processo de interação interpessoal, que é a relação psicoterapêutica, a qual pressupõe uma colaboração por parte de quem entende que tem questões subjetivas de caráter íntimo, pessoal e que percebe em si a necessidade de ter um espaço em que possa expressar-se de alguma forma sobre essas questões.

Este estudo pretende pensar sobre a relação afetiva que se estabelece entre o psicoterapeuta e a pessoa em terapia, como aspecto fundamental para o sucesso do processo psicoterapêutico, que ora nomeamos como *intimidade* e que reside dentro de uma relação diferenciada de quaisquer outras relações humanas, produzindo alguns sentidos que podem mobilizar o terapeutizando e que é tida, a relação dialógica, afetiva aí construída, como meio propício, fértil, para processos subjetivos que podem inovar os modos como o indivíduo percebe e interpreta o mundo, a vida, além de discutir algumas questões de gênero presentes nas relações.

Segundo Bucher (1989, p. 116), a relação psicoterápica é uma “relação interpessoal subjetiva e alguns dos elementos que norteiam essa relação, a princípio, seriam: a necessidade de os dois envolvidos no processo psicoterápico \_ psicoterapeuta e a pessoa em terapia quererem trabalhar juntos; a relação ser assimétrica por existir em um nível de trabalho, serviço oferecido, o que remete a um nível técnico, que requer uma formação específica e direcionada. Esse conjunto de elementos, chamado por Bucher (1989, p. 117) de clínico - técnico - teórico, é o que sustenta o processo que vai se dar, a partir da investigação do que traz a pessoa à terapia; ao adquirir confiança no psicoterapeuta, a pessoa em terapia pode trazer seu material subjetivo que antes era íntimo, escondido, muitas vezes da ordem da imaginação.

A verbalização do que muitas vezes nunca foi possível expressar, não é algo solto na relação psicoterapêutica, por requerer do psicoterapeuta um retorno, que advém de uma elaboração teórica e por conseguinte, baseada em uma determinada visão de ser humano e dos processos que podem aparecer ali na vivência da psicoterapia; tudo isso favorece para que a

pessoa em psicoterapia seja tensionada para refletir sobre seus processos. Sobre isso, Bucher (1989, p. 1) afirma:

Podemos definir a relação terapêutica como a interação e o vínculo que se estabelece entre duas pessoas, reunidas com um intuito muito específico, a saber, o de exercer um efeito benéfico sobre uma moléstia, uma “queixa” de um dos protagonistas, e isto mediante a utilização de certas técnicas e a transmissão de certos poderes.

Embora não concordemos com a visão ainda muito ligada a um modelo biomédico, colocando as questões subjetivas trazidas pelo cliente como próximas de uma moléstia, de uma doença, para trazer a discussão do fundo antropológico da relação terapêutica, é inegável que Bucher coloca como definição de psicoterapia, uma visão ainda facilmente percebida no imaginário popular e francamente ainda adotada como propósito de trabalho por muitos formandos em Psicologia que optam pela área clínica. Holanda (2012) cita essa obra de Bucher ao lado de outras, como uma das poucas obras publicadas no Brasil, como fontes que tratariam de questões gerais de psicoterapia, por isso, a inclusão da referência neste trabalho. E ainda, as considerações posteriores de Bucher destrincham diversos aspectos interessantes e pouco estudados na formação em Psicologia.

Talvez dentre outras questões, por ser a Psicologia uma ciência ainda muito recente e tendo boa parte de seu corpus construída na prática na clínica, o que pode dificultar o diálogo com cada uma das áreas em que se divide hoje a Psicologia, ainda lutando para sair da perspectiva positivista. A Psicologia perde algo de seu potencial de interdisciplinariedade, e é possível que haja ainda um longo caminho a percorrer em termos de discussão e ampliação do entendimento do que é o campo da psicoterapia. Visto ser uma ciência que foi se constituindo em áreas que foram se dispersando e dispersando o saber psicológico, ao mesmo tempo em que dialoga com outras áreas do conhecimento, não promove esse diálogo e esse transitar de saberes dentro de sua própria comunidade. Após formado, um psicólogo social talvez tenha mais traquejo na discussão com um antropólogo do que com um psicólogo clínico. E assim por diante. (Figueiredo & Santi, 2000). Ficamos por ora com a colocação de Holanda (2012), que traz uma vaga definição de psicoterapia, talvez então, ficando a cargo das novas gerações de psicoterapeutas elaborar melhor o que estamos falando quando falamos de práticas clínicas psicoterápicas:

(...) não possuímos efetivamente um “campo” definido comum que possamos denominar de “psicoterapia”, mas um conjunto disperso de abordagens clínicas que se constituíram autonomamente \_ pelo menos assim se definem, em sua grande maioria \_ destacadas (na maior parte das vezes) do terreno da pesquisa, além de um conjunto assistemático de ideias, organizadas de maneira endógena. (HOLANDA, 2012, p. 76).

## 1.2 – A relação psicoterapêutica

Propomo-nos a discutir, então, nas questões que envolvem a relação terapêutica e em suas implicações; trazemos dois aspectos psicológicos que, para Bucher (1989), estão presentes no setting psicoterapêutico: primeiro, pensemos no vínculo que se estabelece na relação terapêutica. Segundo Bucher, essa é uma relação subjetivada, em que um dos lados traz uma ou mais questões, dando um caráter àquilo de uma consulta por uma possível mudança, ou até mesmo, vindo com um fundo que pede por uma “cura”. O outro lado da relação, que é ocupado pelo terapeuta, traz “um certo saber que o habilita a praticar certas intervenções na vida do primeiro (o cliente)” (BUCHER, 1989, p. 8).

Entendemos que essa visão de Bucher está ainda arraigada a um modelo biomédico, em que a pessoa que procura por psicoterapia traz uma doença a ser extirpada de sua constituição psíquica e o médico, agora estando no lugar de terapeuta, detém alguma espécie de poder capaz de suscitar a cura, tira do indivíduo que se propõe a fazer terapia a disposição ativa e responsabilidade de chegar a ser o sujeito, o indivíduo ativo em seu processo terapêutico.

Por outro lado, Bucher (1989, p. 8) discute sobre as duas subjetividades presentes nessa relação, a do psicoterapeuta e a da pessoa em terapia; como já falado anteriormente, uma relação diferenciada e exclusiva pelas suas características próprias, pelo fato de acontecer apenas no processo psicoterápico e no setting terapêutico. Ainda que possamos atualmente, pensar em outras formas de manejar o vínculo terapêutico, em que uma posição por parte do terapeuta envolvendo questões de poder possam ser vistas de outra forma, como um saber suposto e não real, e outras vezes motivado por representações sociais que ainda trazem algum tipo de poder do psicoterapeuta que “curaria”; ainda observa-se uma “polarização explícita”, que colocaria os dois lados presentes na relação terapêutica em campos opostos, nos quais há a atividade em oposição à passividade: um dos lados que pede pela cura e o outro lado que dá as alternativas de tratamento; um que manifesta crenças e outro que ocorre com seu “saber” psicológico.

É possível pensar em outra via de entendimento para compreensão do indivíduo e de seus processos subjetivos, que contemple a complexidade desses processos e abranja a influência dos diversos contextos socioculturais em que estão imersos os indivíduos atualmente, fazendo o entrelaçamento dessas facetas. Neubern (2005, p. 63), colocando-se a respeito do pensamento de González Rey, traz uma das possíveis perspectivas que se abrem para auxiliar, não apenas o cliente dos consultórios terapêuticos, mas um direcionamento para os terapeutas:

(...) como não é possível um conhecimento absoluto sobre o que se passa com o outro, é necessária uma teoria calculada em pressupostos flexíveis que permita dialogar com a diversidade de movimentos e de expressões desse sujeito, cuja infinidade de potencialidades e de diversidade de processos incutirá na pesquisa a marca da incompletude.

A segunda consideração de Bucher que colocamos em discussão, diz respeito às intervenções que o psicoterapeuta toma, que não apenas atuam nas queixas, na “doença” ou “sintoma” que a pessoa em terapia traz, mas ressoam de modo generalizado na vida como um todo do paciente; trazendo a perspectiva colocada por González Rey para articularmos nossa discussão neste trabalho, em pensar o funcionamento psicológico humano compreendendo-se este a partir de sua complexidade, podemos colocar que as categorias colocadas por ele, abrangem os processos possíveis de ocorrer a partir da vivência da psicoterapia e que o entendimento dessas categorias possibilita articulações entre elas, o que permite-nos visualizar a noção de complexidade que atravessa a Teoria da Subjetividade e conseqüentemente, poder e discutir seu objeto de estudo, a subjetividade humana, abarcando a organicidade desta (Martinez, 2005, p. 19). Ou seja, as intervenções também deveriam ser vistas em seu aspecto de mobilização de diferentes aspectos dos processos subjetivos do indivíduo, até mesmo por não mais considerarmos a pessoa como tendo um corpo separado de sua mente ou psique, mas sim pensando em sua realidade como uma globalidade psicossomática (BUCHER, 1989, p.8).

Em seguida, podemos pensar sobre qual o propósito da psicoterapia? O que busca, de modo geral, alguém que quer fazer terapia? Pensando no imaginário social que ainda envolve a psicoterapia, poderíamos citar: mudança de “traços da personalidade”, diminuição ou mesmo o cessar, o fim de um sofrimento emocional, adquirir habilidades que tornem a vida mais funcional... Mas pensamos no sentido de que essa busca da pessoa na psicoterapia é algo de teor extremamente subjetivo, sendo assim é difícil afirmar categoricamente se o que move a pessoa a procurar por psicoterapia é em função de alguma mudança em sua vida e em consequência disso, também se torna difícil afirmar como e em que níveis uma possível mudança se dá; Bucher (1989, p. 95) coloca que frente a essas dificuldades de uma avaliação científica da mudança possível em psicoterapia: “(...) temos pois que assumir a subjetividade do processo de psicoterapia, da mudança de personalidade que nele se almeja, e da avaliação dos resultados. (...) A dificuldade, portanto de fixar e avaliar este objetivo, é inerente à complexidade da tarefa...”

Um ponto que podemos pensar é sobre possíveis mudanças qualitativas que possibilitam ao indivíduo sair de uma rigidez psicológica que o fazia permanecer em explicações circulares para seus comportamentos e queixas e passar a entender que certos acontecimentos e dimensões da vivência humana são inerentes a esta. Não mais pensar numa “cura” total, mas numa diminuição do sofrimento, trazendo-lhe a capacidade de lidar com a dor de forma proporcional aos fatos que a provocam. Sair do estado de tensão e ansiedade permanentes e adquirir uma

capacidade de flexibilidade para continuar existindo de forma mais tranquila e razoável e ainda, ao mesmo tempo, podendo existir de modo saudável, apesar dessa tensão que continua a existir, não sendo possível eliminá-la. Poder viver com as questões que são inerentes à existência humana, desenvolvendo habilidades para transitar por entre essas questões, que, embora tensionem o indivíduo e não seja possível fugir delas totalmente, acabe se tornando mais suportável viver e obter prazer apesar das dificuldades.

Para Zanello & Martins (p.163, 2012):

Se o início da terapia é marcado pela queixa, transformar a “queixa” é já o primeiro trabalho. Trata-se de mudar a explicação que o próprio paciente possui acerca dos seus problemas e sofrimentos. No final, a terapia acaba não por liquidar todas as dores, mas por colocar a dor em seu justo tamanho. Saindo da “reclamopatia”, o paciente passa a ser capaz de lidar, assim como Freud apontou, com suas dores e misérias, como sofrimentos comuns.

### **1.3 – A subjetividade na psicoterapia**

A subjetividade na Psicologia foi, por muito tempo, um conceito definido como um elemento intrapsíquico, uma instância em que se opõem o consciente versus o inconsciente, em perspectivas muitas vezes deterministas, que descartavam a capacidade de a pessoa buscar por alternativas que gerariam novas opções em sua vida. Diferentemente dessa visão do indivíduo dicotomizado, a perspectiva de subjetividade proposta por González Rey (1997) como uma categoria em que estão implicados os aspectos social e cultural, como partes consideráveis e que se inter-relacionam entre si, dentro da perspectiva histórico-cultural, baseada na concepção de Vigotsky, coloca a subjetividade como um processo, que se constitui nas diversas relações humanas. A subjetividade passa a ser vista então como algo processual e indescartável das questões sociais e culturais, superando as dicotomias antes pensadas, tais como individual em contraposição ao social e passando a pensar o indivíduo como existindo dentro do social, transformando a realidade e sendo transformado por ela, numa tensão constante.

## **2 – Afetividade e intimidade**

Levando em consideração os sentidos subjetivos presentes no processo psicoterápico e pensando na complexidade do fenômeno, é possível pensar em outros aspectos que podem aparecer durante o processo da psicoterapia. Aspectos esses que soariam sem sentido em qualquer outro contexto, ganham um colorido e uma atenção especial no setting terapêutico da análise. Como os afetos que surgem na relação transferencial ali se tornam ferramentas que

facilitam o acesso a todo material e informação que o indivíduo traz. Kuperman (2008, p. 91) coloca que o próprio Freud no texto “Além do princípio do prazer” (1920), já posicionara a prática psicanalítica para além de uma mera ‘arte interpretativa’ e passaria a privilegiar os afetos observados na relação transferencial. “A experiência analítica ficaria, assim, menos referida ao seu registro inteligível, e mais atenta ao campo do sensível e do que nele se pode produzir como sentido” (Kuperman, 2008, p. 91).

Para que o material da pessoa em terapia surja, e este verbalize ou manifeste de formas não-verbais, já em um movimento de simbolização ou produção de sentido, mediado pela linguagem, amparado e ao mesmo tempo criando e recriando esses afetos, numa relação recursiva, que sustenta as dificuldades próprias que aparecerão no percurso analítico, é preciso algo ainda além do manejo teórico que ampara esse trabalho. É um trabalho, já que exige esforço das duas partes envolvidas, no enfrentamento das dificuldades do indivíduo, que ao falar sobre suas questões, com o auxílio do terapeuta, consegue prover-se de novos recursos emocionais para movimentar sua existência.

Esse trabalho, embora tenha o aspecto do esforço, tem também espaço para a ludicidade. É a análise também, um jogo, um quebra-cabeças, um jogo de detetive, em que o ritmo é ditado pelo analisando, que ao perceber ser possível “brincar” na realidade, pode se sentir instigado a seguir adiante no jogo da simbolização, renovando afetos engessados anteriormente em configurações subjetivas que produzem adoecimento. Aqui introduzo Winnicott (1975, p. 65), que estudou muito sobre a função do “brincar” na realidade:

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é.

Proponho que essa intimidade a qual fixei como objetivo deste estudo é muito mais facilmente construída e constituída, a partir de uma clínica que privilegia esse retorno ao lúdico, a revivescência da capacidade de brincar, de jogar e se deixar levar pela proposta da associação livre, que justamente, é também um jogo que passeia pela linguagem, pelas memórias.

Ferenczi foi mais um analista que transitou pela ideia do brincar como proposta de um encontro afetivo mais elástico, distante de uma clínica muitas vezes vista e entendida como insensível, palco de ideias que remetem ao senso comum de um analista que fica mudo e não retorna nada ao analisando; a ideia trabalhada por Ferenczi em “Análises de crianças com adultos” (1921), refere-se a um tipo de tato na comunicação psicanalítica que propõe um falar com a criança presente no analisando e não falar da criança, fazendo uso da interpretação,

atuando como um terapeuta que apenas dá curso à rememoração das passagens da infância da pessoa, sem atentar-se para o fato de que talvez a criança ainda esteja ali presente.

Kuperman traz que Ferenczi, propõe enxergar a transferência como algo diferente, longe de um manejo cirúrgico que evitaria determinados erros, mas sim: “(...) a compreensão do campo transferencial como um plano de compartilhamento afetivo, que, por meio do encontro lúdico, favorece a produção de sentidos para as experiências de cada um dos parceiros da análise” (Kuperman, 2008, p. 93).

O quanto este poder brincar na análise e levar para a própria vida, sendo capaz de perceber as mudanças que ocorreram, mesmo que não sejam as mudanças concretas, visíveis, notáveis ou grandiosas, é do que estamos a falar, no intuito de contribuir para novos olhares sobre o pensar a psicoterapia, a motivação que leva uma pessoa a escolher a abordagem psicanalítica e não outra e o que a mantém em tratamento na análise por muitos anos, geralmente. Essa clínica que situa se num lugar de elasticidade, que possibilita ao analisando criar, decodificar regras que o prendiam em um lugar de sofrimento e repetição de padrões, talvez se aproxime de algo denominado por Ferenczi de ‘tato’, algo presente no ambiente e na relação analítica, o *Enfuhrung*, a capacidade de “sentir com”, a empatia necessária ao desenvolvimento do relacionamento terapêutico que desenrola se de forma diferente em cada caso, tornando assim o trabalho psicoterapêutico, um trabalho artesanal, construído caso a caso. Essa capacidade de entender o sofrimento alheio como intolerável já foi levantada por Lévinas como algo essencial à existência humana, no sentido de compromisso ético com todo aquele que nos rodeia e sofre. Essa capacidade nos faz pensar nas diferentes situações e características presentes no relacionamento terapêutico, composto por uma dupla que não apenas funciona de um lado como uma mera tela em branco a fazer se de rascunho para as questões trazidas pelo analisando, mas também como uma relação afetiva que torna possível o desenvolvimento do potencial pessoal do indivíduo. Esse amor, que Freud mais tarde denominou de amor de transferência, é também ele um tipo de afeto a ser pensado como fulcro do estabelecimento do sucesso da análise.

A intimidade é aqui pensada no sentido de algo muito específico e de características aqui também diferenciadas de qualquer outro relacionamento humano, mas que pode se estender como aprendizado sim, para os demais relacionamentos íntimos e sociais do analisando.

Para iniciar a defesa dessa intimidade que me propus a examinar, tomo como referência literária, como analogia, um trecho do livro “A elegância do ouriço”, de Muriel Buberly:

É um fora-do-tempo dentro do tempo... Quando senti pela primeira vez esse abandono delicioso que só é possível a dois? A quietude que sentimos quando estamos sozinhos, essa certeza sobre nós mesmos na serenidade da solidão, não são nada em comparação com o deixar-se levar, deixar-se ir e deixar falar que se vive com o outro, em companhia cúmplice... Quando senti pela primeira vez esse relaxamento feliz em presença de um homem? Hoje, é esta a primeira vez.

Para muitos de nós, é no cenário de um consultório de nosso terapeuta ou psicanalista que vamos sentir esse fora do tempo dentro do tempo. Essa intimidade que se dá tanto no poder usar da palavra, quanto no esperar e poder estar em silêncio na presença de alguém, é entrevista de modo mais concreto e até mesmo esperado, no compartilhamento de diferentes aspectos do vivido, de suas questões pessoais. Também aí, ao poder compartilhar dessas questões subjetivas, intervém o analista, esse alimento que está a nutrir a pessoa. Na análise, mastiga-se e ruma-se as questões de sua própria existência e o analista mastiga e ruma as questões desse outro tão diferente dele mesmo, procurando entender a partir desse partilhar, dessa entrega de uma alteridade que a ele, analista, é tão estranha; como é esse alimento particular, como se processa a digestão daqueles fardos, dos alimentos que nutrem o indivíduo?

Lobo (2016, p. 93) trata da análise de uma certa paciente e traz que:

“(...) pouco a pouco fui entendendo que as palavras estavam no lugar de coisa e afetos. Elas os consubstanciava; (...) A analista assim, entendia a sensibilidade exacerbada dela e, ainda que sem rumo, percebia se exausta, mas à procura. Pedia paciência, dizia lhe que tentaria de outro modo e chegava a dizer que esperava de si recursos para encontrar o que precisava para falar-lhe de algo que necessitava saber”.

A intimidade ali construída muito devagar, passando por muitas dificuldades, desvios e resistências, é a possibilidade de um encontro que visa na verdade, posteriormente, ao desenvolvimento da capacidade de seguir sozinho, sem a dependência do analista, viver por si, criando quando for necessário, suas próprias estratégias de sobrevivência. Coloca Kuperman (2008, p. 103):

(...) assim como não é possível a um bebê existir sozinho, não é possível a um analisando criar no isolamento defensivo que constitui a fonte de seu sofrimento; entretanto, o percurso analítico indica que, no horizonte do encontro afetivo que ocorre entre analista e analisando está a possibilidade de experimentação da solidão compartilhada, fonte do gesto criador. É a aquisição da capacidade de estar só o que permitirá ao analisando manter-se vivo, bem e desperto, objetivos do processo psicanalítico.



## **Método**

A forma de pesquisa utilizada neste trabalho foi a pesquisa qualitativa, na qual o pesquisador tem seu foco de atenção no processo pelo qual os indivíduos constroem significados, os organizam e os descrevem. Esta pesquisa foi fundamentada nos princípios do método Construtivo - Interpretativo, proposto por González Rey (2005), uma construção teórica que propõe um modelo de subjetividade humana com uma proposta epistemológica diferenciada e que tem três pressupostos fundamentais.

O primeiro atributo é a compreensão de que o conhecimento é uma produção, um processo que acontece na relação entre o pesquisador e o pesquisado, sendo ambos coautores no processo de construção do conhecimento, o que denota a natureza construtivo-interpretativa do conhecimento.

O segundo atributo da Epistemologia Qualitativa, a legitimação do singular, leva ao entendimento do valor da produção teórica como sendo capaz de gerar campos de inteligibilidade, que possibilitem o surgimento de novas zonas de ação sobre a realidade e novos caminhos de movimentação dentro dela, através de nossas representações teóricas.

Por fim, o ato de compreender a pesquisa como um processo de comunicação, é o terceiro atributo da Epistemologia Qualitativa. Considerando que o homem permanentemente está inserido em espaços sociais em que se comunica, essa valorização da comunicação constitui-se em uma via privilegiada para apreender os sentidos subjetivos e configurações subjetivas que o sujeito individual constitui em seus diversos espaços sociais e como as condições objetivas presentes nesses espaços influencia a subjetividade do indivíduo, numa relação recursiva.

### **1.1– Instrumentos**

Instrumentos são todos os procedimentos utilizados para estimular a expressão do sujeito participante da pesquisa, servindo como caminho para a informação que se pretende obter. Serão utilizados como instrumentos para esta pesquisa, a observação, dinâmica conversacional e o completamento de frases.

Segundo González Rey (2005):

Os instrumentos são verdadeiros 'trechos vivos' de informação quando conseguimos converter nossa relação com os sujeitos estudados em um espaço produtor de sentidos subjetivos, no qual sua expressão com e diante do pesquisador cobra um sentido particular para o sujeito. (...) O sujeito aparece ante esses instrumentos em sua complexidade real (González Rey, 2005, p. 165).

A dinâmica conversacional propõe que o sujeito seja estimulado a conversar de forma livre e espontânea sobre suas vivências pessoais, tendo um espaço para refletir acerca delas e tendo seus sentidos subjetivos aflorados, construindo significados dentro de uma zona de inteligibilidade, sendo um produtor de conhecimento.

González Rey (2005), coloca que o completamento de frases é um instrumento em que há pequenas expressões destinadas a serem completadas pela pessoa que o responde. Podem ser frases de caráter geral e também serem específicas a alguma atividade que o pesquisador queira discutir.

## **1.2 – Participantes**

A participante da pesquisa foi uma mulher de 23 anos, que já estava inserida em um processo de acompanhamento psicoterápico na abordagem psicanalítica há 5 anos. Os critérios escolhidos para seleção da participante foram por restrição quanto ao gênero, especificamente pelo sexo feminino, em função do interesse pessoal da pesquisadora pela subjetividade do sexo feminino; e por pacientes que já estivesse em um processo de acompanhamento psicoterápico há no mínimo seis meses, por haver maior probabilidade de já ter-se formado o vínculo terapêutico no processo psicoterápico, tendo um tempo maior de vivência terapêutica, o que seria mais adequado para nossos propósitos.

## **1.3 – Análise e construção da informação**

O processo de construção da informação na pesquisa qualitativa possibilita uma construção teórica de sentidos subjetivos e configurações subjetivas que permeiam os mais diferentes comportamentos e representações simbólicas próprias da produção humana. Trabalha-se com a qualidade da informação nas dimensões observadas por González Rey(2005), que considera como maior inovação na pesquisa qualitativa, o uso de indicadores.

Para Mori (2012), indicadores são:

(...) certos elementos e formas de expressão da pessoa como significativos para abrir hipóteses, que no curso da informação estudada vão se transformando em afirmações teóricas fundamentadas por novas evidências ou vão dando passo para outras hipóteses.

Com o uso dos indicadores, saímos do nível descritivo das informações, o que abre possibilidades para o pesquisador entrever informações implícitas que não aparecem na representação consciente dos indivíduos, o que abrange de forma mais ampla a realidade complexa do ser humano.

## Discussão

Débora é uma estudante de Psicologia, cursando o nono semestre, solteira, tem 23 anos, mora com os pais e a irmã, não trabalha e faz análise há 5 anos, tendo uma pequena pausa no meio do processo, quando foi internada em virtude da *síndrome de Sjögren*. Tem a pretensão de também fazer a formação em Psicanálise na linha lacaniana. Débora tem fibromialgia, atualmente controlada, *síndrome de Sjögren*, a qual já a forçou a ficar um ano longe da faculdade e alguns outros problemas de saúde.

### 3.1 – Eu antes e eu agora

A pesquisadora inicia a dinâmica conversacional perguntando:

**Você já parou pra pensar como você era antes da análise e como você é agora?**

Eu não reconheço essa pessoa. Não reconheço. Nem um pouco. Falo muito disso para os meus pais, minha irmã... porque minha irmã começou a fazer análise agora, Antes, eu tinha fibromialgia, tomava ansiolítico, antidepressivo, tudo assim que você imaginar eu tinha. Alergia, até hoje eu tenho alergia, desde criança eu tenho alergia. Mas teve uma época que era muito forte, eu não conseguia viver de tanta alergia. E sentia muita dor pelo corpo. Não conseguia levantar da cama, ficava o dia inteiro deitada na cama morrendo de dor. Depois de dois anos de análise, eu fui perceber que eu não estava mais sentindo dor. E eu pensei: gente, mas o que foi que aconteceu? Sabe? De repente, eu não sentia mais dor. Então, eu não consigo mais ver aquela pessoa. Não sou eu.

Débora inicia sua fala destacando como seus problemas de saúde diminuíram de modo expressivo a partir do início de sua análise. O fato de ter vivido desde criança com diversos problemas de saúde pode indicar que este é um aspecto que influenciou bastante na configuração de diversos sentidos subjetivos que se expressam na vida de Débora, inclusive em relação ao seu percurso de análise.

A Teoria da Subjetividade de González Rey propõe pensar a saúde como um processo subjetivo que não se limita à experiência do indivíduo e se encontra perpassado pelas questões que incluem o social, o cultural e a própria história singular da pessoa, indo além das noções naturalizadas e padrões hegemônicos ainda arraigados a uma visão biomédica do ser humano, presentes até mesmo, ainda, na Psicologia. Sendo assim, é preciso pensar nas questões que atravessam essa constante situação de adoecimento vivida por Débora, desde as vivências em família, como isso afetava seus relacionamentos externos à família e o que a sociedade e a cultura nos trazem em relação ao processo de adoecimento, dor e mesmo as questões de gênero e classe social envolvidas.

O que Débora traz é que vivia sentindo dor e sentindo-se doente e que isso a definia como pessoa. Débora enxergava-se como uma pessoa permanentemente adoentada e que, a partir principalmente, de seu processo psicoterapêutico, pôde começar a pensar em outras alternativas para existir no mundo; ela não reconhecia mais aquela antiga Débora, a que vivia à base de remédios, doente, de cama, dependente e fragilizada, como sendo ela. Aqui evidencia-se o potencial de cada indivíduo em gerar sentidos subjetivos novos que movimentem seus modos de estar no mundo.

As questões pertinentes à saúde física, os sintomas, os mal-estares, as doenças, através do viés da Teoria da Subjetividade, deixam de situar-se de forma engessada em algo visto como uma entidade nosográfica, tratadas com um conhecimento que chega a priori em relação à escuta do indivíduo e passam a ser consideradas como expressão da subjetividade de cada pessoa, processos temporários que refletem como se encontra aquela pessoa naquele momento. Essa visão do processo de saúde-doença possibilita que se perceba que aquele indivíduo está impossibilitado temporariamente de produzir novos sentidos subjetivos, que isso causa sofrimento a ele, mas que há todo um potencial a ser explorado em termos de desenvolvimento pessoal.

A Psicoterapia entra nesse processo como facilitadora do potencial do indivíduo de gerar esses novos sentidos subjetivos. Segundo Rey (2011, p. 22) “sem a emergência do outro como sujeito do próprio processo terapêutico não acontece mudança terapêutica”. É nesse sentido que podemos entender o espanto de Débora ao perceber-se sem dores e sem saber precisar o ponto em que sua reação perante a vida passou do adoecimento como forma de enfrentamento para a abertura frente às possibilidades e posicionamento de si mesma como um sujeito que pode movimentar-se a partir de vários sentidos subjetivos, formando novas configurações subjetivas e tem ao alcance diversas alternativas de estar no mundo.

### **3.2 - Dor física, reconhecimento de si mesma e processo psicoterapêutico**

Dores físicas e doenças costumam estar entre as queixas de grande parte das pessoas que procuram por psicoterapia. Muitas vezes, o indivíduo já passou por vários tratamentos médicos, tratamentos alternativos e toma medicações diversas que chegam a causar tantos efeitos colaterais e por vezes até mesmo iatrogênicos, que acabam por adicionar mais queixas à questão física inicial.

A dor física em si não traz em seu caráter objetivo, um significado universal para todos os indivíduos. Cada experiência vivida pelo indivíduo ressoa e se organiza de forma única,

contribuindo para a composição de sua subjetividade. É preciso buscar as peculiaridades envolvidas nas impressões que ficam para o indivíduo em cada experiência que ele vive, inclusive a doença.

González Rey (2011, p. 31), coloca a respeito das experiências vividas pela pessoa:

Nenhuma experiência vivida é portadora de uma significação psicológica universal pelo seu caráter objetivo; toda experiência toma sentido subjetivo a partir de seus efeitos colaterais sobre uma pessoa ou um grupo, efeitos esses que não estão na experiência, a que se organiza nas configurações subjetivas que emergem nesse processo. É essa qualidade da psique a que defino como “caráter gerador da psique” (...). Essa questão da importante diferença entre o vivido socialmente e o significado que essa experiência tem para o sujeito. (...).

Débora passou por um período tão longo convivendo com a doença, que ao se dar conta que, após um período fazendo análise, já não sentia mais dor, percebe-se totalmente diferente de quem era. Não se reconhece mais e coloca-se como sendo agora outra pessoa. A percepção de si mesma muda tão radicalmente que ela tem a impressão que foi algo próximo do mágico, como quem diz que algo aconteceu “do dia para a noite”. Numa perspectiva mais ampla, que considera que ela tem plena capacidade de se posicionar em relação às escolhas e opções e que tal ideia é de suma importância no entendimento da qualidade de sujeito da pessoa; aqui caracterizamos sujeito como aquele indivíduo que emerge na terapia, participante de sua própria psicoterapia e ativo em sua produção de saberes e envolve-se de forma ativa em seus processos.

Numa fala posterior, Débora acrescenta:

Acho até que... assim, terminei o namoro, eu fiquei 5 anos com aquela pessoa. E eu olhava pra ele e não conseguia ver o que ele falava de mim, da Débora antiga. E eu não sabia lidar com aquela pessoa. Daí eu terminei o namoro porque não sabia lidar com aquele eu antigo do passado. Acho que ele (o ex-namorado) ficou parado no tempo “essa é a Débora”, Eu não conseguia mais ser aquela pessoa super frágil, triste, eu era muito triste eu vivia chorando. Eu não tenho mais nada daquela pessoa, nada, nada. É até difícil olhar pra trás e ver que eu não sou mais aquela pessoa, sabe, é muito esquisito, eu sou outra pessoa, não sei nem explicar direito. É muito esquisito.

É interessante notar como Débora demarca bem a “antiga eu” de quem é atualmente. E coloca o ex-namorado como tão pertencente àquele passado, que teve que, de fato, deixá-lo lá para poder seguir adiante, já que não consegue mais conviver com aquela versão de quem foi um dia. É possível que reconhecer-se como uma pessoa que era triste e vivia chorando seja indicador de uma passividade em relação tanto às escolhas de vida quanto em relação a como se relacionava com as pessoas com as quais convivia, o que podemos hipotetizar que essa passividade gerava emoções danosas para ela, o que auxilia na compreensão do adoecimento frequente.

Débora vive com a experiência da dor física e do adoecimento desde muito jovem, criança ainda. Aparentemente, ela considerava que essas vivências relacionadas à doença eram aspectos de quem ela era. Reconhecia-se como “a doente”, que vivia sentindo dor e mal tinha forças para levantar da cama. O fato de submeter-se a diagnósticos sem refletir, implica não abrir possibilidades para novos caminhos de vida. É comum que procure-se por rótulos, fragmentos de características identificatórias fixas, imutáveis, para ajudar a compreender quem se é e construir a própria identidade, sustentado por essas definições muitas vezes, inflexíveis, rígidas; como por exemplo, vê-se muito comumente as pessoas definindo-se como “alegre”, “comunicativa”, “ambiciosa”, “perfeccionista”, como se tais características fossem atributos planos e fechados em sua caracterização e fossem vividos de forma igual em todas as dimensões da vida, excluindo as possibilidades que cada modo de subjetivar a realidade pode gerar. Maia (2003, p. 71) coloca:

A modernidade cultivou desde sempre a crença na fixidez da identidade construída. Provavelmente, boa parte dos males da alma nesse período \_ e também o nascimento da clínica psicanalítica se deu nesse bojo \_ advinha nessa exigência. Os ideais de purificação modernos exigiam do sujeito uma identidade unitária e fixa para toda a vida; causavam uma mutilação em partes de sua experiência vivida, já quem em determinadas instâncias, o sujeito é puro fluxo, é errático, nômade e não busca o sedentarismo. Já a pós-modernidade quer fazer crer que as pessoas não precisam de pontos identitários de referências.

Bauman (2005, p. 55) traz a ideia de que o trabalho de formação de uma identidade pessoal seria um processo contínuo e não um quebra-cabeças em que se há uma certeza de que todas as peças têm um lugar certo e ao se chegar ao final da montagem, veria-se o quadro completo. Ele diz que:

(...) o trabalho total é direcionado para os meios. Não se começa pela imagem final, mas por uma série de peças já obtidas ou que parecem valer a pena ter, e então se tenta descobrir como é possível agrupá-las e reagrupá-las para montar imagens (quantas?) agradáveis. (...) A tarefa de um construtor de identidade é, como diria Lévi - Strauss, a de um bricoleur, que constrói todo tipo de coisa com o material que tem na mão...

E mesmo essas peças, o material com que o indivíduo \_ a forma como ele vai se reconhecendo ao fazer reflexões sobre a própria vida, gera novos processos subjetivos que facilitem novas opções. Essas formas não lhe são dadas todas de uma vez nem ele tem o material completo e assim monta um todo, tem sua identidade em algum momento formada e concluída. Há uma tensão constante que provém da relação contínua com o social e o cultural, uma relação recursiva, em que ambos se influenciam e recriam constantemente o produto, que é recheado

de contradições e regido por paradoxos. Sendo assim, o que é experimentado pela pessoa é transportado para os cenários sociais em que ele tem que transitar, inclusive a família e os que compartilham de sua intimidade mais próxima, como o namorado. Débora especula que o namorado a via como a doente do passado, enquanto ela mesma não só já não se sentia nem se via mais desse modo, como sequer se reconhecia como aquela pessoa doente.

Um outro aspecto que pode ser pensado dentro desse trecho da conversação com Débora e relativo ao processo de análise, é que ela não só comenta com a família que mudou radicalmente após iniciar a análise, como frisa que a irmã atualmente também faz análise, implicando a importância do processo em sua vida. Abre-se a hipótese de que a vivência em análise é um importante mobilizador de sentidos subjetivos diversos que tencionam as configurações subjetivas atuais nos diferentes contextos de vida.

A subjetividade individual segundo propõe González Rey, não sendo inerente a cada indivíduo nem existindo separada da subjetividade social, mas ambas fazendo parte de um mesmo sistema, sendo a subjetividade individual os processos de organização dos sentidos subjetivos que se arranjam nas configurações subjetivas e são construídos a partir da ação dos indivíduos nos espaços sociais em que circulam. Falamos de subjetividade, então, sempre remetendo aos contextos histórico-culturais em que as pessoas estão imersas.

A doença e a dor física têm representações sociais diversas, uma das quais está ligada a características como fragilidade, necessidade de cuidados muitas vezes intensos e que protegem, envolvem o doente em uma “bolha” para que fique isolado, mas seguro. Levanta-se a hipótese que Débora escolheu aceitar por um tempo, a teia familiar de cuidados e ampliou isso para suas relações sociais, enxergando-se e mostrando-se sempre como uma pessoa frágil e necessitada de suporte em um nível alto. A partir do momento em que se enxergou como capacitada para cuidar de si mesma e não precisar mais de tantos cuidados de outros, cai por terra a necessidade de requerer do outro mais próximo esse cuidado intensivo.

Entendendo que a saúde e a doença também são processos subjetivos de significados únicos e singulares, cujos sentidos subjetivos não são determinados por significações universais, ressoando em cada indivíduo de modos diferentes, com aspectos plurais, e que há uma perspectiva de um sujeito que é ativo em suas escolhas e não determinado pela doença, mesmo que se mostre passivo, entregue ao sabor dos olhares alheios sobre si. Mesmo aceitar passivamente determinadas coisas é uma escolha. Assim, o trecho de conversação seguinte amplia essas considerações. A pesquisadora questiona à Débora:

### **Você tem alguma mágoa do passado?**

Não, eu sou até bem resolvida com isso. Eu acho esquisito olhar e ver que eu não tenho nada daquela pessoa, mas eu sei que eu fui aquela pessoa e tudo bem também. Houve um momento em que eu ficava meio mal, porque eu fiz mal para algumas pessoas, para os meus pais, para o meu ex-namorado e tal, mas... hoje em dia eu falo: eu errei mesmo, era o que eu conseguia na época, e tudo bem. Mas precisei trabalhar muito isso para poder falar assim mais tranquila hoje. E se for ver também, cinco anos (de análise) não é tanto tempo assim, depende do ponto de vista em que se estiver olhando. Mas o fato de mudar tanto, tanto, tanto em cinco anos, sei lá, parece uma vida, não sei explicar.

Os indicadores convergem para a hipótese de que Débora tem um novo posicionamento em relação à própria vida, trazendo a sua própria responsabilidade ao fazer certas escolhas, saber de si durante uma época de sua vida e reconhecer-se atualmente diferente e já conseguindo tecer e encarar a ideia de que tudo isso faz parte do processo de constituição da pessoa que ela é hoje. É possível também já dizer com mais propriedade que a análise ocupa um espaço relevante em sua vida, já que ela coloca que sua vida mudou bastante nesses cinco anos em que ela faz análise.

É interessante também, ver como Débora consegue ter novos critérios e reconhecer que o tempo da psicoterapia não se relaciona ao tempo formal, mas ao “tempo” da pessoa nesse processo.

### **3.3 – O adoecimento mais grave e a presença da mãe**

A pesquisadora pergunta: “Houve uma explicação para o que você teve?”

Sim, eu tenho uma doença autoimune que chama *síndrome de Sjögren*. Ela deixa a boca e os olhos secos. Minha boca é seca e meus olhos também. Eventualmente, ela ataca os rins, o pulmão, o coração. Atacou meus rins. Meus rins pararam de filtrar. Quando fazia xixi, o potássio ia todo embora e sem potássio, não se consegue andar, não se consegue fazer nada. Eu fiquei num estado, que tipo, quando eu estava internada, uma tia minha fez uma brincadeira, eu estava com as mãos paralisadas em garra, tipo assim (e faz o gesto, curvando os dedos) e ela me mostrou duas notas de cem reais e disse, se você conseguir pegar a nota, eu te dou uma nota de cem reais para cada mão. E eu pensava em movimentar os dedos, as mãos e não conseguia. Eu fazia assim, sabe? (faz o gesto de fazer força para estender os dedos) e nada acontecia. Eu fiquei: gente. E olhava para os meus pais e eles chorando. Foi muito difícil ver meus pais chorando. Foi muito difícil ver meu pai chorando.

No trecho de fala seguinte, Débora coloca algo interessante:

E minha mãe, ela não consegue lidar com essas coisas. Então, quem cuidou de mim foi meu pai. Ela trabalha, é funcionária pública e ele já é aposentado. Ele é que ficou comigo no hospital. Ele que me limpava quando eu fazia xixi, por exemplo. Foi um negócio assim, que quando eu saí de lá, eu esqueci tudo que tinha acontecido, tive que lembrar as coisas no divã, sabe? Acho que foi por isso que eu não conseguia deitar mesmo, eu não tava forte o suficiente, ter que lidar com essas coisas... eu queria que minha mãe estivesse lá e não meu pai. Mas ela também, coitada, não consegue lidar com essas coisas.



Percebe-se que havia uma expectativa por parte de Débora de que fosse a mãe a cuidar dela durante sua internação. O fato de sua mãe não ter conseguido lidar com a situação parece tê-la deixado desconfortável, talvez ressentida. Embora tenha construído algumas justificativas racionais para a situação, que têm sua legitimidade, Débora parece ter manifestado seu descontentamento, por outro lado, também esquecendo-se de tudo que teve que passar durante a internação após. Nasio traz a discussão da diferença entre desprazer e dor, especificamente a dor psíquica, colocando-a como a “(...) autopercepção de uma tensão incontrolável em um psiquismo transtornado” (Nasio, 1997, p. 22). O tumulto emocional, aliado a uma expectativa gerada no contexto social, provocado pela ausência do cuidado da mãe, poderia manifestar-se no esquecimento de todas as situações dos cuidados físicos dados pelo pai, já que, podemos pensar, houve uma confusão nos papéis socialmente estabelecidos de mãe como cuidadora, no nível da percepção subjetiva de Débora, o que pode ser entendido quando ela diz que “(...) eu queria que minha mãe estivesse lá e não meu pai (...)”.

Na fala recortada desse mesmo trecho da conversação, Débora detalha suas impressões sobre a reação da mãe:

E minha mãe, ela não consegue lidar com essas coisas. Então, quem cuidou de mim foi meu pai. Ela trabalha, é funcionária pública e ele já é aposentado. (...) Mas ela também, coitada, não consegue lidar com essas coisas.

Numa perspectiva do processo de desenvolvimento da criança proposto por Winnicott, temos a mãe que, sendo suficientemente boa, ou seja, atendendo às necessidades de cuidados físicos e acolhimento, amparo, sustentação e manuseio e mesmo assim, deixa espaço para que a criança se desenvolva, sem suprir todas as suas necessidades de forma contínua, um delicado equilíbrio\_ é a chamada preocupação materna primária; quando essa mãe sai da preocupação materna primária e coloca o bebê em um lugar de dependência relativa, contribui para o desenvolvimento da criança, dando-lhe também a chance de interagir com outras figuras importantes do ambiente ao redor, que podem assegurar essa a continuidade dessa relação, como o pai, por exemplo.

Enfrentar a realidade externa, que já não se adianta a cada necessidade sua muito menos com a aparente perfeição de antes, quando parecia que os códigos eram compartilhados apenas entre eles, a relação mãe-bebê. Não existe um bebê sozinho, mas uma amálgama desses dois, que acabam relacionando-se num processo de simbiose. Esses devaneios ligados a essa simbiose, a esse estar tão próximo de alguém que perdemos nossa individualidade e nos

tornaríamos um só, continuam atuando em nossas memórias, nos fazendo agir repetindo as queixas de antes: “(...) queria que minha mãe estivesse lá e não meu pai (...)”. Poderíamos colocar a hipótese de que, como modo de defesa de um narcisismo ferido, tais lembranças são rapidamente suturadas por respostas racionalizadas como “(...) ela não consegue lidar com essas coisas”.

### 3.4 – A intimidade e o brincar na análise

O que Winnicott propõe, dentre vários conceitos e perspectivas, é que ao brincar, a criança esteja fazendo uso de um objeto externo para manifestar conteúdos de seu mundo interno. A criança que cria uma boneca que é a filhinha, a partir de um pedaço de pano enrolado já não vê a realidade externa do pedaço de pano nem a fantasia de ser mãe da filhinha, mas sim o objeto único, interno e externo, o objeto transicional. O espaço transicional ou espaço potencial, em que isso acontece, um território intermediário entre a realidade externa e a realidade interna, possibilita a criação e a produção cultural, por exemplo, que são como brincadeiras de adultos, em que o interno e o externo se fusionam em um mesmo lugar, em um mesmo objeto.

O espaço do setting analítico que possibilita a criação, a possibilidade de existência e de subjetivação das experiências vividas como possíveis, viáveis, partes da *verdade dessa pessoa* e não como fatos absurdos ou surreais, patológicos, falhos, traz a análise como também uma possibilidade de (re)criação da própria existência. É brincando na análise, recriando as possibilidades de vida a partir de gravetos, pedaços de pano ou recortes da fala sustentados pela fantasia que o analisando vai ganhando confiança em um terreno antes pantanoso, o das relações afetivas. É preciso que a cada trauma que fissura as paredes construídas ao redor de nossas fragilidades, novas possibilidades de enxergar aquelas fissuras, reconstruir e construir novos pedaços, estejam disponíveis. Essa visão do todo como repleta de paradoxos, muitas vezes só é possível de compreender num processo que *fragmenta* as informações que são disponibilizadas pela fala, como é proposto no processo da análise. Buscamos a origem etimológica da palavra “análise”:

A palavra **análise** vem do «gr[ego] *análisis, eōs*, "dissolução; método de resolução (por opos. a síntese)", do v[erbo] *analúō*, "desligar, dissolver, soltar, separar, libertar, analisar, examinar", talvez por infl[uência] do fr[ancês] *analyse* (1578) (...); (...) ; f[orma] hist[órica] 1726 *analysis*, 1764 *analizis*».

**Análise** é, entre outras coisas, «separação de um todo em seus elementos ou partes componentes» ou «estudo pormenorizado de cada parte de um todo, para conhecer melhor sua natureza, suas funções, relações, causas etc.»

(Fonte: *Dicionário Eletrônico Houaiss*)

Essa fragmentação das inúmeras histórias do indivíduo, que pode olhar para cada aspecto de sua vida, buscando os significados, vasculhando as relações, procurando pela natureza de si mesmo confusamente reduzida a relações de causa e efeito circulares, como “sou assim porque me aconteceu x situação na infância”, mas sem realmente questionar e refletir sobre a amplitude de fatores envolvidos e a complexidade de questões ligadas e relacionadas à composição da tela da sua subjetividade, um sistema extremamente complexo e rico, possibilita a longa jornada de ressignificação dos sentidos e abertura de horizontes para novas alternativas de vivenciar suas questões e construção de novos caminhos.

Levando para o setting analítico da clínica com adultos, podemos ver na fala seguinte de Débora, essa possibilidade de brincar no processo psicoterapêutico, abrindo alternativas para uma flexibilidade que enriquece, aparece. A pesquisadora pergunta: E depois que você saiu do hospital e já estava melhor, você ainda estava em análise? Débora coloca:

Então, depois da internação, quando voltei, quase um mês depois, foi engraçado, eu não conseguia deitar no divã. Eu tinha que olhar pra ela, mas sentada no divã, assim, eu tinha que me sentar e ficar meio virada de lado para conseguir olhar pra ela, porque eu não conseguia me deitar de jeito nenhum. Eu demorei mais de um mês para conseguir deitar de novo. Foi bem difícil.

Ela ainda detalha: “Acho que foi por isso que eu não conseguia deitar (no divã) mesmo, eu não tava forte o suficiente, ter que lidar com essas coisas (...)”, pode-se entrever um momento de fragilidade em que a capacidade de reação e criação de Débora retornou apenas com o esquecimento e a recusa em deitar-se no divã. Ao invés de criar e reagir, Débora responde com o esquecimento, recusando-se a falar, aspecto essencial das terapias baseadas na fala, mais ainda na Psicanálise, que tem como regra de ouro, falar o que vier à cabeça e ainda deixa de deitar no divã, também, de certa forma, recusando-se a falar, já que é literalmente através do deitar-se no móvel símbolo da análise tradicional, que ocorre o relaxamento que possibilita a associação livre. Grolnick (1993) traz a visão de Winnicott a respeito do ambiente que precisa sustentar o sujeito para que ele possa deixar de lado as concepções rígidas e vivenciar suas questões com mais flexibilidade e isso é passível de ser aplicado à necessidade dessa flexibilidade por parte do analista também.

(Winnicott) “Ele percebia a necessidade do pano de fundo estável de um ambiente sustentador para que ocorressem reações novas e criativas. Essas reações inovadoras e criativas parecem estar permeadas de um sentido de livre-arbítrio e espontaneidade”. (Grolnick, 1993, p. 45)

É interessante notar que Débora não consegue deitar no divã e fica sentada, numa posição meio de lado, para poder olhar para a terapeuta. Além de não conseguir deitar no divã, naquele momento, havia uma necessidade a mais, que era a de olhar para sua analista, assegurar-

se que ela estava ali. Podemos levantar uma hipótese de que Débora projetasse na analista a mãe que ela não viu no hospital cuidando dela e quisesse assegurar-se que essa mãe não lhe escapasse novamente. Mezan (1995) traz uma interpretação semelhante, quando ao lidar com um analisando que insistia em virar-se no divã para olhar para ele, Mezan (1995, p. 121) pontua: “Talvez você se sinta fragmentado ao falar comigo; virando-se, você vê que estou sentado atrás de você, e pode ser que isto o acalme, como se você reencontrasse sua unidade olhando-me como num espelho”. Embora tenhamos que reconhecer o fato de que cada indivíduo é um universo em si mesmo, completamente único e singular e que cada caso é um caso, pode ser possível que muitos de nós, em variados momentos, necessitemos desse olhar do outro, de termos alguma certeza que o outro está lá. E embora o próprio Mezan questione-se a respeito dessa interpretação que ele fez, formulo a hipótese de que Débora realmente sentia-se fragmentada, frágil, desejosa dos cuidados da mãe e que a intimidade já construída em sua análise proporcionou que ela agisse assim, sem receio de ser rechaçada pela analista.

A analista que soube também interpretar o que estava sendo dito ali no setting de formas não-verbais, teve um posicionamento bastante sábio em esperar pelo tempo da analisanda, sem pretender alguma espécie de cura de um possível sintoma, o não conseguir deitar-se ; percebemos sabedoria e aceitação da parte dessa analista de Débora em calar o próprio ego e não interpretar narcisicamente, deixando que Débora trouxesse suas questões e não pontuando questões que ainda não tinham surgido; em disponibilizar-se para Débora, na tentativa de traduzir o não-verbal em verbal, o que não estava sendo dito, apenas manifestado pelo corpo, em palavras e sentimentos, em verbalizações. Grolnick (1993, p. 124) traz: “A linguagem winnicottiana e a ligação das palavras dizem algo ao terapeuta. É sua tarefa descobrir a equivalência metafórica do holding físico, basicamente não-verbal, da mãe. Trata-se de uma tarefa de tradução do não-verbal para o verbal”.

O terapeuta deve atentar-se para o fato de que a produção subjetiva do analisando, da pessoa que está em terapia, está além da ação do terapeuta e isso em qualquer abordagem clínica. Nenhuma construção subjetiva nova será feita porque o terapeuta falou x ou y colocação, fez essa ou aquela interpretação. A mudança se opera em um nível que escapa à ação direta do terapeuta. Talvez estejamos tratando de um campo que seja muito mais relacional, que fale muito mais do diálogo e do vínculo, da intimidade que se estabelece (ou não) entre o terapeuta e a pessoa em terapia. Como coloca Holanda (2012), ao ser instado a recomendar uma abordagem psicoterápica, ele recomendaria o indivíduo psicoterapeuta, pois o que está em questão diz muito mais da habilidade clínica de conseguir relacionar-se e levar a pessoa em

terapia a arriscar querer relacionar-se, não apenas com ele, psicoterapeuta, mas levando para sua própria vida, com todas as outras pessoas que compõem seu círculo de relacionamentos.

E ele, o analisando ou a pessoa em terapia, é quem desvenda o reino obscuro das palavras que expressam o que ele sente. O terapeuta está ali apenas como facilitador dos processos subjetivos que vêm à tona durante a psicoterapia. Tal como no poema de Drummond: “Chega mais perto e contempla as palavras. / Cada uma tem mil faces secretas sob a face neutra / E te pergunta, sem interesse pela resposta, / Pobre ou terrível, que lhe deres: – Trouxeste a chave?”

É necessária uma chave para o acesso ao reino dos sentidos subjetivos e produções simbólicas, ao universo único e singular de cada pessoa e propomos que uma dessas chaves seja a intimidade que se constrói no setting analítico, uma intimidade que é possível de emergir mais facilmente se é oferecido um ambiente, um espaço potencial para que o indivíduo em terapia possa criar.

Para Winnicott (1975), brincar na análise é de suma importância, justamente pela chance oferecida à pessoa em terapia de usar de uma criatividade. Em algumas abordagens psicoterápicas \_ e até na educação infantil, dentro das famílias e nas escolas \_ têm-se a ideia de utilizar de disciplina, de aplicação ao processo psicoterápico. No entanto, pensamos, concordando com Winnicott, que a criatividade não se manifesta em um espaço regido apenas por essa disciplina, mas em um espaço criativo. A criação maior seguindo as ideias de Winnicott, seria a do próprio eu ou self. Poder brincar, associar elementos que estavam anteriormente soltos ou dissociados, poder lidar (falar) dos paradoxos e contradições presentes em si e na percepção do outro e do mundo, proporciona ao indivíduo, descobrir e construir seu eu. Ao contrário disso, em um ambiente psicoterapêutico que não privilegie o brincar e mesmo o exclua, dá-se uma comunicação artificial ou nem mesmo isso (FRANCO, 2003).

Winnicott (1975) pensava que o que ele trazia de novo era a aceitação do paradoxo como parte da existência humana e propulsor de alternativas, possibilidades, novas maneiras e modos de encarar a vida e desenvolver-se.

Minha solicitação é que o paradoxo seja aceito, tolerado e respeitado, e não que seja resolvido. Pela fuga para o funcionamento em nível puramente intelectual, é possível solucioná-lo, mas o preço disso é a perda do valor do próprio paradoxo (Winnicott, 1975, Introdução).

O paradoxo do qual trata Winnicott diz respeito a uma situação proposta por ele, que envolve o conceito de objeto transicional. O bebê cria o seio que encontra disponível, ou seja,

o bebê que sente uma urgência instintiva, que lhe impele em busca de algo, encontra esse objeto, o seio que sacia sua urgência; esse seio, adaptando-se de forma satisfatória ao bebê, parece ter sido criado magicamente pelo movimento que lhe havia atravessado. A identidade ainda incipiente do bebê, que a princípio é aquele movimento que o atravessa, em seguida é o seio e o leite que engole, dá sentido à expressão: o bebê cria o seio que encontra disponível.

Essa constituição do objeto subjetivo acaba por chegar na discussão sobre o paradoxo. Dias (2003), coloca que:

O paradoxo contido na ilusão de onipotência consiste no fato de que aquilo que o bebê criou foi, na verdade, encontrado por ele (do ponto de vista do observador) e já estava lá antes de ele tê-lo criado. Mas, além disso, aquilo que o bebê criou não é exatamente aquilo que a mãe ofereceu, do mesmo modo que jamais encontramos na realidade aquilo que imaginamos. Essa disparidade jamais terá solução. É inerente à natureza humana e, ao longo da vida, teremos sempre de lidar com ela (Dias, 2003, p. 173).

Esse lidar com os paradoxos que nos acompanharão por toda a existência, é algo possível de ter um lugar para discussão, enfrentamento e construção de novas possibilidades dentro do processo psicoterapêutico. O poder falar de tais questões, que antes dificilmente teriam um espaço para serem elaboradas, é algo que diferencia o processo psicoterapêutico de outras alternativas de acompanhamento. No trecho de fala seguinte Débora traz:

E minha mãe, ela não consegue lidar com essas coisas. Então, quem cuidou de mim foi meu pai. Ela trabalha, é funcionária pública e ele já é aposentado. Ele é que ficou comigo no hospital. Ele que me limpava quando eu fazia xixi, por exemplo. Foi um, negócio assim, que quando eu saí de lá, eu esqueci tudo que tinha acontecido, tive que relembrar as coisas no divã, sabe? Acho que foi por isso que eu não conseguia deitar mesmo, eu não tava forte o suficiente, ter que lidar com essas coisas... eu queria que minha mãe estivesse lá e não meu pai. Mas ela também, coitada, não consegue lidar com essas coisas.

Ainda que para Débora, o acompanhamento e cuidado por parte do pai tenham sido importantes e tenham suprido em parte a necessidade de cuidado, tanto físico quanto emocional, percebe-se em sua fala que ficou a expectativa pelo cuidado que a mãe não deu conta de proporcionar. E Débora em contrapartida, acaba por justificar a mãe em sua falta, o que demonstra um processo complexo de lidar com os paradoxos e pressuposições até mesmo sociais, em termos de representação: a mãe é a que cuida, eu como filha, espero ser cuidada por essa mãe, a mãe que falha, como encarar e enfrentar essa mãe que falha e é insuficiente, quando algo em mim espera por essa situação e tem uma certeza íntima disso? Talvez esquecendo da situação paradoxal de ter sido cuidada não pela mãe, como esperava, mas por esse pai que ocupa o lugar que ela, Débora havia destinado para a mãe.

Apesar dessa situação em que teve que enfrentar o que estava acontecendo e usar de alguma flexibilidade, dentre outros modos de subjetivar os fatos, Débora ainda trazia antes uma

expectativa passiva frente às questões e situações que a vida lhe apresentava, esperando pelo posicionamento dos outros, sem colocar-se como sujeito produtor de sentidos subjetivos. Esperou pela mãe que não veio cuidar dela quando esteve internada no hospital, com um adoecimento grave. Não tinha recursos subjetivos suficientes para elaborar a partir desses fatos e poder construir em si a aceitação da vivência de ter de ser cuidada pelo pai, diferentemente do que gostaria. Esqueceu-se do que ocorreu durante sua internação e só começou a organizar sentidos já de volta à terapia. Logo após, continuando a falar sobre essa época da internação, ela diz:

Acho que uma coisa que a gente aprende na análise é que a gente está sozinho nesse mundo. Não adianta falar assim, 'ai, minha relação com meus pais é horrível, minha relação com fulano de tal é ruim', tá, mas e aí? Vai fazer o que com isso? Sabe? Porque o outro vai ficar lá, não vai fazer nada, você pode ficar lá, dando soco em ponta de faca e não vai adiantar nada. O outro não vai mudar, se ele não quiser. Se você ficar incomodada, é você quem tem de mudar. Sei lá, as pessoas falam que isso é ser pessimista, eu acho que é ser realista. A vida é nossa mesmo, a gente que tem o poder de mudar a gente mesmo, só. Não tem o poder de mudar os outros. Não adianta ficar pensando, ah, o que o outro poderia ter feito para você, mas isso não adianta, isso não existe.

Percebe-se na fala de Débora, a aceitação da situação pela qual passou, da internação, da fragilidade frente à doença e dos cuidados que teve que encarar vindos do pai e não da mãe, como ela queria, entre inúmeros outros possíveis fatores. Isso acabou mobilizando Débora a refletir sobre a condição da solidão humana, inerente à existência humana, o que podemos levantar como hipótese que acabou por suscitar sentidos subjetivos em que ela percebe que é de sua responsabilidade o tomar a vida em suas próprias mãos.

Creio ser possível também, a partir daí, a começar a pensar que Débora quando fala sobre o outro que não vai mudar, também esteja falando sobre sua mãe. A necessidade de controlar a própria vida inclui a necessidade de controlar esse outro, a princípio, o outro que constitui o ambiente próximo, no caso da criança, a mãe. Essa mãe, que após o tempo da “preocupação materna primária”, em que ela e o bebê estão completamente envolvidos e esse bebê não existe sem essa mãe, começa a se voltar para o mundo externo, reconhecendo que tem necessidades próprias, pode acabar por provocar uma ansiedade na criança, que antes sentia-se onipotente e vivia uma situação de simbiose. O ambiente “ideal”, entre algumas aspas, passa a precisar ser um ambiente que, ao mesmo tempo em que sustenta, em que é suficientemente bom, paradoxalmente, também promove uma frustração ótima, mas que não provoque trauma. Débora fala que a partir da percepção de que as pessoas não mudam porque queremos que elas mudem, foi uma das coisas que contribuíram para que ela passasse a querer mudar.

Numa fala posterior, à pergunta da pesquisadora “O que mais você vê que mudou?”, Débora conta:

O jeito como eu falava com as pessoas, eu deixava de falar muitas coisas, acho que por isso também, eu sentia muita dor. As pessoas pisavam muito em mim. Se você não fala o que quer, as pessoas fazem o que elas querem. Eu vejo isso muito no meu pai. Ele não quer fazer algo, mas a família quer, ele mesmo sem querer, vai lá e faz. Eu já não faço mais isso, se me pedem algo e eu vejo que vai me causar sofrimento, eu não faço. Então, essas coisas assim, mudaram muito. A família hoje me chama de chata. Porque eu sou a louca que fica querendo problematizar tudo. Você fala não pras pessoas e as pessoas acham ruim, né? Então, eu comecei a falar muito não.

A visão que Winnicott propõe, de criar a partir da patologia, abre espaço para considerarmos o que há de possibilidades a partir do que é sofrido, doloroso na existência humana e dá a chance de a pessoa poder desistir da completude, da perfeição, do ser completo, do querer ser de uma completude que mais traz sofrimento do que resolve algo. Mas não se trata de uma aceitação passiva, ao contrário, é uma aceitação que cria, que não se submete, que coloca em movimento o desejo do indivíduo e o leva a construir se e constituir se. Desistir, apenas de não sofrer. Aceitar a vida no que ela tem de possibilidades, o que inclui as dificuldades da existência como chances de crescimento, mobilizadoras de novos sentidos subjetivos que levem a outras alternativas de vivências. Franco (2003, p. 12) coloca:

Quando se pode aceitar a condição incompleta, não divina, dependente, vulnerável, da experiência humana, pode-se aprender com ela. Para Winnicott, a criatividade vai nascer exatamente da psicopatologia. Nele há uma visão que busca acatar a condição que cria a partir da miséria humana, que funda um mundo e um espaço de vivência relativamente confortáveis, sendo que parte do conforto vem da sensação de desistência de ser o ser total, o ser da completude.

Creio que aqui, podemos tentar um diálogo entre a Psicanálise e a Teoria da Subjetividade, ao pensarmos uma ponte entre os conceitos do brincar, do espaço potencial e objeto transicional e construção do self, de Winnicott, aliados aos conceitos de sentidos e configurações subjetivas de González Rey, pensando em como o diálogo aberto e livre de considerações a priori, técnicas ou propostas educativas, algo construído e privilegiado em ambas as teorias constituem um caminho e fazem parte do processo que se entende como relação a ser estabelecida e alcançada na psicoterapia. Franco (2003) coloca algo aproximado disso que quero colocar:

A noção de espaço que Winnicott introduz está imersa em um paradoxo do ponto de vista de uma lógica clássica. Enquanto a realidade psíquica proposta por Freud tem uma localização dentro do corpo, é intrapsíquica, e a realidade externa está localizada nas tramas sociais intersubjetivas, Winnicott quer falar de um espaço que fica *entre*, **um espaço que não pode ser localizado pela lógica do terceiro excluído** (grifo meu), segundo a qual ou seria intrapsíquico ou intersubjetivo. O espaço winnicottiano é os dois, está lá e cá. Winnicott diz claramente que não pretende questionar a noção de espaço interno e espaço externo de Freud. A ideia de Winnicott complementa esta noção, acrescentando este espaço especial que fica fora e dentro ao mesmo tempo, espaço construído pelo bebê e a mãe e recriado na relação analítica.



Penso que a lógica do terceiro excluído de que fala o autor e da qual os conceitos winnicottianos fogem, diz bem sobre a ideia da Teoria da Subjetividade de propor pensar além daquilo que o indivíduo traz na terapia, para alcançar as tramas do tecido subjacente que está ali presente em sua fala, podendo fazer uso da imaginação, da potencialidade da criatividade. A Teoria da Subjetividade exigiria do terapeuta que se propõe a utilizar-se dela no setting, um pensamento crítico e um esforço em descartar as respostas prontas, os conceitos que ao invés de serem uma lente para enxergar o fenômeno, o engessam; exige do terapeuta esse comprometimento com a contínua reflexão acerca de sua prática e espaço aberto para incluir a pessoa em psicoterapia no processo, que afinal é totalmente dela, não se intitulando possuidor de um pretenso saber. Para Franco (2003):

Na sessão (analítica) ocorre o mesmo: se não houver uma adesão do paciente e do analista àquele espaço e tempo fora do espaço e tempo comuns, então não há *brincadeira*. Ambos têm de entrar neste espaço potencial, diferente do espaço-tempo do senso comum. Ambos têm de entrar neste espaço imagético, portador de poder de transformação e brincar. O desafio é brincar com a realidade subjetiva de ambos (paciente e analista) que se presentifica ali mesmo na sessão, de um modo tão concreto que se pode quase tocar. Neste espaço potencial, o interno se torna externo e o tempo antigo e a expectativa do futuro se tornam presentes. Não há mais uma distinção clara entre o que está fora e o que está dentro. Trata-se de um espaço-tempo teatral, onde se vive, cria-se, sofre-se e alegra-se a dupla paciente-analista, numa dramatização que só tem valor se for investida de afeto e sustentada como se esta *brincadeira* fosse tão real quanto a realidade socialmente construída.

O afeto constitui-se, dentre outras emoções, de uma situação que nasce e desenvolve-se dentro e a partir da intimidade da dupla analítica.

### **3.5 – Eu, Mulher, Sujeito**

Débora coloca como passou a reconhecer em si posicionamentos em relação a diversas questões que não tinha antes.

Acho muito esquisito uma pessoa que não quer se conhecer. Acontece de quando acordo, falar para ela: você não me irrita hoje, hoje eu não tô bem. E minha avó, ué, como você sabe que não tá bem, acabou de acordar. Ué, eu me conheço. Pra mim, é tão normal essa resposta, mas não, pra ela é um choque eu me conhecer.

Autoconhecimento tem sido ainda um conceito muito falado quando se discute o fazer terapia. Pode-se verificar isso quando as ideias do senso comum confundem e mesclam autoajuda com Psicoterapia, tanto nas conversações cotidianas, quanto nas prateleiras das livrarias, dentre os livros mais vendidos. Apesar de ser, de fato, relacionado ao processo, é muito mais comum depararmos-nos com o desconhecido e estranho em nós mesmos, enquanto pessoas em psicoterapia. E a partir do que é desvelado durante a terapia, pode-se assumir essas facetas desconhecidas e que tensionam o indivíduo, partindo enfim, para o processo de

organização de um sujeito nascente. Podemos ver isso nesse trecho da fala de Débora, em que ela observa como se sente e consegue assumir isso como parte de quem é, mesmo que o que foi revelado, reconhecido e construído no processo psicoterápico vá de encontro às ideias preconcebidas e naturalizadas pela família, pelo meio social e pela cultura em que se vive. Diferentemente, acabe contribuindo para seu desenvolvimento pessoal.

No trecho seguinte, a pesquisadora pergunta: “O que mais você vê que mudou?”:

Se você não fala o que quer, as pessoas fazem o que elas querem. Eu vejo isso muito no meu pai. Ele não quer fazer algo, mas a família quer, ele mesmo sem querer, vai lá e faz. Eu já não faço mais isso, se me pedem algo e eu vejo que vai me causar sofrimento, eu não faço. Então, essas coisas assim, mudaram muito. A família hoje me chama de chata. Porque eu sou a louca que fica querendo problematizar tudo. Você fala não pras pessoas e as pessoas acham ruim, né? Então, eu comecei a falar muito não.

É possível perceber que Débora passou de um estado em que se omitia como sujeito a uma situação em que já se posiciona e defende as ideias nas quais acredita, até mesmo manifestando-se de forma contrária às ideias da família. Aqui já podemos começar a entrever um indicador de que Débora enfim, está posicionando-se como sujeito, alguém que tem opiniões próprias e faz suas escolhas pessoais. Antes havia uma complexa rede de configurações subjetivas que envolvia emoções diversas e processos simbólicos, que reverberavam em reações físicas, adoecimentos e ausência de movimentação de si para os embates inerentes à existência humana; nessa fala já se evidencia uma mudança importante e é indício de como isso pôde se dar a partir do momento em que entrou em cena a psicoterapia.

A psicoterapia deu a Débora a oportunidade de ter um espaço de fala em que o diálogo provocou a possibilidade de recursos subjetivos virem à tona, o que culminou como alternativa para reação às emoções que antes eram dominantes e a produção de novos sentidos subjetivos. Como coloca González Rey (2011, p. 71):

O conceito de configuração subjetiva nos indica que toda alteração profunda da vida da pessoa sempre é o resultado de múltiplas produções subjetivas que se expressam em sentidos subjetivos diferentes, associados a áreas da vida também diferentes, e que se tornam nocivos à saúde pela sua integração numa configuração subjetiva.

## **Considerações finais**

Grolnick (p. 132, 1993) traz: “Na terapia e na vida (que é mais do que a terapia!) a evolução no desenvolvimento dá-se favoravelmente quando significado e sentimento são tão unidos quanto possível.”

Tornar-se mulher é mesmo um processo singular, delicado e complexo. Não fica à parte de emergir como sujeito. Passamos por uma mulher primeira, inexoravelmente, ora esta sendo não apenas nossa mãe biológica e mantendo-se como cuidadora ao longo da vida, ora tendo outras figuras que exerçam essa maternagem. É muitas vezes em outras mulheres que nossa mulher em desenvolvimento vai procurar respostas, abrigo, acolhimento, modelos, teorias até.

Ao longo do processo desta pesquisa, que resultou neste relatório, foram muitas as hipóteses levantadas, trabalhei com algumas conceituações teóricas com as quais afinizava e reconhecia possibilidades para pensar o que aparecia pelo caminho da pesquisa em campo, mas apenas um só olhar e direcionamento: pela ideia de ser Débora uma mulher única e sermos nós, mulheres, não uma entidade universal e de natureza ou essência única, sermos também, cada uma, uma mulher única e com seu próprio processo de vivenciar essa dinâmica de reconhecer-se como mulher. Nos tornamos mulher e não, nascemos mulher, porque cada uma de nós passa e vive muitas as questões que permeiam esse processo. Nos tornamos mulher, singular, DNA registrado impossível de copiar, porque somos uma de cada, não de uma ancestral única, muito menos derivando de algum processo psíquico que universalmente desenvolva-se do mesmo modo, mas individuais, de fato.

Não é sobre o que querem as mulheres, conjunto plural, massa única e indissociável, pensada como um todo, como talvez tenha vislumbrado Freud, apesar de ter tido a primazia no campo da clínica construída caso a caso, ou seja, singularmente e individualmente. Também não é sobre o que quer cada mulher, algo impossível de abarcar e contemplar, de um lugar teórico distanciado da vivência subjetiva dessas pessoas. Não é sobre A Mulher, a que não existe, pois ela não existe mesmo, como talvez também tenha percebido Lacan. Existe(m) Uma Mulher. Uma a uma. Caso a caso.

Do indivíduo que senta na poltrona em frente à minha e me narra, me conta de suas histórias, ao sujeito que posteriormente emerge \_ essa talvez deveria ser nossa única pretensa expectativa, como terapeutas, que nasça do processo psicoterapêutico, um sujeito que se posiciona perante o mundo \_ podemos trazer notícias apenas de um ou outro, na medida em que me desperta a vontade de compartilhar com meus colegas a singularidade de um determinado caso e suas possibilidades de enriquecer nossa bagagem teórica, promovendo a

discussão e reflexão acerca de algo do indivíduo atual que vem à procura de psicoterapia. Como coloca Kehl (2016, p. 216): “A única diferença fundamental entre um homem e uma mulher é que ela *também* é mulher” (grifo da autora). Ao final desse processo, eu mesma me dou conta de como a questão do que era ser essa mulher acabou sendo solapada pela questão maior, de quem era esse sujeito específico e como ele se encontrava no mundo, *relacionando-se*.

Em relação ao diálogo que nos propusemos a fazer uma tentativa de tecer, concluímos que é algo possível. A Psicanálise nos forneceu as mulheres participantes do estudo, um cenário social de pesquisa e principalmente a justificativa para empreender nesse campo de pesquisa: quais seriam os sentidos subjetivos que essas mulheres produziam em análise e de que forma esses sentidos desdobravam-se em suas vidas?

A Teoria da Subjetividade pensada conjuntamente com o método da pesquisa na perspectiva construtiva-interpretativa, me possibilitou observar, enxergar, construir hipóteses e compreender as possibilidades de interpretação que se abriam com o material vivo das falas das participantes, em um movimento dinâmico que não fechava os caminhos, mas deixava em aberto as conclusões, apenas acrescentando ideias para reflexão que podem auxiliar a pensar a subjetividade humana.

Para o futuro, sugerimos mais pesquisas nesse âmbito temático, pois é uma interface do conhecimento psicológico ainda pouco explorada e passível de grande desenvolvimento teórico ainda, para informação e formação de futuros psicoterapeutas interessados em ambas as teorias, em como estas podem inter-relacionar-se e enriquecer os estudos sobre a subjetividade humana.

A Mulher Débora existiu nesse estudo e contribuiu para a conclusão final da autora: serão muitas e muitas mulheres, cada uma mais diferente da outra, atuando em suas vidas e nas dos tantos outros que passam por elas e nos quais elas permanecem um pouco, impossíveis de serem generalizadas, impossíveis de serem categorizadas, impossíveis de serem teorizadas, senão em suas próprias autogêneses. Elas mesmas se dão à luz.

## Referências

- BAUMAN, Zygmunt. **Identidade: entrevista com Benedetto Vecchi**. Tradução: C. A. Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- BUCHER, Richard. **A psicoterapia pela fala**. (1989). São Paulo: EPU.
- DIAS, Elsa Oliveira. (2003). **A teoria do amadurecimento de Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago.
- FIGUEIREDO, Luís Claudio M.; SANTI, Pedro Luiz Ribeiro de. **Psicologia: uma (nova) introdução**. São Paulo: Educ, 1997.
- FRANCO, Sérgio de Gouvêa. **O brincar e a experiência analítica**. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 45-59, junho de 2003. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982003000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982003000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 de abril de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982003000100003>.
- GROLNICK, Simon A. (1993). **Winnicott: O trabalho e o brinquedo, uma leitura introdutória**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- HOLANDA, Adriano. Reflexões sobre o campo das psicoterapias: do esquecimento aos desafios contemporâneos. In: HOLANDA, A. **O campo das psicoterapias: reflexões atuais**. Paraná, Juruá Editora, 2012. p. 71-100.
- Instituto Universitário de Lisboa. Ciberd vidas da Língua Portuguesa. Disponível em <https://ciberduvidas.iscte-iul.pt/consultorio/perguntas/a-origem-da-palavra-analise/27195>
- KUPERMAN, (2008). Daniel. **Presença sensível: Cuidado e cria o na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Civiliza o Brasileira.
- LOBO, S lvia; BASSI, Cris. (2016). **A paciente, a analista e o Dr. Green**. São Paulo: Zagodoni.
- MAIA, Marisa Schargel. **Extremos da alma: Dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- MARTINEZ, Albertina Mitj ns. A Teoria da Subjetividade de González Rey: Uma expressão do Paradigma da Complexidade na Psicologia. In: REY, Fernando González. **Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005, Cap. 1, pp 1-25.
- MEZAN, Renato. (1995). Uma primeira sessão na poltrona. Em R. Mezan, **A vingança da esfinge. Ensaios de Psicanálise** (pp. 121-128). São Paulo: Brasiliense.
- MORI, Valéria Deusdará. (2012). A aprendizagem em um estágio supervisionado: a rela o teoria e prática. A. M. Martinez & B. J. Lima Scoz & M. I. S. Castanho (Org.), **Ensino e aprendizagem: a subjetividade em foco** (p. 203-218). Brasília: Liber Livro
- NASIO, J-D. (1997). **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

NEUBERN, Mauricio da Silva. A subjetividade como noção fundamental do novo paradigma: breve ensaio. In: REY, Fernando González. **Subjetividade, complexidade e pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005, Cap. 3, pp 53-79.

REY, Fernando González. **Epistemología cualitativa y subjetividad**. São Paulo: Educ, 1997.

\_\_\_ (2005). **Sujeito e subjetividade**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

\_\_\_ (2005). **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

\_\_\_\_\_. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez, 2011.

**Síndrome de Sjögren**. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Disponível em

<https://www.reumatologia.org.br/doencas/principais-doencas/sindrome-de-sjogren/> .

Acesso em 26/02/2018.

WINNICOTT, Donald Woods. (1994). **Explorações psicanalíticas**. C. Winnicott & R. Shepherd & M. Davis. Porto Alegre: Artes Médicas.

\_\_\_\_\_. (1975). **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago.