

# *A mulher dos bolos: reflexões clínicas sobre psicopatologia e migração<sup>1</sup>*

*The Cake's Woman:  
clinical reflections on psychopathology and migration*

---

Michell Alves Ferreira de Mello

## **Resumo**

Vitória é uma jovem senhora de 46 anos e casada há mais de 20 anos. Ela nasceu numa região muito pobre do Nordeste brasileiro. Procurou terapia através do atendimento social do CBP -RJ. Seus medos: era-lhe insuportável viajar de carro com seu marido e lhe parecia impossível viajar de avião. Seu maior problema no início da análise: sua família havia comprado uma passagem aérea para ela ir até sua região de origem. Família de origem era muito pobre, pai alcoólico e violento, mãe muito severa com os filhos. Sua casa foi construída com barro e madeira. Quando tinha 8 anos de idade, foi enviada a outra família para trabalho doméstico em troca de comida e vestimentas. Vitória conheceu o marido no Nordeste e depois de um mês de namoro, ele migrou para o Rio de Janeiro visando uma vida melhor. Três meses depois, ele enviou a Vitória uma passagem de ônibus para que viesse morar com ele no Rio de Janeiro – uma viagem de três dias. Junto às questões edípicas, havia um medo dominante e paralisante de retorno ao estado de pobreza e abandono que vivera durante a infância. Isso se manifestava numa obsessão com a segurança das filhas. Retornar ao lugar de origem lhe trouxe memórias de sofrimento, resultando em seguida uma histeria conversiva e somatizações. Hoje seus traumas retornam na forma de uma ansiedade extrema, fobias e conversões. Não se trata de um caso fóbico simplesmente, mas de como a pobreza extrema e o processo migratório podem resultar num tipo de “psicopatologia da imigração”. Nossa clínica teve o auxílio das ideias de Ferenczi e reflexões sobre o acompanhamento psicanalítico de imigrantes.

**Palavras-chave:** Psicopatologia, Imigração, Fobia, Clínica social, Trauma, Ferenczi.

---

1. Trabalho apresentado no XX FÓRUM INTERNACIONAL DE PSICANÁLISE, realizado em Florença, Itália, em out. 2018. O trabalho ganhou o prêmio *Benedetti-Conci Award* nesse evento.

## Introdução

*Naquilo que é ambivalente,  
deve-se seguir a máxima mais humana*<sup>2</sup>

JUSTINIANO

Este trabalho tem por objetivo uma parcial tentativa de entender uma abordagem clínica em psicanálise que fugiu do paradigma da chamada clínica clássica, ou pelo menos do imaginário psicanalítico do que seja uma clínica clássica. Esse “fugir” do paradigma se deu por diversos motivos, mas sobretudo pela estagnação do tratamento analítico de uma paciente em questão. Encontramos após um determinado momento da terapia psicanalítica certas dificuldades: de interpretação, pagamento dos honorários referentes ao valor de cada sessão, faltas às sessões, entre outras.

Num primeiro momento, a escuta interpretativa e silenciosa do analista funcionou. Após a paciente solucionar sua demanda inicial – conseguir fazer uma viagem de avião –, a resistência recíproca e as dificuldades do tratamento se apresentaram *a fortiori*. Assim, tentamos usar uma técnica mais ativa na condução do acompanhamento psicanalítico.

Outra característica marcante desse caso foi a forma através da qual os pagamentos eram efetuados. De início, a paciente se dispôs a pagar o preço da clínica social do CBP-RJ. Dois meses transcorreram nesse modelo, embora fossem os honorários de uma clínica social uma parcela significativa do orçamento familiar de nossa paciente.

Após o segundo mês, a paciente ficou desempregada e refizemos o contrato para um quarto do valor anterior: agora o marido da paciente pagava suas sessões. No terceiro mês, ele também ficou desempregado. Não havia condições de pagar ao analista e, por um lado, pareceu-nos que, se suspendêsse-

mos as sessões, o trauma do abandono vivido pela paciente seria novamente reavivado pelo analista pelas mesmas questões externas anteriores: falta de dinheiro.

A paciente começou a fazer bolos a cada quinze dias como pagamento de modo que a análise continuasse, não sem dificuldades devido à culpa inconsciente em se sentir usando o analista. Muitas vezes tínhamos dúvidas se a paciente tinha o que comer em sua casa ao fazer os bolos. Quando isso foi indagado à paciente, ela disse que estava conseguindo algum dinheiro através de pequenos serviços. Por fim, enfatiza ainda que, se não pudesse fazer o bolo como pagamento, não iria continuar.

Sobre a metodologia utilizada na escrita, poderíamos quase afirmar que foi seguido o modelo de Feyerabend (2007, p. 269): um certo anarquismo epistemológico.

[...] ficou claro que a ciência está cheia de lacunas e contradições, que a ignorância, a teimosia, o basear-se em preconceitos, a mentira, longe de impedirem o avanço do conhecimento, podem ser-lhe de auxílio, assim como as virtudes tradicionais de exatidão, consistência, ‘honestidade’, respeito pelos fatos, conhecimento máximo sob dadas circunstâncias, se praticadas com determinação, podem levá-lo a uma paralisação.

Usamos aqui o termo “anárquico” no sentido de poder se valer de vários instrumentos metodológicos. Mas nesse trabalho, houve um principal: uma reflexão a partir do que acontecia no consultório. Sem tentar fazer qualquer indução universalista, pois, ao se passar de uma premissa particular a uma universal, nada é garantido enquanto critério de verdade objetiva ou lógica. Nossa intenção é realmente permanecer no singular ou particular – o paciente diante de nós – e apenas usamos reflexões além da clínica para poder conduzir de maneira mais efetiva o acompanhamento psicanalítico, visando uma melhora na saúde psíquica dos pacientes.

2. No original: “*In ambiguis rebus humaniorem sententiam sequi oportet*”.

O texto é reflexivo sobre nosso ofício como analista e embora a paciente não deva saber ou não devesse saber, ao início, ganhamos dela mais do que os honorários: uma oportunidade de aprendizado da técnica psicanalítica, algo tão importante para aqueles que se aventuram a traçar a saga da psicanálise. Para fins elucidativos, foi-nos impossível escrever todas as impressões e tivemos que limitar cada parte como um resumo do que poderia ter sido escrito – tal qual a paciente, aprendemos que a psicanálise é a clínica do possível. A condução possível. O pagamento possível. A escuta possível. A relação possível. O medo como possibilidade de superação de um trauma e não mero deslocamento de sintomas – talvez esse tenha sido nosso maior aprendizado nesse acompanhamento terapêutico.

Assim, numa primeira parte apresentamos brevemente a ‘história de uma alma’, que sofre, que ora deseja e ora se impede de desejar, ora se integra e ora se faz através de cisões. Num segundo momento, apresentamos alguns elementos técnicos usados para condução do tratamento através, sobretudo, do pensamento de Sándor Ferenczi. Não temos nenhuma pretensão de certeza, pois todas foram abandonadas para conseguirmos escutar essa paciente.

Ao termo, tentamos refletir sobre o fenômeno da migração e suas possíveis implicações no psiquismo e no processo de subjetivação da analisante. Aqui cabe uma percepção importante, para nós, no início de uma atividade clínica: os atravessamentos da cultura e do momento histórico-social na vida psíquica do ser humano. A reprodução psíquica dos traumas da infância e do trauma de ser imigrante, aquele que deixa sua terra por necessidade, revelou-se como uma errância psíquica presente na “psicopatologia da vida cotidiana” da paciente em questão.

Para fins éticos, todos os nomes foram alterados, informações que identificam a paciente foram eliminadas. O tratamento continua em curso desde outubro de 2017 e

a paciente tem conseguido movimentos de integração significativos para ela. Ela já não faz mais bolos como forma de pagamento ao analista, mas faz questão de pagar em espécie suas sessões. O sentimento de culpa por estar devendo ao analista permanece.

Se nos fosse permitida uma divagação metaclínica diante da realidade do abandono vivenciada pelo (i)migrante, após esse sujeito chegar a nosso consultório e contar sua história, tivemos que nos perguntar: não seria previsível que acontecesse no próprio *setting* analítico uma ação conjunta de *Eros* e *Thánatos* que reatualizasse o trauma de abandono inicial, revivido através da vivência migratória? Assim foi nesse caso, o social (externo fisicamente ao divã, mas intimamente ligado ao sujeito que nele está) faria com que a paciente fosse “enviada” para outro lugar, outro terapeuta ou mesmo nenhum. Poderíamos ter encaminhado a paciente a outro lugar ao deixá-la sem atendimento e, mais uma vez, ela teria que ir a outro local, ainda que não quisesse ir a nenhum outro lugar. Diante do ter que abandonar o seu lugar de reconhecimento, seja a casa dos pais ou o local de nascimento, a psicanálise pode lhe oferecer um lugar que fosse dela: sua subjetividade. Aliás, ela chega ao CAP do CBP-RJ já como migrante de um posto de saúde: “seu problema é psicológico, você devo buscar tratamento em outro lugar”, lhe disseram antes de chegar ao nosso consultório.

Encontrar meios para continuar a análise foi trabalho da analisante e do analista: da analisante em reconhecer os limites de suas possibilidades financeiras (como sombra dos seus limites psíquicos); do analista em se dispor a sair de uma clínica voltada para classe média e se perguntar sobre o seu próprio desejo de ser um analista – o que queremos quando nos colocamos como analistas?

Em um mundo em que tudo é consumo desenfreado e que o valor monetário dita as regras da substancialidade das coisas, inclusive das relações, cabe ao analista se perguntar se somos parte irredutível do processo de

consumo, inclusive do que chamamos consumo analítico, ou se estamos numa esfera crítica do social – mesmo quando estamos a sós com nossos pacientes. Nós escolhemos, dentro das nossas possibilidades, estar nos dois momentos supracitados: precisamos de algo em troca, mas não necessariamente aquilo que é proposto como o justo pagamento dentro de uma sociedade de consumo. O justo nada mais seria que o acordo entre as partes. E, desse modo, começam as narrativas deste trabalho.

### **Fragmentos de um relato clínico: breve história de uma alma**

Nossa paciente Vitória nos foi apresentada através de uma ficha preenchida na entrevista de triagem do Centro de Atendimento Psicanalítico (CAP) do CBP-RJ. O entrevistador preencheu a ficha com detalhes de sua sintomatologia, em que se destaca um quadro de histeria fóbica, que impossibilitava a paciente de viajar, tanto de carro quanto de avião. Esse sintoma seria sua primeira demanda de análise, uma vez que já afetava sua vida familiar e social.

Havia ainda uma mensagem do colega que a entrevistou e apresentou o caso durante uma supervisão coletiva dos pacientes do CAP. Estava escrito a lápis na cópia da ficha que recebemos: “Ligue-me com urgência, preciso falar com você, pois é uma paciente difícil”. Ora, pensamos, todos os casos que recebemos são urgentes. Sabemos que, para muitos pacientes, o acompanhamento psicanalítico é uma opção terapêutica que lhes aparece após tentativas de outros tratamentos em diversas modalidades terapêuticas. Esse parece ser também o caso de Vitória, dado que o CAP lhe foi indicado através da assistência social do posto de saúde em Copacabana, após muitas idas e vindas a essa instituição.

Em nossa curta experiência – ou melhor, inexperiência, pois diante do novo que se apresenta através de cada paciente que chega a nossos consultórios, nós somos, em certa

medida, sempre inexperientes – todos os casos são difíceis, pelo menos para nós. Esse caso não seria diferente. Aliás, uma fobia não deve ser algo difícil, cogitamos, e nunca atendemos uma pessoa fóbica. Houve mesmo uma tentativa ingênua de tentar ler algum livro sobre fobia que seria “útil” no tratamento da paciente. Após a leitura do livro em questão (GURFINKEL, 2012), chegamos à conclusão mais óbvia possível: era necessário escutar o que a paciente tinha a dizer e não reduzi-la a um sintoma ou conjunto de sintomas. A autora, logo no início de suas reflexões sobre o tema, diz que

[...] a fobia é, em última instância, uma tentativa de solucionar um conflito de ambivalência. As histerias de angústia são os distúrbios psiconeuróticos mais comuns, as neuroses da infância *par excellence* (GURFINKEL, 2012, p. 23).

Enfim, foi necessário escutar a paciente, permitir que ela identificasse seus conflitos e ousasse permitir que o infantil emergisse através da sua análise.

Uma informação que nos chamou a atenção foi como a paciente chegou ao CAP. A equipe médica que acompanhava Vitória, através da assistência social, lhe disse para procurar uma terapia e lhe deu o telefone do CBP-RJ. Suas dores no corpo, sobretudo nas pernas, e seus problemas gastrointestinais, poderiam vir a ser de origem psicológica. Esses eram os dados que nos foram passados como apresentação da paciente.

Após recebermos a ficha, numa postura de um analista “clássico” que mantém uma certa distância sob a égide de uma neutralidade terapêutica, telefonamos para o colega que nos deu detalhes da entrevista preliminar. Havia recomendações tais como: ela deveria fazer duas sessões de análise por semana, ou mais. Deveríamos também tomar “cuidado” com o marido dela, Pedro. À época, discutindo o “caso” com o colega entrevistador chegamos a algumas fantasias: talvez houvesse situa-

ções de abuso familiar nesse caso – que interessante, foi o pensamento que veio à mente.

Hoje vemos esse desejo por novos pacientes como uma certa forma de ufanismo que nos invade no início da atividade clínica. As novas sintomatologias do século XXI são vistas por nós como meios através dos quais os sofrimentos psíquicos se manifestam e não coisas em si, independentes do sujeito. Por que fazemos isso, colocar os sintomas à frente dos sujeitos, algumas vezes? Num primeiro momento, tal postura do terapeuta que enxerga coisas ou sintomas e não pessoas diz mais respeito ao nosso sadismo do que um interesse realmente terapêutico e psicanalítico.

O Círculo Brasileiro de Psicanálise - Seção RJ nos proporciona, além das supervisões coletivas, supervisões individuais com dois analistas efetivos, que não podem ser feitas de modo concomitante. O estudo teórico da psicanálise e nossa própria análise pessoal junto com a clínica supervisionada constituem uma ferramenta para que possamos elaborar continuamente nossa atividade clínica: encontrar os pacientes e escutá-los analiticamente, enquanto sujeitos desejantes.

Se olharmos os possíveis pacientes como se eles mesmos fossem os sintomas que relatam, encontraremos coisas – e coisas não falam. Logo, não haveria escuta analítica. Aliás, o termo “paciente” advém do verbo grego *paqe/w*, comumente traduzido por sofrimento. Mas o *pa/voj* ou sofrimento seria, segundo Aristóteles, uma potência passiva da alma: capacidade de receptividade, de sofrer ou receber influência externa. Isidro (1990, p. 471) diz no verbete sobre o substantivo *páthos* no seu dicionário grego-português:

- sentido geral: o que se experimenta / prova, experiência [...] / estado agitado da alma, paixão.
- em filosofia: mudanças produzidas nas coisas [...]
- em retórica: expressão emocionada, assunto emocionante.

Ao escrever sobre o que significa o termo “paciente” quando pensamos em clínica psicanalítica, podemos nos encontrar talvez mais próximos do sentido na língua grega clássica: alguém que experimentou uma vivência com tal força, o que chamaríamos de traumático, que deixa a alma ou *psyché* num estado de desconforto, agitação, sofrimento – o sujeito se vê diante da ambivalência e do conflito interno. As mudanças que a história pessoal e os atravessamentos da cultura causam na nossa *psyché* agem diretamente sobre todas as realidades do humano, que se emociona, que sofre, que se alegra. Entender essa complexidade de relações daquele que se diz paciente, ou daquele que se deseja entender como paciente, pode ser fundamental para a condução de uma clínica focada em quem traz o *páthos* [sofrimento] e não no *páthos* como algo separado metafisicamente do sujeito que o padece.

Essa escuta analítica decorrente de uma certa compreensão do que viria a ser um paciente deveria se manifestar como um desvelamento de uma verdade subjetiva. E isso nos parece acontecer no divã de nossa própria análise pessoal, em primeiro lugar. Sem compreender também como um paciente, no sentido acima, será relativamente difícil estar com os pacientes que chegam a nossos consultórios. Somente ao se descobrir enquanto sujeito desejante, um analista pode reconhecer um futuro analisante como sujeito. O sujeito inicia seu desvelamento através de seu *pathós*, porém vai além dele.

Esse desvelamento, lento e constante, insatável e muitas vezes disfarçado, começa já no primeiro contato através de um telefonema:

– Olá, Vitória! Sou Michell do CBP e gostaria de marcar uma entrevista em meu consultório.

– Boa tarde, “doutor”! Mas para que outra entrevista, aquela que fiz na “casa de vocês” não serviu?

– Sim, ela serve para termos uma visão geral e tomarmos dados pessoais para cadastro, também para vermos qual localidade

ficaria mais perto de você para atendimento. Enfim, no meu consultório podemos falar pessoalmente. Você poderia na próxima segunda-feira às 19 h?

– Posso, mas não consigo ir nesse horário porque já está escuro (era inverno).

– E às 17 h da segunda-feira?

– Esse horário é ótimo, pois busco minha filha na escola, a deixo em casa e vou ao seu consultório. Aliás, onde fica mesmo?

– Em Copacabana [...].

– Ah, que bom que não preciso pegar ônibus.

– Ok, até segunda.

Na semana seguinte, no dia marcado, Vitória chega vinte minutos antes do horário e aguarda na sala de espera. Ao entrar no consultório, ela parece estranhar o ambiente usual da psicanálise: sofá, poltrona, iluminação, etc.

Após observar em silêncio a sala, ela começa a falar de sua demanda inicial: há mais de 10 anos não consegue viajar de avião e dali a três meses ela teria que voltar a sua cidade natal, no “sertão”.

Sua família lhe comprou uma passagem em dez parcelas porque Vitória seria madrinha de um casamento. Ela se encontrava desesperada, pois tinha certeza de que não iria, não conseguiria entrar no avião e todos em sua casa iriam odiá-la por causa disso. Combinamos com ela duas sessões semanais, sempre depois da aula de sua filha mais nova. Ana, a caçula, tinha 16 anos e não lhe era permitido ir sozinha ao colégio ou a qualquer lugar, mas sempre acompanhada por alguém, ou seja, por sua mãe.

Na segunda semana, Vitória deitou-se no divã, a meu pedido, com muito desconforto. Isso durou apenas um mês. Achávamos que ela iria cair do divã ou teria um problema na coluna, uma vez que ficava extremamente enrijecida quando deitada. Nesse primeiro mês, ela nos fala de sua história: nasceu no interior da Paraíba, teve 11 irmãos. Seu pai era alcoolista e sua mãe era do lar, eram muito pobres e quase não tinham o que comer.

Primeiro a mãe servia o pai, depois os homens mais velhos e ela própria; o que restava, quando sobrava algo, ficava para as meninas.

Aos 7 ou 8 anos de idade, ela foi “doada” pela mãe, pois era o costume em sua casa. Ela iria trabalhar na casa de uma senhora “rica” em troca de comida e roupas. Só pôde estudar até quarta série do ensino fundamental, pois “o trabalho na casa da senhora era muito e não dava tempo”. Era chorava muito, no começo, com saudades da mãe, mas a senhora não a deixava ir ver a mãe. “Era uma vida boa, doutor! É assim no Nordeste”, nos disse. Eu lhe pedi que contasse algo que lhe trouxesse uma memória feliz, já que era uma vida boa aquilo que ela me falava de sua infância.

Vitória descreve sua casa de infância com riqueza de detalhes, até agora podemos imaginar como era seu lar. Seu pai chegava em casa sempre bêbado, batia nos “meninos”, mas nunca nas meninas. Às vezes, batia na mãe, que depois lhe servia o que tinha para comer. Depois ele pegava o violão e tocava músicas para as meninas, quando havia noite de lua cheia. Vitória sorriu pela primeira vez, pois isso significava para ela uma vida boa.

Ao início do acompanhamento psicanalítico, Vitória morava em Copacabana, seu marido trabalhava como porteiro de um prédio e ela adorava morar ali. Era uma casa de um quarto só e uma cozinha, sem nenhuma janela. Eles tinham construído uma casa razoável com “piscina” numa cidade do subúrbio do Rio de Janeiro, mas era melhor morar em Copacabana num único quarto com todos juntos. Vitória trabalhava como cuidadora de idosos, na realidade, de uma senhora idosa. Algumas vezes ela comete o ato falho de chamar de mãe a senhora para a qual trabalhava como cuidadora. Aliás, quando sua mãe morre no Nordeste, ela não consegue ir ao funeral, uma vez que não conseguiu entrar no avião. Também viajar três dias de ônibus era impossível, pensava que a cada momento sofreria um acidente de trânsito. Ela disse que estava tudo bem com isso, que seus únicos problemas eram as do-

res gastrointestinais e outras dores no corpo, sobretudo “uma dor que anda” pelas pernas.

No segundo mês de terapia, Vitória fica desempregada e novamente órfã: a senhora para quem trabalhava tinha falecido. Teria que parar a terapia. Pedi que Vitória ficasse sentada, não mais deitada, evitei os silêncios prolongados que a deixavam numa angústia inenarrável. O silêncio, tão importante em análise, era naquele momento algo surdo – um vazio hermenêutico, tanto para ela quanto para o analista.

A paciente dizia que não gostaria de parar a análise, mas não teria meios financeiros para tal. Embora Vitória pagasse o preço de uma clínica social, lhe sugeri que, agora que estava desempregada, ela nos pagasse um quarto do que pagava antes e, assim, continuaria sua análise. Ela disse que sim.

No mês seguinte, seu marido ficou desempregado. Era um bom marido, “nunca bateu nela nem nas filhas dela, era trabalhador e pagava todas as contas em casa”. No começo ele bebia muito, mas agora ela jogava fora toda bebida alcóolica que houvesse em sua casa. Vitória tinha tido um único namorado antes de Pedro. O namoro era nessa ordem: o rapaz, a mãe-patroa no meio, ela. Isso durou oito anos. Então Vitória descobre que ele saía com outras mulheres e termina o relacionamento. Ela tinha 21 anos e ainda vivia na casa da mãe-patroa em troca de comida, casa e roupa. Ela conheceu Pedro através da mãe-patroa, que lhe apresenta um “bom-partido” e namora com ele durante dois meses. Pedro migra para o Rio de Janeiro, vem de ônibus numa viagem de três dias. Lá vai morar num bairro muito pobre e, após quatro meses de trabalho, envia uma passagem de ônibus para Vitória vir e se casar com ele.

Ela estava livre, me disse. Mas ao chegar ao Rio encontra outra pobreza. Eles moravam numa casa de um quarto único. Pedro bebe muito e ela engravida de sua primeira filha, Felícia, hoje com 22 anos. Felícia é a felicidade da vida de Vitória, cursava à época o último ano da graduação numa universi-

dade pública. Ela também relata que Pedro corria muito de carro, aliás, ele adora carros. Vitória tem medo de morrer com o marido dirigindo, não consegue “entrar no carro de seu marido”.

Vitória tem uma irmã mais velha que mora na cidade do Rio de Janeiro e reclama muito dela dizendo que a irmã sempre lhe dizia: “Não sei por que você é assim, passei pelas mesmas coisas e não fiquei traumatizada, só você ficou”.

Vitória também diz não entender por que não consegue “andar no carro de seu marido”, ele era um bom marido: trabalha e não bate nela. Isso era falado repetidas vezes.

Com o marido sem emprego também, ela perdeu o plano de saúde e começa a manifestar muitos sintomas hipocondríacos. O único dinheiro que tinham era a bolsa de estudos de Felícia, a filha mais velha. Eles tiveram que se mudar para a casa no subúrbio e, por isso, Vitória passa a fazer análise uma vez semana somente. Vitória tem que embarcar no ônibus das 4h30min para poder chegar antes das 8h, horário de sua sessão semanal agora. Não tem como pagar nada e eu lhe sugiro que ela me pague com um bolo, algo que ela colhesse ou fosse possível fazer. No início eram extremamente saborosos, depois ficaram duros. Eu comecei a receber outros bolos: faltas sucessivas, pedidos para troca de horário porque ela tinha dentista, médico, etc.

Continuamos a escutar Vitória, que agora fala pelos cotovelos, como se diz. Hoje ela pode reclamar do marido, dizer que não tem relações com ele nem quer. Já falou, ao elaborar, que sua mãe era muito boa e muito má, apenas o pai parece que ainda é representado como uma imagem intocada de ternura.

Outra dificuldade que apareceu no transcorrer das sessões era a impossibilidade de Vitória permitir que as filhas saíssem sozinhas. Aos poucos foi permitindo à mais velha que saísse sozinha com o namorado. Dizia que era “macumba” o que ela passava, pois Pedro sempre foi rápido em arrumar

trabalho e agora fica “aquele traste” em casa sem fazer nada. Ela tem vontade de sumir, mas ir para onde? Não tem lugar. Repete três vezes: eu não tenho para onde ir e Pedro não vai deixar minhas filhas virem comigo.

Vitória consegue ir ao casamento em sua terra de origem, embarca com grande sofrimento no avião para um voo curto de duas horas e trinta minutos. Pensamos que Vitória fosse parar as sessões após a viagem. Ao retornar, nos conta detalhes da viagem e disse que fez questão de ir sozinha até ao exato lugar onde viveu sua infância. Parecia outro lugar, mas ainda continuava lindo. Perguntei se após 40 anos algo tinha sido feito que pudesse ter melhorado a vida lá, ela disse que não: continuava a mesma coisa: seco, árido, pobre e crianças subnutridas.

Vitória continua suas sessões análise, fala muito de si e suas dores. Após um tempo de desconforto nosso devido às faltas, pois praticamente faltava uma semana e vinha na outra, lhe transmitimos cuidadosamente nossos sentimentos e lhe indagamos se ela gostaria de parar o tratamento. “Não, doutor, pelo amor de Deus! Se não fosse você já teria me separado do meu marido, e minhas dores passaram, minha vontade de morrer não existe mais, já deixo minhas filhas saírem sozinhas, fui ao casamento, já consigo “entrar no carro do meu marido (mas ainda é muito difícil, mas já consigo)”. Vi que ali ela estava me dando um presente, que não era para eu ficar tão desconfortável com suas faltas – pois ela estava melhor.

Falamos sobre pagamentos e bolos; ela disse que Pedro conseguira trabalho naquela semana e iria nos pagar o valor total. Dissemos a ela que seria confortável nesses primeiros meses nos quais seu marido voltava a trabalhar se ela me pagasse o combinado anteriormente, mas se ela faltasse teria que pagar a sessão completa sob condição de não haver mais sessões caso continuassem as faltas constantes. Foi uma tentativa de lhe dizer: “Você pode ficar nesse lugar, mas é necessário se comprometer com ele”. Ou ainda:

“Não vamos tirar você daqui, mas é preciso que você saiba que esse lugar (e horário) é seu e você deve cuidar dele”.

E Vitória continua sua peregrinação. Nós continuamos escutando-a.

### **Abordagem clínica a partir de Sándor Ferenczi: a categoria do tato e da empatia**

Agora desejaríamos falar sobre alguns momentos da abordagem clínica em psicanálise, que se encontra no presente momento e, nesse caso, mais voltada para uma técnica ativa (FERENCZI, [1919] 2001) na tentativa de fazer emergir um ambiente mais favorável à analisante. A forma de enquadre alterada – sobretudo nos silêncios, que não eram constituintes para Vitória, mas representavam um vazio. Nos silêncios lhes pedíamos “exemplos” das coisas que ela tinha falado antes livremente.

No início foi importante uma técnica mais clássica, todavia após o desfecho positivo da viagem de avião para o casamento no Nordeste, sua visita física ao próprio lugar de nascimento e infância, as sessões estagnaram. Não sabemos exatamente por quê. Apenas fazemos a fantasia que de modo inconsciente Vitória fora concretamente à infância, visitou o local onde nasceu e viveu até os oito anos, depois retornou à casa da antiga mãe-patroa, descreveu com detalhes o piso vermelho da casa que ela mesma “dava brilho” quando lá começou a trabalhar na infância.

Nas sessões seguintes, após narrar sua história da viagem, pareceu-nos que Vitória estava “sem verbalização” – o que era obviamente falso – pois “o verbo estava encarnado”, ela mostrava onde doía no seu próprio corpo: aqui e ali, apontava ela com o dedo. Ousamos aqui fazer nossas as palavras do “analista dos pacientes difíceis”.

Neste caso, fui levado a abandonar o papel passivo que o psicanalista desempenha habitualmente no tratamento, quando se limita a escutar e a interpretar as associações do

paciente, e ajudei a paciente a ultrapassar os pontos mortos do trabalho analítico intervindo ativamente em seus mecanismos psíquicos (FERENCZI, [1919] 2011, p. 7).

Uma das maneiras de abordagem com Vitória no *setting* foi também a técnica do “por exemplo”, pois, segundo Ferenczi ([1918] 2011, p. 415), em *A técnica psicanalítica*, pode ser “um bom recurso técnico para trazer diretamente a análise de um material distante e pouco importante para o que é próximo e essencial”.

Vitória estava há semanas reclamando de seus problemas de saúde, que já fazia sessões de análise há muito tempo (uns 6 meses) e que não via melhora em sua vida. Tentávamos interpretar o que nos dizia e como agir durante as sessões, mas era completamente ineficaz permanecer nessa abordagem. Por isso, pensamos em outra técnica, e naquele momento estávamos começando a ler a obra de Sándor Ferenczi.

Em nossa atenção flutuante, pensávamos e divagávamos: “o que fazemos aqui? Freud, ficar escutando e interpretando, não funciona mais há algumas semanas! Klein, eu tenho respeito por você, a teoria se encaixa, mas não conseguiria usar uma “análise mais selvagem”, uma vez que o relato de Vitória já é de veras “selvagem”. Lembramos do nosso analista, lacaniano, que adora as relações de palavras, significantes, signos, etc., mas aqui não há palavras, mas indicações. “Indicações!” Esses momentos de elaboração teórica e livre a partir do que nos é dado no consultório tem se revelado a nós como um dos momentos mais ricos na clínica: quase que uma criação do artista, que pensa cada obra de arte como uma história singular.

Naquele momento de questionamento da condução de uma análise, lembramos de Husserl (1974) na sua primeira investigação lógica e de Derrida (1993): indicar tem dois sentidos: apontar [*anzeigen*] e querer-dizer [*bedeuten*]. O que ela quer dizer? Ela aponta onde dói, mas o que ela quer dizer com

sua dor? Com certeza eu estava num diálogo profundo com minha própria história.

Bolognini (2008, p. 28) escreve na sua obra *A empatia psicanalítica*:

Estes são meus pais psicanalíticos e eu os conheço em mim e não os renego, pelo contrário, realmente aprecio o que recebi deles. Mas os instrumentos e modelos propostos por tios e primos de vários graus ou, por vezes, simples vizinhos, podem resultar interessantes e úteis em certas circunstâncias. [...] Essa atitude não implica necessariamente a traição da própria origem, nem a perda da identidade, mas o reconhecimento da complexidade e da riqueza do campo psicanalítico e das oportunidades que ele oferece após um século de trabalho, reflexão e debate.

Começamos, então, a pedir a Vitória que não mais ficasse apontando aqui e ali as partes do seu corpo onde havia suas dores, mas que tentasse nomear em que lugar no corpo estava sua dor. Quando ela colocava o dedo ora na perna, ora na barriga, lhe dizíamos:

– Diga o nome do lugar que dói, não coloque a mão!

Ela disse rapidamente:

– Dói minha barriga.

Insistimos:

– Como é essa dor?

Ela gritou:

– Eu não sei como é essa dor, não sei como se chama!

Nesse momento percebemos que estávamos com uma azia fortíssima, tentamos nos lembrar se havíamos comido algo que pudesse ter causado isso, mas não. Deve ser a tal da transferência recíproca, pensamos, vamos falar isso com Vitória:

– Sabe, agora eu estou sentindo uma azia terrível. Será que eu comi algo que me fez mal?

– Ah, Michell [pela primeira vez ela me chama pelo meu nome], eu sinto tanta azia! Sabe, desde criança, eu sinto azia quando fico com fome. Acho que fome é a mesma

coisa que azia. Eu tenho muita azia também, mas acho que é porque fico sem comer. Nesses dias em que estamos sem dinheiro, os primeiros a comer são as meninas, porque eu não vou fazer igual a minha mãe que primeiro comia e só depois ia pensar se existiam filhas.

Pausa. Colocamos a pergunta: “Como assim, me dá um exemplo do que acontecia na sua casa. Que história é essa que as meninas comiam somente o que restava?”. Assim, Vitória, que tem um certo medo de velocidade, pôde colocar seu próprio ritmo em suas sessões. Ela contou que tudo era para o pai e os irmãos, depois para as meninas. Dois meses depois, Vitória chega no consultório e, sorrindo, diz:

– Michell, agora eu sei a diferença entre azia e fome. Desde aquele dia não sinto mais azia, às vezes sinto um pouco de fome quando a comida acaba rápido, mas minhas filhas sempre comem bem.

Ela agora consegue diferenciar “fome” de “azia”.

– O que você faz, então, quando está com fome? – perguntamos.

– Eu como qualquer outra coisa que conseguir, um biscoito, o que tiver em casa, mas sei também que isso vai passar assim que meu marido arrumar um trabalho. Aliás, ele corre para tudo, mas é muito lerdo para arrumar trabalho, fica lá parado achando que o emprego cai do céu.

No seu tempo, Vitória começa a falar sobre o marido, que corre e é parado ao mesmo tempo – em outros termos, pensamos que nossa paciente começou a ter condições de assumir a ambivalência da vida. Para quem teve muito pouco ou quase nada na infância, estar na ambivalência pode significar não ter nada em absoluto.

Indagamos: “Como assim? Ele fica lá parado se você me disse que ele faz tudo rápido? Como é que ele pode ficar parado se ele adora o carro e andar em alta velocidade? Me dá um exemplo!” Vitória começa a falar do marido, que era muito bom, mas ... também

não era tão bom. Ele transava muito rápido, mas agora ela estava parada e eles não transavam mais. Ela explicou como isso começou: engravidou sem condições financeiras da sua segunda filha, pois quando ele chegava em casa faziam amor muito rápido, antes do jantar (era ele o primeiro a comer, tal como seu pai quando era criança?). Para não engravidar tão rápido, ela decide que eles não transariam nunca mais. Na semana seguinte, como se nada tivesse acontecido no *setting*, ela nos conta: “Eu bem consegui andar de carro com meu marido, foi bem pouco, até tal lugar somente”. Sorrimos e lhe dissemos: “Então, conte-nos mais!”

Vitória nos parecia sempre estar a reviver sua situação de pobreza e abandono (social e familiar) e tentamos pensar o quanto para ela pode ter sido doloroso e traumático enquanto criança ser rapidamente colocada para fora de casa para trabalhar na casa da “mãe/patroã”; ter que abandonar o mundo que ela conhecia como seu ao ter que migrar para o Rio de Janeiro, fugindo de uma situação que poderíamos classificar como escravidão ou servidão voluntária/imposta, e ainda ter que transar rapidamente, quer desejasse ou não, e muito velozmente engravidar. Quanto à contracepção, Vitória toma uma atitude radical: faz laqueadura de trompas, nada vai passar rápido por ela, vai que um dia seu marido a devora e a engravida de novo? Mesmo após a cirurgia, Vitória não se relaciona mais sexualmente, por medo de engravidar mesmo assim. E se justifica: “Como arrumar comida para mais um filho?”

Descrevemos como “traumáticas” quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente uma conexão desse tipo de ruptura numa barreira sob outros aspectos eficazes contra estímulos. *Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do orga-*

*nismo e a colocar em movimento todas as medidas defensíveis possíveis.* Ao mesmo tempo o princípio de prazer é momentaneamente posto fora de ação (FREUD, [1920] 2006, p. 39, grifos nossos).

[...] As especificidades dos sujeitos e as vicissitudes de seus processos em contexto de exclusão e violência [...]. A partir da experiência com imigrantes formula as bases de um trabalho centrado na clínica do traumático, mais do que na clínica dos sintomas e focaliza as particularidades da escuta psicanalítica nesses contextos, assim como as intervenções [...] (ROSA ET AL., 2009, p. 498).

Podemos mesmo dizer que um trauma, real e externo, acompanha toda a existência de Vitória. Qual seria o trauma originário? Não sabemos. Mas parece que a situação de desamparo em que nasceu, cresceu e permaneceu até os 21 anos lhe foi bem impactante. Parece que cuidar exaustivamente de suas duas filhas foi uma de suas medidas defensivas, uma espécie de reparação maníaca kleiniana (KLEIN, [1946-1963] 1991).

A paciente relatava que, quando ela era criança, seu pai chegava bêbado em casa e ela tinha que correr para o terreno externo, enquanto ele batia na mãe e nos irmãos. Ela teve que correr e se apressar para sair de casa e ficar adulta, de modo muito rápido, trabalhando numa casa de família aos 8 ou 7 anos de idade. Para sair da situação de pobreza extrema em que vivia até os 21 anos, ela teve que correr e arrumar um marido. Ele correu para o Rio de Janeiro e rapidamente lhe envia a passagem de ônibus para abandonar sua terra. Seu marido corria muito de carro e muitas vezes quase sofreram acidentes. Pedro chegava e devorava/deflorava Vitória com muita pressa, era muito rápido. Como a rapidez pode ser traumática?! A hipótese de uma histeria fóbica, via deslocamento, devido ao trauma causado pelo “rápido” parecia clarear aos

poucos, tanto para a paciente quanto para o analista.

Um dia Vitória nos solicita uma sessão rápida e um tratamento rápido. Nós lhe respondemos: “Parece que muitas coisas na sua vida foram rápidas demais, talvez sua análise seja o seu momento de ir com calma”. (Repeti mentalmente: com calma, Michell!). Lembramos aqui de Kahtune (2009, p. 401), que elucida didaticamente o que se entende por trauma numa leitura ferenciana:

Para Ferenczi, o trauma é um acontecimento concreto provocado por algum agente externo ao sujeito, nomeadamente um objeto externo. Em sua teorização, o trauma é efetivado num segundo momento que não o da primeira agressão, mas o da negação por parte do adulto de que as percepções da criança frente ao acontecimento brutal são legítimas.

Assim, podemos pensar a hipótese da violência paterna, ainda que tenha sido exclusiva e fisicamente com os meninos e com a mãe, segundo Vitória. Foi um primeiro momento. Sua mãe desmentia sua percepção, era justo o pai e irmãos comerem primeiro porque eles tinham que trabalhar. Sua “mãe/patroa” dizia para ela não chorar de saudade por sua mãe, pois já era bem grande para poder trabalhar e, assim, não deixava que Vitória aos 8 anos de idade visse sua mãe durante os finais de semana. Já adulta, morando no Rio de Janeiro, sua irmã mais velha, sua vice-mãe do passado, efetiva ainda mais o momento do trauma: “Eu passei pelas mesmas coisas que você e não sou tão traumatizada como você”. Vitória foi posta rapidamente fora de casa pelo menos três vezes: quando criança pequena e o pai chegava; aos 8 anos de idade pela mãe, que a doa para uma casa de família, e aos 21 anos quando a “mãe/patroa” lhe arruma um marido para ela sair do Nordeste. Em todos os casos, como assinala Ferenczi, parece que o trauma foi real e causado por um agente externo. Caberia ao analista, pensamos, não repetir o trauma da

“velocidade” e, assim, conduzir o tratamento no próprio tempo de Vitória? Assim tentamos, assim continuamos.

### **Psicopatologia, migração e sofrimento psíquico**

A dimensão trágica do migrante encena algo comum a todos, “pois todos somos sujeitos exilados, desenraizados de nós mesmos, constituídos pelo desconhecimento enigmático da dimensão inconsciente” (ROSA, 2009, p. 511).

Um migrante, aqui entendido como alguém que se vê obrigado por quaisquer motivos a deixar sua terra de origem, pode assumir um caráter de errância em seu caminho psíquico. Ele vagueia pela sua existência, sem lugar. Aqui podemos ver, através de Vitória, que ela caminha por seus sintomas, muitas vezes percorrendo vários médicos para suas diversas dores. Quando uma histeria de conversão era percebida (por ela), o sintoma se deslocava para outra parte do corpo. Diante de tantos deslocamentos psíquicos, parece que suportar deslocamentos físicos lhe era insuportável.

Outro fenômeno observado nos migrantes é a tendência de se isolar em comunidades étnicas nos novos lugares de (sobre)vivência. Uma tentativa de encontrar alguma ligação libidinal com sua memória afetiva. Muitas vezes parece que tais grupos étnicos, cujo líder seria substituído por um sentimento de saudade comum ou uma ideologia (FREUD, [1921] 2006), atua como um ego auxiliar para o migrante, sustentando-o, ainda que algumas vezes de forma precária. Todavia, ao mesmo tempo, esses grupos étnicos podem revelar algo estranho, não familiar e familiar ao mesmo tempo, um *Unheimliche* (FREUD, [1919] 2006).

Vitória vive numa região cheia de migrantes, todavia diz que nem sempre se sente bem entre eles e esse tal *Unheimliche* lhe aparece quando ela é convocada a viajar até sua terra natal: queria muito ir, mas não conseguia – por isso procurou uma terapia também.

Quando estava em sua terra de origem, visitou o lugar onde nasceu. “Era estranho, era o mesmo lugar, mas era diferente. Eu senti paz e angústia ao mesmo tempo em que lá estava. Algo muito estranho, não é mesmo, doutor?”; disse Vitória ao regressar de viagem.

É sabido em psicanálise que temos apenas o relato do paciente e sua história, todavia parece-nos aqui que o fenômeno social da migração tem uma relação direta com a psicopatologia nos migrantes. O migrar significa, para muitos, abandonar a terra de origem e, assim, parece reavivar o trauma do abandono vivido tanto na primeira infância quanto em outros períodos da vida. No caso de Vitória, o trauma do migrar reativa nela seus primeiros abandonos. Assim, uma abordagem terapêutica que desconheça a historicidade (social, inclusive) desse sujeito migrante deixaria de lado o próprio sujeito, que se constitui como sujeito na e através de sua história (HEGEL, 2004).

A migração pode levar a uma identidade cristalizada alienante que retira o sujeito de sua condição desejante, [...] o momento do deslocamento como de suspensão das certezas simbólicas e imaginárias do Eu (ROSA ET AL., 2009, p. 500).

Vitória cuidava de todos, inclusive sua profissão era ser cuidadora de idosos. Cuidava do marido, decidia tudo sozinha em casa, todo o dinheiro estava na mão dela, cuidava das filhas e as alimentava primeiro. Mas quem cuidava de Vitória? Numa sessão ela disse: “Aqui é a única coisa que faço realmente só por mim”. Rosa (2009) assinala que os migrantes aceitam o mínimo para sua subsistência, e isso pode fazer com que dispensem artifícios narcísicos para manutenção de uma individualidade psíquica que sustente um mínimo de desejo.

Mas são nas migrações forçadas pela violência e miséria, como no caso principalmente dos refugiados e migrantes, que a dimensão

do perdido e a dificuldade de se localizar no mundo tomam um lugar primordial e podem promover efeitos de desenraizamentos ou desterritorialização (ROSA ET AL., 2009, p. 501).

Esse conflito com sua origem, com sua história e com seu passado pode fazer com que o migrante se sinta um estrangeiro dentro do seu próprio psiquismo e dentro do seu próprio corpo. Lembramo-nos de quantas vezes Vitória não conseguiu reconhecer as partes do seu próprio corpo nas quais ela sentia dor, uma vez que não reconhecia isso como suas dores e seus medos. Foi preciso que uma assistente social do posto público de saúde lhe indicasse a terapia como forma de tratamento porque, para Vitória, todo medo e toda dor lhe vinham do fora: do carro, do marido, da falta de dinheiro.

Não se trata aqui de negar a importância do fenômeno social sobre os sujeitos em geral, mas da impossibilidade de reconhecer como pertencente ao próprio eu as dores e os medos causados pelo trauma da migração. Contar sua história é a possibilidade de reeditar a narrativa de sua existência e se aperceber das dores e sofrimentos como algo seu, ainda que tenham sido causados por fatores externos diversos. Essa reedição, porém, está condicionada a alguns elementos externos que muito se aproximam daqueles outros fatores que a levaram a ‘abandonar’ sua terra e se tornar uma migrante: a falta de meios financeiros.

A migração, quer por pobreza, quer por fuga devido ao risco de vida, é como se fosse uma melancolia (FREUD, [1917] 2006), pois é uma ferida aberta que empobrece a libidinização do ego identificado ao objeto abandonado. A sombra do objeto caiu sobre o ego. Ao perder os elementos concretos de sua própria historicidade, quando ela abandona sua terra e vem para o Rio de Janeiro, parece que as catexias retornam ao ego. Poderíamos aqui chamar tal fenômeno de “depressão de migração”.

Talvez o luto pela morte dos pais jamais seja completamente elaborado. E usando uma forma de raciocínio análoga, o luto causado pelo abandono forçado da terra-mãe, a Heimat, talvez nunca seja também plenamente elaborado. Se a melancolia é um sofrimento profundamente narcísico, a clínica que tentamos usar com Vitória foi em alguns momentos também uma clínica do “sensível” (ANZIEU, 1989), pois a sombra do objeto caiu sobre um sujeito cujo processo de subjetivação foi deveras precário e, assim, a sombra esmagava seu eu.

Reescrever as narrativas migratórias numa técnica analítica pode encontrar uma barreira na escuta analítica: a errância. Um eu frágil e primitivo (seguimos aqui os pressupostos kleinianos), que regride a um estágio de não reconhecimento do eu corporal, indicando muitas vezes um autoerotismo do corpo como fetichização do sintoma numa tentativa desesperada de ter um eu corporal e, depois, um eu psíquico. No caso de Vitória, suas dores físicas eram um fetiche para seus medos de velocidade e deslocamento físico. Seu benefício era este: se adoecesse no corpo, não precisaria se deslocar a nenhum local. “Ah, doutor, se o exame indicasse uma doença eu não precisaria viajar para o tal casamento”, disse Vitória uma vez no início da análise.

No caso de migrações, o luto se apresenta como “saudades da terra natal”, em que o sujeito não se reconhece em suas perdas, pois é absorvido em modo de produção alucinante ou degradante. [...]. Nesse sentido, o luto se desloca e se efetiva com a primeira perda no país de imigração – geralmente decepções amorosas, com irrupções de sentimentos extremamente narcísicos –, ou ganha contornos melancólicos na maturidade quando os filhos deixam o lar para ganhar a própria vida ou mesmo para emigrar (ROSA ET AL., 2009, p. 504).

Vitória não se percebia como vítima de um processo cruel (tudo era bom, a vida era

boa, o marido era bom, a infância tinha sido boa, mudar para o Rio de Janeiro tinha sido bom, etc.). Com a migração, ela conseguiu uma casa e um lar e desenvolveu por eles uma espécie de melancolia de defesa: não quer sair de casa, onde está seu lar, não quer que o marido saia de carro; não quer que as filhas saiam de casa para estudar ou namorar. Durante uns dois meses falamos somente sobre suas filhas. E o narcisismo patológico de Vitória aparecia como uma espécie de defesa maníaca. “Eu não consigo sobreviver se minhas filhas saírem de casa, ainda que possam voltar alguns dias depois de viajarem com seus namorados”.

Vitória não tinha elaborado o luto de suas perdas, menos ainda o luto da morte de seus pais e, agora, como lhe seria possível fazer o luto pela saída de suas filhas de casa? Apenas oferecemos a Vitória um espaço de escuta através do qual ela pudesse contar sua história, elaborar seus lutos e, assim, localizar-se subjetivamente na própria existência.

Portanto, a clínica do traumático convoca o analista a um lugar preciso em relação à angústia – cabe ao analista abrir espaço para a fala, dizer “diga mais” promovendo as condições necessárias para sua localização subjetiva. A presença da palavra se suporta da presença do analista e se verifica na diversidade das intervenções (ROSA ET AL., 2009, p. 507).

### Considerações finais

É-nos extremamente difícil fazer qualquer conclusão com pretensão universal quando tratamos de um caso clínico – talvez isso nos seja imposto por uma certa ética em psicanálise: o cuidado com o sujeito que está diante de nós. Mas além de uma questão ética, há um elemento epistemológico aquém da própria psicanálise – na tradição ocidental, somente poderia ser considerado algo “claro e distinto” à la Descartes se for uma forma de conhecimento do universal. Além do rigor cartesiano, mesmo a psicanálise tem seu paradigma universalizante que

lhe confere um estatuto de saber na cultura ocidental: Édipo e o inconsciente dinâmico. Mas esses elementos são, no consultório, uma ferramenta clínica e não uma teoria a ser aplicada.

A questão seria se há conhecimento seguro sobre o singular e parece que não. Assim, não haveria um conhecimento ou fechamento de um saber em psicanálise ao se tratar de um caso clínico e isso indica, sobretudo, a questão da temporalidade histórica do momento analítico. Se isso for válido, o critério de resultado ou verificação passa a ser sua própria premissa: o discurso do paciente, em todas as suas formas verbais e não verbais. Se o discurso leva o analisante a pelo menos administrar seus conflitos internos e encarar seu peregrinar existencial como algo que lhe é absolutamente inerente, parece que o resultado de um caso clínico pode ser considerado válido, eficaz, positivo.

Nesse aspecto, consideramos que o presente texto declina toda a nossa consideração de uma abordagem exclusivamente teórica, pelo menos na clínica psicanalítica. Com isso, queremos dizer apenas que, na condução de um acompanhamento psicanalítico, parece inviável considerar uma teoria como a melhor e adaptar o paciente a ela. E devido ao grau de adequação desse acompanhamento a nossa paciente, poderíamos considerar um bom resultado – que seria um equívoco, no mínimo.

Ora, se o “núcleo duro” da psicanálise for o Édipo e o inconsciente dinâmico, e se o próprio processo edípico eclode também no processo dinâmico e não apenas topológico e econômico, então até a vivência edípica supõe uma dinamicidade. Essa força ou *du/namij* [*dynamis*], um mecanismo pulsional, permeia o corpo teórico forjado a partir de Freud e continua a se movimentar em cada encontro singular no *setting*.

Por outro lado, pensamos em três momentos que podem apresentar uma pequena síntese a partir do que refletimos na confecção deste trabalho.

### 1. Um ambiente para poder desejar

Antes de tudo, a nós cabe escutar nossos pacientes e, tratando-se de migrantes, antes de tudo, dar um tempo necessário para que aquilo que realmente importa ao sujeito surja: seu discurso desejante. Sabemos que, no processo secundário, já temos a ação do recalque quando lembramos, já uma primeira forma de resistência. No caso de migrantes, parece ter havido essa resistência sobre o ativar da memória, sobretudo infantil. Entendemos que o processo migratório reativou os traumas infantis, esses traumas foram reais, externos ao sujeito e não somente conflitos internos. Lembrar os traumas infantis foi para Vitória tão doloroso quanto assumir as dificuldades internas de sua vida e as externas que lhe foram impostas. Não ter sua vivência traumática desmentida pelas palavras ou atos do analista permitiu a Vitória todo um processo de “renascimento” psíquico. Um eu apareceu no meio do todo e gritou: eu quero isso e não aquilo. Ela demorou para diferenciar fome de azia, mas o tempo era de Vitória, não nosso. O estranho [*das Unheimliche*] é uma constante no relato de nossa paciente. O que poderíamos fazer? Talvez apenas usar o *setting* como página em branco para que a paciente reeditasse sua história. Convidemos o estranho, o migrante, o não dito. Escutar foi o primeiro momento.

### 2. Uma técnica ativa emerge da necessidade do paciente

Páginas em branco sem nenhuma narrativa mais profunda de suas memórias, além da sintomatologia, pareciam colocar Vitória novamente em desamparo. Deitar e falar, no início, era um não lugar – uma vez que ela não conseguia, a princípio, expressar sentimentos através do discurso verbal. Uma vez pensamos na nossa atenção flutuante que, para aprender a falar como uma criança, é necessário um interlocutor ativo, que incentive a criança a falar. Foi assim que pensei durante algumas sessões de Vitória. Hoje Vitória necessita muito pouco. Algumas ve-

zes até chega a reclamar quando exercemos uma técnica mais ativa. Agora ela fala livremente o que deseja, inclusive quando não quer ir à análise ou se vê confusa dentro do processo. Em casa, ela diz o que quer fazer e o que não quer fazer. Hoje ela discorda, pensa, silencia e escuta. Mas antes era necessário falar.

Emprestar nossa voz na “técnica ativa” através de um ‘por exemplo’, ‘por favor’, foi como lhe oferecer uma caneta ou lápis para compor sua narrativa. A página, como sabemos, não estava totalmente em branco. Havia marcas, mas não cabia a nós nem era euristicamente viável indicar à analisante essas marcas. Ao pedir ativamente à paciente que se implicasse com exemplos, impedindo-a de apenas indicar as partes que lhe causavam dor, ela pôde descrever onde realmente estava sua dor: no seu medo de ser abandonada novamente, inclusive pelo analista. Uma técnica ativa foi o segundo momento.

### 3. O trauma da migração como uma forma de melancolia

Se desconsiderássemos como traumáticos os fatores externos, como a pobreza e o processo migratório, talvez não tivéssemos conseguido dar continuidade ao processo terapêutico de Vitória devido à falta de pagamento em espécie. Escutamos muitas críticas de colegas, tais como “Você faz muita concessão”; “Isso não é psicanálise”, “Pobres não podem fazer análise”, etc. Mas como não fazer concessões a quem a vida quase nada concedeu? De fato, enquanto terapeutas, não podemos fazer todas as concessões, mas não fazer nenhuma pode ser tão traumático quanto os traumas externos e marcados no psiquismo. Era uma paciente difícil ou simplesmente sem recursos financeiros para o tratamento analítico? Considerar o abandono vivido como expulsão de casa e da terra nos permitiu que não fosse oferecido a Vitória um reviver do trauma externo no *setting*: ela não seria colocada para fora por nós, rapidamente após os primeiros meses de dificuldades

financeiras. A não ser que ela desejasse parar seu tratamento.

Além disso, entender o processo migratório como uma certa melancolia nos ajudou e muito a escutar a hipocondria manifesta de Vitória como uma defesa diante do próprio trauma. Era preciso não desmentir seus traumas, outra vez. Nas sessões era possível chorar de saudades e isso não era errado, ao contrário do que havia feito a mãe/patroa ao lhe dizer que não poderia ver sua mãe porque já era grande para sentir saudades. Sua irmã dizia que a vida dela era boa e tinha um ótimo marido e que não entendia porque só ela ficou traumatizada com as vivências infantis e o trauma da migração socialmente forçada. Nas suas sessões, foi permitido a Vitória que percebesse que seu marido era bom, de fato – mas trazia também suas próprias questões e dificuldades no relacionamento. Descobre que todos os seus irmãos têm problemas relacionados à infância e induz que o sofrimento é inerente ao humano: “Todo mundo sofre, Michell. Isso é bom porque eu não sou a única maluca no mundo”.

Encontrar-se como boa companhia para si mesma foi para ela uma descoberta extraordinária. Não repetir o trauma da migração no consultório, um cuidado constante de nossa parte. Considerar o trauma da migração com um agente externo que reativa os traumas infantis foi o terceiro momento.

Ao término deste texto, apenas podemos agradecer a Vitória por nos ensinar que a saga de um analista é um caminho migrante: migramos de teoria em teoria, de técnica em técnica, nada sabemos e nosso saber é apenas uma suposição, ainda que busquemos fundamentá-la da melhor forma possível. Se cabe ao analista cuidar do andamento da análise, cabe aqui a pergunta de Cícero: *Qui custodiat custodes?* [Quem toma conta de quem deve tomar conta?] Cabe, como bem fala Ferenczi, tomar conta de nós mesmos enquanto analistas, quer na análise pessoal, quer através da supervisão.

No cenário contemporâneo com tantas migrações, nos perguntamos: o que nos resta na análise quando tudo é tirado de alguém, senão nossa presença? Será nossa presença um meio de reescritura de um processo que nunca para? O desejo é um migrante, inclusive o nosso próprio. Se não fizermos com o que o trauma do abandono na migração seja reencenado através de nós e nossa prática clínica, talvez já tenhamos feito um bom trabalho: *Qui custodiat custodes?* O analista, mais próximo do poeta do que mestre, na nossa concepção, deve sempre se lembrar de que sua sensibilidade ou categoria do tato é também um operador clínico de muita relevância, pois “Os poetas não sentem vergonha frente às suas experiências, eles as exploram”<sup>2</sup> (NIETZSCHE, 2003, p. 90, tradução nossa).

2. No original: “Die dichter sind gegen ihrer Erlebnisse schamlos: sie beuten sie aus“.

**Abstract**

Vitoria is a 46 years old woman and is married about 20 years. She was born in one of the poorest regions of Brazil. She looked for therapy in the Social Clinic of the CBP-RJ. Her fears: it was unbearable to be in the husband's car and it seemed to be impossible to fly by airplane. Her biggest problem: her Family bought an airplane's ticket to go to Brazil's Northwest. They were/are very poor, her father was alcoholic and violent. His mother was very severe. Her house was built with clay and wood. When she was 8 years old she was sent to another Family to work for food and clothing. She met her husband in Brazil's Northwest, and after a one-month relationship, the husband immigrated to Rio de Janeiro looking for a better life. Three months after he sent her a bus ticket to come to Rio de Janeiro, a three day trip on the road. Despite several oedipal situations, there is fear to return to poverty and abandonment with an obsession with the security of her daughters. To fly back to birth's place brings to her memories that hurt, with a lot of somatizations. Now these traumas return as extreme anxiety, fear and somatizations. It is just not a classical Phobia's case, but how poverty and immigration could result in a kind of "psychopathology of immigration. Our clinic was based in some Ferenczi's ideas and reflections about therapy for (im)migrants.

**Keywords:** Psychopathology, Immigration, Phobia, Social Clinic, Trauma, Ferenczi.

**Referências**

ANZIEU, D. *O eu-pele*. Tradução: Zakie Yazigi Rizkallah e Rosaly Mahfu. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

BOLOGNINI, S. *A empatia psicanalítica*. Tradução: Ana Maria Stucchi Vanucchi et al. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

DERRIDA, J. *La voix et le phénomène: introduction au problème du signe dans la phénoménologie du Husserl*. Paris: PUF, 1993.

FERENCZI, S. *A técnica psicanalítica* (1918). Tradução: Álvaro Cabral. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 2).

FERENCZI, S. *Dificuldades técnicas de uma análise de histeria* (1919). Tradução: Álvaro Cabral. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 3).

FERENCZI, S. *Elasticidade da técnica psicanalítica* (1927). Tradução: Álvaro Cabral. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Obras completas de Sándor Ferenczi, 4).

FERENCZI, S. *Princípio de relaxamento e neocatarse* (1930). Tradução: Álvaro Cabral. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Obras completas de Sándor Ferenczi, v. 4).

FERENCZI, S. *Prolongamentos da "técnica ativa" em psicanálise* (1926). Tradução: Álvaro Cabral. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Coleção obras completas de Sándor Ferenczi, 3).

FEYERABEND, P. *Contra o método* (2007). São Paulo: Unesp.

FREUD, S. Além do princípio de prazer (1920). In: \_\_\_\_\_. *Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos* (1920-1922). Direção geral da tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 17-75. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, 18).

FREUD, S. Luto e melancolia (1917). In: \_\_\_\_\_. *A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos* (1914-1916). Direção geral da tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 249-263. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas, 14).

FREUD, S. O 'estranho' (1919). In: \_\_\_\_\_. *Uma neurose infantil e outros trabalhos* (1917-1918). Direção geral da tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 237-273. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 17).

FREUD, S. Psicologia de grupo e a análise do ego (1921). In: \_\_\_\_\_. *Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos* (1920-1922). Direção geral da tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 81-154. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 18).

GURFINKEL, A. C. *Fobia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

HEGEL, G. W. *Phänomenologie des Geistes*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2004.

HUSSERL, E. *Recherches logiques*. 2. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1974.

KAHTUNI, H. C.; SANCHES, G. P. *Dicionário sobre o pensamento de Sándor Ferenczi: uma contribuição à clínica psicanalítica contemporânea*. São Paulo: FAPESP, 2009.

KLEIN, M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Tradução: Elias Mallet da Rocha *et al.* Rio de Janeiro: Imago, 1991. (Obras completas de Melanie Klein, 3).

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

NIETZSCHE, F. *Jenseits von Gut und Böse zur Genealogie der Moral*. Stuttgart: Alfred Kröner, 2003.

RIESENBERG-MALCOLM, R. *Suportando estados mentais insuportáveis*. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

ROSA, D. M. et al. *A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes e refugiados e a prática psicanalítica clínico-política*. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 497-511, set. 2009.

SEGAL, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Tradução: Júlio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Col. Psicologia psicanalítica).

ZIMERMAN, D. *Etimologia dos termos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

## Sobre o autor

### Michell Alves Ferreira de Mello

Psicanalista.

Membro efetivo do Círculo Brasileiro de psicanálise Seção Rio de Janeiro (CBP-RJ).

Doutor em filosofia pela Basel Universität (UNIBASEL, Suíça).

Mestre em filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ).

Professor titular da Fundação de Apoio à Escola Técnica (FAETEC-RJ).

Professor do curso de formação psicanalítica do Centro de Estudos Antônio Franco Ribeiro da Silva do CBP-RJ.

Integrante do Grupo de Trabalho sobre Neo e Transexualidades (GTNTrans) do CBP-RJ.

Membro do Grupo Brasileiro de Pesquisas Sándor Ferenczi (GBPSF).

Coautor de *Transexualidades: reflexões psicanalíticas entre gênero e Édipo* (2018) e *Duas éticas em questão: cuidado de si e práticas de liberdade em Ferenczi e Foucault* (2020) e autor de artigos.

**E-mail:** mafmello@gmail.com

**Recebido em:** 10/04/2022

**Aprovado em:** 26/04/2022