

EXPERIÊNCIAS PSICANALÍTICAS PARA LÁ DO DIVÃ¹

*Tomás Miguez*²

<https://doi.org/10.51356/rpp.461a2>

RESUMO: A clínica psicanalítica realiza-se habitualmente num contexto de consultório, usando o divã. Além de um tratamento, a Psicanálise constitui-se como uma teoria sobre a dimensão psíquica do ser humano e um método de investigação. Será assim natural que se assista a um número crescente de intervenções psicanalíticas em diversos contextos, para lá do consultório e do divã. Estas intervenções são muito importantes na formação e identidade do psicanalista. Neste artigo, proponho uma reflexão sobre três experiências psicanalíticas fora do consultório:

1. Linha Viral Solidariedade, uma linha telefónica gratuita criada pela Sociedade Portuguesa de Psicanálise no decorrer da pandemia, aberta à população em geral, com o objetivo de conter a angústia e o sofrimento psíquico.

2. O Psicanalista na Comunidade, uma experiência comunitária de apoio a pacientes psicóticos, na qual se evidencia a importância da compreensão do funcionamento psicótico e da contratransferência.

3. Consultas no Cazaquistão a mulheres que foram raptadas durante a sua adolescência.

PALAVRAS-CHAVE: psicanálise, consultório, comunidade.

¹ Artigo submetido em julho de 2025 e aceite para publicação em abril de 2026.

² Psicólogo Clínico e Psicanalista. Membro Associado da Sociedade Portuguesa de Psicanálise (SPP) e da Associação Psicanalítica Internacional (IPA).

E-mail: tomasmiguez@hotmail.com

Quando se pensa em Psicanálise, associa-se de imediato a um paciente deitado num divã e a um psicanalista atrás. O uso do divã nasceu da dificuldade que Freud teria em ser olhado, várias vezes por dia, pelos seus pacientes. Não ser visto permitia-lhe estar mais focado na escuta, favorecendo também uma maior liberdade e espontaneidade do paciente a projetar as suas emoções, fantasias e conflitos no psicanalista.

Freud foi construindo um espaço indispensável à relação analítica, um lugar físico e psíquico onde a relação transferencial se desenvolvesse. Esta situação desenvolveu-se num espaço de um consultório, e apesar de a clínica psicanalítica se desenrolar maioritariamente nesses espaços, assiste-se a um aumento de intervenções de psicanalistas em contextos diversos. Existem diversas clínicas psicanalíticas além da clínica realizada no consultório (Broide, 2019).

A Psicanálise interessa-se assim pelas dinâmicas inconscientes que caracterizam os nossos tempos e pelos sintomas sociais que vão emergindo. A psicanalista Lorena Preta (2024) defende que: “Talvez esteja surgindo uma nova área para a psicanálise, caracterizada pelas intuições profundas da psicanálise freudiana e pós-freudiana, mas livre da preocupação de estigmatização como intuições da assim chamada psicanálise aplicada ou de uma teoria incompetente e ineficaz, se for ampliada além de seus limites” (p. 17).

A vida, para Lorena Preta (2024), apresenta-se hoje como um processo perigoso, cheio de ambiguidades e ameaças, um turbilhão rápido e até doloroso, que não dá tréguas tanto ao nível do pensamento como da ação. O mundo torna-se “dessimbolizado”, sendo difícil representar, conter e compreender os efeitos de tantas mudanças. Questiona-se se estamos a evoluir enquanto sociedade ou se estamos a criar um aparato tecnológico, que, na verdade, acaba por nos afastar do humano que existe em nós.

Parece difícil existir hoje uma cultura social e política capaz de conter os excessos de ansiedade e desamparo, a criação de continentes que ajudem a tolerar as dores psíquicas. O uso ininterrupto dos telemóveis habituou-nos a uma experiência de não-separação, uma espécie de ausência da ausência do objeto. As redes sociais também tornam a vida mais visível e transparente, desvalorizando uma dimensão mais íntima.

Para a psicanalista Rachel Sztajnberg (2007, citada por Silva, 2010, p. 20), “o que faz a diferença na atualidade é a falta de algo que o sujeito sinta como original e bem guardado dentro de si”, acrescentando que “faltam véus, na atualidade [...] o excesso de transparência expõe as razões para o mal-estar de uma pessoa não se sentir verdadeiramente existindo”. Desta forma, para alguns psicanalistas, como Paulo Silva (2010), o mundo contemporâneo revela “uma falta de conexão com a interioridade, com um estreitamento da capacidade de pensar” (p. 20). Já anteriormente, a psicanalista Piera Aulagnier (1980) sugeria que para poder pensar, o sujeito humano precisa de ter uma área só sua, uma reserva de solidão, uma intimidade que não seja invadida pelos outros.

O mundo moderno carece, igualmente, de relações solidárias, e, desta forma, as intervenções psicanalíticas na comunidade podem ser relevantes, não ficando o psicanalista refém do consultório. O trabalho psicanalítico fora do consultório tradicional iniciou-se com o próprio Freud e as duas primeiras gerações de psicanalistas na década de 1920. Freud (1919/1996), no seu texto *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*, aponta para que, além da técnica usada no consultório de classe média/alta, o trabalho psicanalítico deveria incluir as populações empobrecidas — atendidas de forma gratuita — e o trabalho em diferentes instituições, dentro e fora do Estado. Alerta para que a psicanálise não podia ficar de fora do movimento de grande mobilização social da época, correndo o risco de não sobreviver. A partir daí, a psicanálise foi também ao campo social. Entre 1920 e 1938, foram criadas doze clínicas de atendimento psicanalítico gratuito, envolvendo diferentes cidades em sete países europeus, atendendo mendigos, estudantes, artistas, operários e professores (Broide, 2019).

É importante a Psicanálise pensar na modernidade e escutar a interação entre a realidade externa e a realidade psíquica. Recordemos o aviso de Lacan, (1953, citado por Katz, Dunker & Broide, 2019, p. 4): “Deve renunciar à prática da psicanálise todo analista que não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época.” É importante a Psicanálise estar num permanente diálogo com outras disciplinas, podendo assim integrar e pensar novos saberes e diversas perspectivas, enriquecendo e expandindo as suas intervenções teórico-clínicas. A Psicanálise, para Horenstein (2023), revela uma

“hospitalidade em relação a outros discursos, como os da arte, literatura, filosofia, incluindo o da ciência” (p. 77), e desta forma é essencial que não se feche sobre si mesma. “Os novos tempos de crise convocam os psicanalistas a emergir das suas confortáveis salas de consultório e olharem para o exterior das suas janelas”, diz a psicanalista Donna Orange (2011, citada por Castro, 2021, p. 205).

Talvez seja necessário não criar uma separação rígida entre o consultório psicanalítico e outras intervenções realizadas por psicanalistas. O historiador Thomas Kohut, filho do psicanalista Heinz Kohut, defendia que: “O consultório não existe em isolamento, pois faz inerentemente parte do mundo. Tornar-se mais consciente da conexão entre o consultório e o mundo, não só terá benefícios clínicos e culturais, como também irá permitir à psicanálise assumir o seu lugar entre as ciências humanas, estudando a corrente da história através dos seres humanos” (Kohut, 2003, citado por Castro, 2021, p. 212).

A identidade analítica não fica dependente do espaço físico onde o psicanalista intervém, estando mais influenciada pela atitude analítica, pela escuta e uso da dinâmica da transferência e da contratransferência. Carlos Amaral Dias (1983) dizia que: “Não pertencendo ao grupo de analistas que se auto-circunscrevem a uma prática de setting, nem por isso deixo de ser e de funcionar como Analista quando me proponho enquanto Técnico de Saúde Mental trabalhando na Instituição [...]. Quer dizer, que o Psicanalista é-o sempre em qualquer circunstância, e apenas ‘exerce’ conforme os espaços relacionais onde se encontra” (p. 75).

Para André Green, o *setting* analítico torna-se numa noção interna do analista, interioriza-se como algo coconstruído pelo analista e paciente e num objeto transicional, entre o externo e o interno, entre o intrapsíquico e o intersubjetivo. É o quadro interno do analista que faz com que o quadro possa variar, para conservar o seu papel no processo, criando uma matriz aberta à singularidade do outro e à “outridade”. Trata-se da capacidade de o analista sustentar um espaço psíquico interno que acolhe o paciente e estruturas psíquicas que não lhe sejam familiares (Urribarri & Berliner, 2012).

As variações do quadro e da técnica em geral têm um sentido preciso: criar as condições de possibilidade para o trabalho de representação. E desta forma, evitar, no dizer de Zimmerman (2008), “a violência

da imposição de preconceitos e de regras técnicas universais, quando o psicanalista não leva em conta as peculiaridades pessoais de cada analisando e de cada situação analítica em particular” (p. 83).

André Green defende que a escuta analítica é em si mesma uma metaforização do quadro. Enquanto a escuta analítica é preservada, algo que a liga ao quadro também se mantém, mesmo que outros elementos do quadro não se achem presentes (Urribarri & Berliner, 2012).

Desta forma, o quadro analítico não exige a existência do espaço físico de um consultório. Jorge Broide fala-nos do trabalho clínico que se realiza fora do consultório particular, nas ruas e em situações sociais críticas. Confessa que “sempre tive a mesma compreensão: seja onde for, se escutarmos, o sujeito fala” (Broide, 2019, p. 53).

A psicanalista Melanie Farkas alertava para a importância de se trazer para o consultório o homem concreto e não o homem abstrato, defendendo a psicanálise para a vida e não a psicanálise para a psicanálise (Farkas, 2013, citada por Guirado, 2013).

Durante muitos anos, a minha prática clínica dividiu-se entre o consultório e a comunidade, e senti, frequentemente, que existia um enriquecimento mútuo. Questiono se ainda haverá uma tendência para os psicanalistas de ficarem mais confinados aos espaços dos seus consultórios. Sendo a Psicanálise uma teoria que se debruça sobre a vida psíquica e a sua influência no comportamento humano, por que razão ainda há poucos psicanalistas a participar na comunidade?

Apesar de a clínica psicanalítica se caracterizar predominantemente por acompanhamentos individuais, Freud defendeu que uma psicologia do individual é em simultâneo uma psicologia social, e que aquilo que está internalizado como estrutura psíquica representa uma relação entre pessoas (Freud, 1921/2011).

A psicanálise, segundo Stephen Frosh (2016), pode mesmo funcionar como uma teoria social. Este autor defende que projeção e introjeção são importantes conceitos psicanalíticos que nos ajudam a compreender como as realidades interna e externa estão entrelaçadas e como o sofrimento social e o sofrimento psicológico podem estar intimamente ligados. E acrescenta que, assim como as noções de inveja e reparação auxiliam na compreensão da violência pessoal e social, os mecanismos psíquicos enunciados pelos autores kleinianos auxiliam na teorização do racismo, do sexismo e da homofobia.

Na atualidade, muitos psicanalistas oriundos da América Latina desenvolvem intervenções com a comunidade, criando reflexões teórico-clínicas sobre essas ações. Este trabalho psicanalítico, segundo a psicanalista Ilana Katz (2012), convoca a responsabilidade do analista frente ao mal-estar na cultura e ao desamparo psíquico e social. Esta autora fala-nos de uma

“Clínica do Cuidado, um dispositivo clínico de atenção ao sofrimento psíquico, baseado no cuidado a uma população em estado de grave vulnerabilidade social e respeitando as suas particularidades. Apostamos que a experiência da fala e o acolhimento pela escuta na transferência instituiriam a construção de uma narrativa particularizada do sofrimento e que o sujeito se comprometesse, com a ajuda do clínico, na procura dos termos através dos quais lhes seria possível movimento para ‘passar’ para outra coisa” (p. 30).

Cristina Castelazo (2020), uma psicanalista mexicana, acrescenta que

“existe uma responsabilidade social que pode ser compreendida e atendida através da psicanálise e que o trabalho comunitário transforma os psicanalistas, porque nos faz prestar atenção ao contexto e nos mobiliza, situando-nos na cultura desde a visão do outro, compreendendo, para além das paredes dos nossos consultórios, que não há uma cultura melhor do que a outra, se não, unicamente, diferentes formas de adaptar-se e de compreender a vida” (25:00).

Discorrendo sobre a sua experiência na comunidade e o conceito de “âncoras”, Jorge Broide (2019) diz-nos que

“no trabalho clínico nas situações sociais críticas, quando escutamos alguém, é muito comum nos perguntarmos: como essa pessoa ainda está viva? Esta interrogação que surge na transferência foi nos levando a entender que se essa pessoa ainda está viva é porque existem fios — geralmente invisíveis para ela e para nós — que a mantêm amarrada à vida. Esse entendimento fez com que mudássemos nossa maneira de escutar. Agora vamos atrás dos fios que ligam o sujeito à vida, dos laços determinantes de sua vida. É nestes que

certamente estão o desejo e a possibilidade de sobrevivência. Aqui é fundamental entender que as ancoragens não são necessariamente a família. Na verdade, podem às vezes ser a família, mas geralmente são outras pessoas, ou até mesmo animais. A família geralmente traz o trauma, o abandono e a impossibilidade” (pp. 56-57).

Broide acrescenta ainda que “diferentemente do atendimento na classe média, o sujeito que está no abismo social não tem rede simbólica, social, familiar e dinheiro. Está diante do abismo. Assim, muitas vezes é necessário ir atrás das ancoragens, e elas estão no território, são aqueles que desejam que o sujeito viva. É necessário então ir à casa, chamar a namorada, ligar para o professor, chamar o amigo” (pp. 56-57). E este mesmo autor clarifica que quando se refere à palavra clínica não está a referir-se a um local geográfico: “A clínica, não sendo um lugar, é, portanto, um método que possibilita o estabelecimento de um modo específico de relação com o sofrimento, ali onde um profissional se inclina para escutar o outro, demonstrando que reconhece ali a existência do sofrimento de alguém, com vista a tratá-lo” (pp. 56-57). Assim, há psicanalistas a fazer trabalho clínico em diversos contextos — instituições de saúde, hospitais, escolas, na rua.

Lilian Ferreyros (2020), uma psicanalista do Peru, defende que para termos sociedades mais prósperas, há que levar em conta as comunidades. E a pandemia fez com que os psicanalistas prestassem mais atenção à comunidade e expandissem os seus horizontes para lá do consultório. A autora acrescenta que:

“quando a Psicanálise sai para trabalhar com a comunidade, poderíamos falar de um ‘rabisco mental comunitário’, a criação de algo novo; criação mútua, compartilhada. Podem ser produtos grupais, resultado de afinidades inconscientes que provêm de zonas traumáticas dos protagonistas (incluindo o psicanalista). Este trabalho de imaginação possibilita configurar, representar e compartilhar as zonas de sofrimentos de todas as partes” (17:15).

Isabel Mansione (2020), psicanalista e coordenadora do Grupo de Estudos da FEPAL “Psicanalistas na Comunidade”, diz que, através das suas práticas comunitárias, o movimento psicanalítico contribui para o desenvolvimento da população em geral, e, em especial, da mais

desfavorecida em todos os sentidos, fazendo-o a partir de uma profunda vocação humanista. A presença na comunidade inclui intervenções com a população que apresenta sintomas, a população de risco e a população potencialmente sã. Refere que atualmente se identifica na comunidade um desencontro de expectativas, um enfraquecimento da autoridade, uma presença de leis paralelas, danos sem reparação, e tudo isto produz um sofrimento que surge de forma disruptiva. A intervenção psicanalítica procura colocar palavras, pensamento e direitos humanos onde até então houve o agir.

Estas intervenções comunitárias são experiências enriquecedoras na formação e identidade do psicanalista, como refere Amélia Bernadete Amêndola (2017), psicanalista brasileira:

“quando você vai à comunidade, você também passa a ter experiência a respeito de como é essa vida emocional, as questões psíquicas, de pessoas que têm suas carências, dificuldades, e que estão desamparados pelos órgãos governamentais. [...] o ser humano precisa do serviço psicanalítico, precisa de alguém que entenda deste funcionamento, deste ser, de todas as questões internas que temos. E infelizmente muitas pessoas não tem acesso. O nosso contato com a comunidade vai nos ajudar a entender isso e acrescer aos nossos conhecimentos teóricos e técnicos. Então acho que só faz bem [...] que os colegas da Sociedade de Psicanálise, que se comprometem com trabalhos com a comunidade, eles estão acrescentando e enriquecendo sua formação como psicanalistas [...]. Amplia horizontes.”

Gostaria agora de refletir em três experiências que tive fora do consultório e nas quais senti que procurei estar como analista, procurando usar a minha escuta e contratransferência como motores de crescimento psíquico.

LINHA VIRA(L) SOLIDARIEDADE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSICANÁLISE

Poucos dias após o surgimento da pandemia e do primeiro confinamento em Portugal, iniciei a minha participação na Rede de Apoio Telefónico da Sociedade Portuguesa de Psicanálise (SPP) – Linha Vira(l) Solidariedade. O objetivo foi disponibilizar o apoio possível

à população portuguesa que estava a lidar com a pandemia e com as angústias e as ansiedades inerentes. Constituiu-se um grupo de algumas dezenas de membros da SPP que, durante alguns meses, atenderam chamadas de pessoas em sofrimento psicológico.

Iniciei esta experiência com entusiasmo e expectativa. Ninguém imaginava que pudéssemos passar por uma situação tão alarmante no século XXI, e era assim um privilégio poder intervir na saúde mental dos portugueses numa altura tão única e delicada. Por outro lado, senti algumas dúvidas sobre o que dizer às pessoas que me ligariam. Como poderia aliviar a sua dor? O que poderia dizer para tornar as conversas benéficas? A vida tem sempre alguma turbulência e a ausência de sintomas não é necessariamente saúde, portanto o propósito não era fazer desaparecer o sofrimento.

As minhas questões foram sendo elaboradas num contexto grupal. Semanalmente, realizámos uma reunião com todos os participantes da linha telefónica e partilhámos as nossas experiências, aflições e incertezas. Foram momentos decisivos para me sentir mais apoiado e tranquilo nas minhas intervenções. As reuniões semanais constituíram-se assim como um continente com uma função de *holding*, estimulando uma elaboração das experiências emocionais vividas. Por exemplo, questionou-se sobre o que é ser psicanalista num atendimento sem continuidade, algo invulgar na prática clínica psicanalítica. Alguns colegas referiram a importância de alertar as pessoas atendidas para as suas dificuldades de vinculação e ajudá-las a pensar nos seus comportamentos. O grupo vivenciou dificuldades contratransferenciais, nomeadamente no atendimento a pessoas que ligavam várias vezes por dia, usando a linha de uma forma desconsiderada, ligando indiscriminadamente. Revelavam um discurso repleto de elementos beta, expressando uma enorme avidez e carência, sendo difícil organizar uma escuta empática. O tempo que se estava com cada pessoa foi também um tema tenso, pois não havia objetivamente uma duração limite.

Ao longo de 5 meses — de março a julho de 2020 —, o grupo de psicanalistas identificou um padrão de chamada telefónica. Inicialmente, a pessoa que atendíamos expressava uma enorme angústia com a situação pandémica, referindo conteúdos ligados à morte, perda e luto. Depois, surgia alguma estabilidade, com temáticas mais ligadas à solidão e um mal-estar difuso. Manifestavam um sofrimento indizível,

ficando nos psicanalistas a tradução em palavras desse sofrimento. Por fim, eram abordadas questões mais fóbicas e ansiosas, como o temor pelo futuro incerto.

Ao atender as chamadas, senti que não existiam objetivos *a priori*. Procurei vivenciar uma escuta que privilegiasse a intersubjetividade do encontro de dois sujeitos. Criar com o outro as melhores condições possíveis para representar o seu sofrimento e para estimular um interesse pelo seu mundo interior. Talvez uma tentativa de me aproximar das *Consultas Terapêuticas* de Winnicott, que, segundo Lescovar (2004), “procuram favorecer um tempo, um espaço e uma relação humana especial dos quais possa emergir, pelo contato analítico, a problemática mais significativa do paciente, por um fenômeno marcado pela surpresa (tanto para o paciente quanto para o analista)” (p. 59). Evidentemente que esta escuta do outro é profundamente influenciada pela pessoa que o(a) terapeuta é. Winnicott defendia que se envolvia em cada caso “como pessoa” e que “isso quer dizer que o analista trabalha a partir de seu próprio self, contando com a sua sensibilidade e a sua criatividade” (Winnicott, 1971, citado por Sipahi, 2006, p. 104). E cada analista viveu à sua maneira os primeiros meses da pandemia, uma situação com um potencial traumático. Nas palavras de Luís Martin Cabré (2020), “uma violação psíquica, uma situação que irrompe violentamente, de forma inesperada, que não se representa, mas se presentifica bruscamente provocando uma reação de surpresa, de choque, uma reação paranoide ou o desmentido”.

Não será esta dificuldade em simbolizar uma característica dos tempos atuais?

A Linha Vira(l) Solidariedade procurou criar espaços de intimidade que ajudassem as pessoas em sofrimento a conter as suas angústias e a valorizar o seu mundo interior. Constituiu-se como uma intervenção psicanalítica num contexto social de crise e de sobrevivência, mostrando que é possível a Psicanálise intervir na vida quotidiana e não ficar identificada a uma prática elitista.

Senti que este era um projeto de um grupo e não de várias individualidades. Um grupo de psicanalistas que saía do *setting* habitual dos seus consultórios. Senti no grupo um orgulho e privilégio por participar numa experiência de grande riqueza humana, pautada por um compromisso ético inerente à clínica psicanalítica.

O PSICANALISTA NA COMUNIDADE — A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS A PACIENTES PSICÓTICOS

Outra experiência que vivi fora do consultório foi numa instituição que acompanha pacientes psicóticos num contexto comunitário, através de diversas atividades socioterapêuticas, artísticas e culturais — teatro, música, artes plásticas, poesia, horticultura, grupo terapêutico, entre outras. A dimensão clínica — transferência e a contratransferência — estava subjacente a qualquer atividade desenvolvida, no sentido de promover transformações quer nos pacientes quer nos técnicos.

No início do meu trabalho, senti algumas dúvidas e ansiedades acerca da minha capacidade para ajudar pessoas com problemáticas psicóticas. Como refere Marcus Silva (2007):

“A clínica das psicoses é uma clínica tensa. Tensa para dentro, fazendo importantes exigências subjetivas para que seu agente possa estar bem situado diante de um sujeito que se movimenta em precária estabilidade possibilitada pelo seu arranjo psíquico. Tensa para fora, exigindo que seu agente disponha de habilidades de mediador, intermediário entre as necessidades sinalizadas pelo sujeito e as exigências da cultura” (p. 10).

Procurei conhecer os pacientes de forma gradual, descobrindo a subjetividade de cada um, oferecendo-me como ser humano, e desta forma deixando-me conhecer. Permitir que os pacientes me conhecessem deu-lhes confiança para abrirem os seus mundos. Esta atitude interna implica um respeito pelos pacientes. Antonino Ferro (2003) defendia que devia haver respeito para poder ir ao mundo do paciente. Procurar ver as coisas do ponto de vista do paciente e só depois gerar transformações.

Senti que certos pacientes psicóticos ficavam retraídos e algo desconfiados na relação criada. Era essencial exprimir uma atitude autêntica e contentora e não me preocupar demasiado com a minha neutralidade. Amaral Dias (1989) defendia que

“O que importa é a vivência entre dois seres humanos de uma experiência emocional. [...] Muitas das coisas que o psicótico projeta na relação terapêutica são elementos que ele não tolera, nem compreende. A função terapêutica é neste contexto uma função

transformadora, exatamente como a mãe transforma os comportamentos do bebê em qualquer coisa que ele possa entender e assimilar. São assim essenciais uma atitude de flexibilidade, holding, paciência e uma necessidade de limitar a regressão” (p. 77).

Procurei assim estar disponível para me revelar como pessoa, com a minha personalidade e a minha autenticidade, mostrando respeito pelos pacientes e curiosidade em conhecê-los. Um paciente com esquizofrenia precisa, em particular, de um terapeuta que seja acima de tudo um ser humano. É esta relação próxima, afetiva e de disponibilidade, com espaço para dúvidas e incertezas, e necessária à construção de uma confiança básica, que promove o crescimento psíquico dos pacientes e técnicos e fomenta entusiasmo e esperança para o futuro.

Desta forma, julgo que a minha identidade analítica, a minha autoanálise, bem como a identificação com certas teorias e conceitos psicanalíticos estiveram sempre presentes na minha prática comunitária.

Estar com pacientes psicóticos fez-me pensar na forma como encaro a loucura. Em criança, vivi perto do Hospital Júlio de Matos e sentia-me algo perturbado ao ver os doentes a deambular pelas ruas. Recordo igualmente os meus tempos de estudante em que assistia a entrevistas clínicas a pacientes psicóticos, e durante as quais sentia angústias e medo perante o caos e a bizzarria expressos. Ora, para Carlos Amaral Dias (1989), “A ideia orientadora do processo comunitário é diminuir a distância fóbica face à loucura. [...] E falar da loucura nem sempre foi fácil e neste aspeto a Psicanálise teve o grande mérito de aceitar o louco tal como ele é e de transformar o medo que a loucura suscita em curiosidade e interesse científico” (p. 78). Acrescentaria até que a Psicanálise nos faz ver que sujeitos neuróticos também experimentam vivências psicóticas, ou seja, todos nós temos uma parte não psicótica e uma parte psicótica da personalidade (Bion, 1957).

Lembro com particular afeto o meu primeiro dia na comunidade, com dois pacientes com esquizofrenia, em que um deles me perguntou: “Doutor, acha que vamos conseguir?” Ou noutra ocasião, em que depois de vermos o filme *Luzes na Cidade*, de Charlie Chaplin, um paciente saiu a correr com os olhos inundados de lágrimas. Ou ainda outro que, após o suicídio de um amigo, lamentava comovido o facto de não ter feito tudo para impedir aquela morte. Foram experiências

como estas que me fizeram acreditar que qualquer sujeito psicótico tem igualmente um lado mais saudável. Bion propunha que podia dividir-se o paciente psicótico como existindo um psicótico “doente” e um “saudável” (1957). Cabe-nos promover o diálogo possível entre estas duas facetas, diminuindo as clivagens.

Foi importante para mim aceitar que em determinados momentos os pacientes estão numa situação de grande sofrimento, com angústias e ansiedade dolorosas. Aceitar que, naquele instante, o paciente apenas é capaz de funcionar da forma que demonstra. Reconhecer que por mais estranha que nos pareça, é a vida possível para aquele paciente.

O nosso olhar perante um sujeito psicótico é de grande importância. É crucial termos um olhar direto, não intrusivo, disponível e recetivo. Sem receios. Um olhar que exprima algo benigno. Como se dissesse “Estou disponível e curioso para viajar consigo” e procurasse uma função de *holding* e hospitalidade. Aceitá-lo tal como é, criando um ambiente benevolente, que estimule a criação de relações transformadoras. Como diz Sérgio Franco (2003): “Acolher para transformar a realidade” (p. 41).

O respeito que procurava sentir pelos pacientes manifestava-se também na forma como geria a distância perante eles. Com alguns, era mais caloroso e próximo, com outros mais contido e distante, com uma preocupação em não ser invasivo. Muitos pacientes psicóticos são extremamente sensíveis à proximidade nas relações, fruto de distúrbios da função materna, a qual não funcionou como um “escudo protetor”, não possibilitando a criação de uma pele psíquica suficientemente boa. Proximidade é sentida como invasão. Procurava assim olhar para esta incapacidade, de estar mais próximo do outro, como uma distância de segurança e de sobrevivência. Recordo uma paciente que me cumprimentava sentada e cabisbaixa, com um quase imperceptível bom-dia. Depois, passou a olhar-me nos olhos e a dar um bom-dia num tom mais alto. Para finalmente se levantar, me dar um aperto de mão e me sorrir olhos nos olhos.

Freud (1911/2006) defendia que: “A formação delirante que tomamos como o produto patológico é, na realidade, uma tentativa de recuperação, um processo de reconstrução” (p. 78), perspectiva que me ajudou na escuta de ideias delirantes. Algumas ideias do psicanalista Jorge Badaracco foram importantes para poder sentir empatia por

certos pacientes. Quando referia, por exemplo, que muitas ideias delirantes são vitais para a sobrevivência psíquica do sujeito, ou seja, “o eu psicótico tenta construir um mundo próprio para poder sobreviver” (Badaracco, 1986, p. 135). O mundo delirante funciona frequentemente como um refúgio contra ansiedades catastróficas de aniquilamento e fragmentação. Desta forma, será muito importante a forma como escutamos os delírios dos pacientes, pois “há aspetos saudáveis incluídos nos sintomas psicóticos que têm de se reconhecer para que exista uma verdadeira reparação” (Badaracco, 1986, p. 136). Precisamos de mostrar respeito, autenticidade e disponibilidade para podermos “entrar” no refúgio delirante do psicótico.

Recordo um jovem psicótico que estava muito confuso e ansioso e me pediu ajuda para o aconselhar a dar um rumo à sua vida. Após uma conversa demorada de duas horas, rejeitou e criticou todas as sugestões e disse que o que verdadeiramente queria fazer era ir para a Legião Estrangeira. Nestes casos, o terapeuta deve reconhecer a autenticidade das reclamações, antes de o sujeito poder reconhecer a irracionalidade do seu protesto. Talvez este jovem estivesse a mostrar que gostaria de se sentir mais forte para enfrentar as “batalhas” da vida. O respeito pelos pacientes é determinante, até porque o “fracasso destes projetos delirantes e de certos mecanismos de defesa conduz geralmente a depressões melancólicas e psicóticas profundas que levam as pessoas a tentarem o suicídio” (Badaracco, 1986, p. 136).

Tendo desenvolvido diversas atividades em grupo, procurei criar contextos favoráveis à intersubjetividade, à possibilidade de os sujeitos criarem histórias sobre si próprios e não basearem as suas vidas em reações; a desenvolverem capacidades de aceitação e não de condenação/negação. Para Neville Symington (2002), o contacto com o real requer um ato psíquico de aceitação, enquanto a loucura resulta de um ato de condenação. E a aceitação permite funcionar numa posição depressiva, elaborando lutos e aprendendo com a experiência. Relembro um grupo terapêutico em que se falou da morte dos pais. De como esta realidade causou uma sensação de profundo desamparo e solidão. Uma paciente disse: “Já pensei em matar-me para não viver a morte dos meus pais, mas isso seria um grande egoísmo da minha parte... seria provocar nos meus pais um sofrimento imenso... perderem uma filha, que deve ser das dores maiores da vida...” Foi possível

a esta paciente aceitar a inevitabilidade da morte, não se sentindo perseguida por essa perda.

Sentia que muitos pacientes estavam “anestesiados” para a vida, protegidos ora por defesas autistas, ora por delírios megalómanos. As intervenções procuravam estimulá-los a deixarem os seus refúgios psicóticos e a estarem mais envolvidos emocionalmente com a vida, o que representava um risco, pois ficavam mais expostos a ansiedades depressivas. Recordo uma mulher muito introvertida que dizia insistentemente ter 23 anos, quando a sua idade real era de 40. Essa paciente ficou fechada em casa durante longos anos e era demasiado doloroso encarar o tempo perdido. Algo em si parecia ter ficado suspenso. Gradualmente, foi ficando mais comunicativa e começou a dizer a sua idade real.

Winnicott (1967/1975) defendia que: “Ausência de doença pode ser saúde, mas não é vida” (p. 159), ou de outra forma: “Somos realmente pobres se somos apenas sãos” (Winnicott, 1945/2000, p. 220). Mais importante do que a dicotomia saúde *versus* doença é o sujeito sentir-se vivo ou não. Para Winnicott, o processo de alcançar a vida pode falhar, ou seja, estar vivo e tornar-se real pode nunca ocorrer. Pode permanecer imaturo. Esta é a questão dos psicóticos e é por isso que Winnicott (1990) afirmava que as suas dificuldades e problemas “não fazem parte da vida, mas sim da luta para alcançar a vida” (p. 100). Mas alcançar a vida significa fazer frente a sentimentos depressivos. Creio que é importante ter em mente que a tarefa de viver é difícil por si mesma. Como diz Sérgio Franco (2003) “somos seres da dor e do sofrimento psíquico” (p. 37). Recordo ainda um primeiro encontro com uma paciente psicótica, que me disse: “Sabe, doutor, tudo isto é muito difícil... eu queria ter um trabalho e não tenho... pensei em ter a minha própria casa e não tenho... e também queria muito ter um marido e uma família e não tenho... portanto, sinto uma grande amargura...” Esta paciente estava num contacto intenso e sofrido com sentimentos dolorosos de perda e desilusão.

Nas atividades culturais, como o teatro, artes plásticas, poesia, música, ou em dinâmicas de grupo, procurava estimular a criatividade dos pacientes e a sua capacidade simbólica. Criávamos personagens, obras de arte, melodias e ideias. Já Freud ligava o ato criativo que transforma o mundo à saúde psíquica. Winnicott (1967/1975)

defendia que “a ação criativa é a que nasce da própria noção de existir. Portanto, aquele que pratica o fazer criativo existe: crio logo existo, logo sou, logo estou vivo e desfruto da existência como algo benigno. A criatividade é uma vitória contra a vida sem valor” (p. 95). A participação e envolvimento em atividades culturais pode apoiar o sujeito a criar algo que expresse o seu mundo interno.

Esta criação tem que ver, segundo Sérgio Franco (2003), “com a noção da presença (ou falta) daquilo que mais nos caracteriza como humanos: a impregnação da realidade com o nosso toque pessoal” (p. 42). As capacidades de representação promovem uma proteção crucial, pois estruturam e organizam a vida psíquica. Ogden (2010) fala da capacidade de ser capaz de sonhar a nossa experiência emocional vivida.

Bion (1957) considerava, no entanto, que os pacientes com um funcionamento psicótico predominante não apresentam uma capacidade do pensamento verbal que lhes permita simbolizar as suas emoções e verbalizar os seus sentimentos. Assim, é importante “oferecer” aos pacientes psicóticos diversas linguagens para exprimirem as suas experiências emocionais.

Susan Langer defende que “embora a linguagem discursiva seja a mais apropriada para formular alguns pensamentos lógicos complexos, é inadequada para expressar a subjetividade humana e a complexidade das emoções humanas. É a linguagem apresentacional, poética, metafórica, rica em imagens linguísticas, que consegue, muitas vezes, transmitir a riqueza das paixões e fantasias humanas mais inesperadas” (Langer, 1942, citado por Levy, 2019, p. 669). A linguagem verbal tem limitações e são necessárias outras linguagens para aceder ao que há de mais profundo no ser humano. É interessante assinalar que esta constatação deveria ter, segundo Ruggero Levy (2019), um impacto na formação de psicanalistas. Este psicanalista defende que “muitos de nós acreditamos que os candidatos a psicanalistas deveriam ter uma menor carga teórica e mais contacto com as belas-artes, com a literatura e com o teatro. Esta seria uma forma de expandir o vocabulário estético dos futuros analistas, para que estes possam representar um leque mais vasto da experiência humana” (p. 669).

Gostaria ainda de falar da minha experiência em museus. Durante muitos anos, participei em visitas guiadas a museus com os pacientes

da instituição. Desde as primeiras visitas, senti que estar num museu podia constituir uma experiência terapêutica para todos. As visitas eram dinamizadas pelo técnico do museu, que propunha ao grupo a contemplação de obras de arte e a criação de um diálogo espontâneo e em associação livre. Como se dissesse “agora vamos estar aqui todos juntos a contemplar obras de arte e vamos ver o que acontece”. Frente à obra de arte, uns falavam abertamente do que sentiam, outros inventavam histórias e havia quem ficasse num silêncio sereno. Indagar a obra artística levava cada sujeito a investigar o seu mundo interior, a procurar palavras que exprimissem o seu sentir e frequentemente a descobrir facetas suas ainda desconhecidas. Gradualmente, o grupo ia coconstruindo uma narrativa como um sonho coletivo, que refletia o impacto da obra de arte em todos os elementos do grupo. A exploração conjunta de uma obra de arte fez-me sentir a unidade do grupo, sem, contudo, apagar a individualidade de cada sujeito. A liberdade de expressão convocava a partilha de distintas interpretações e cada sujeito revelava o que a arte suscitava no seu íntimo. Como diz Orestes Neto (2004): “Quando entramos em contato com obras de arte, o que captamos é uma transformação que fazemos dela, ela é em parte uma criação nossa” (p. 128). Por vezes, surgiam discursos antagônicos e opostos, que procuravam integrar-se na história criada pelo grupo. Sentia que esta compatibilidade entre visões opostas podia ter um efeito transformador nos sujeitos, já que estimulava uma experiência intersubjetiva e a capacidade de representação simbólica — vivências que requerem uma maturidade, tal como já dissemos, muitas vezes ausente em situações de psicose. Certas obras de arte tinham o efeito de suscitar pensamentos e fantasias em catadupa, criando no grupo uma espiral de associações livres, que nos fazia sentir que aquela obra de arte já não era um objeto externo, passando a fazer parte integrante de todos. Podíamos usá-la de todas as formas que queríamos, mas no fim percebíamos que também era a obra de arte que nos usava, estimulando em nós tantos pensamentos e emoções que desconhecíamos. Senti os museus como espaços de sonho e de cuidado.

Finalizando, recordo Amaral Dias (1983), quando defendia que “a instituição tem de ter a possibilidade do direito à palavra e do sentir dos técnicos, isto é, cumpra o paradoxo terapêutico, sendo terapêutico para quem trata” (p. 81).

CONSULTAS NO CAZAQUISTÃO

A terceira experiência clínica que tive fora do *setting* psicanalítico habitual ocorreu no Cazaquistão, um país longínquo na Ásia Central, onde estive várias vezes a dar formação em cursos de psicoterapia psicanalítica, organizados por uma associação local dedicada à Psicanálise. Os cursos eram frequentados por naturais do Cazaquistão, maioritariamente mulheres. Diversas alunas me pediram uma consulta individual. Falei em inglês e sempre na companhia de uma tradutora. A própria situação da consulta — terapeuta, paciente e tradutora — me criou algum desconforto e hesitação. Era uma situação desconhecida e estranha. Deveria recusar estes encontros? Arrisquei, acreditando que podiam ser experiências transformadoras e úteis para as pacientes e para mim próprio. Senti-me na obrigação de dizer algo valioso. Imaginei que aquelas mulheres me idealizavam e me viam como um homem estrangeiro com capacidades para indicar soluções para os seus conflitos. Recebi a primeira paciente com curiosidade e alguma ansiedade, uma mulher de 40 anos que começou a falar olhando a tradutora. Observando esta interação e escutando a música da língua russa, procurei captar algumas emoções na expressão da paciente. Após ouvir a primeira tradução, receei cair numa conversa demasiado intelectual. Mas pouco depois, a paciente emocionou-se profundamente ao falar da sua experiência de ter sido raptada e obrigada a casar com o raptor. O seu sofrimento tocou-me de forma intensa. Este momento serenou-me, pois pude finalmente sentir-me ligado àquela mulher e pensar através das minhas emoções. Em alguns instantes, senti-me bastante perturbado, tal era a intensidade da dor expressada. Este padrão repetiu-se em diversas conversas que tive. De início, não sentia nada. Ouvia uma língua que não percebia. Depois, quando as mulheres choravam, eu próprio me sentia tocado antes de ter acesso ao conteúdo verbal. O primeiro impacto era pré-verbal. Quando escutava a tradução, já me sentia emocionalmente ligado às pacientes. O que lhes dizia parecia vir diretamente do meu inconsciente. Como se não fosse eu a dizer aquelas palavras. Através da minha contratransferência, senti que criava novas línguas, que permitiam uma aproximação entre mim e as pacientes. Fernando Urribarri pensa “o analista contemporâneo como um ‘analista poliglota’: aquele que é capaz de entender e articular diferentes idiomas psíquicos, de ‘escutar’ diferentes línguas comunicadas pelo paciente e de falar uma série

de ‘línguas’ — dialetos múltiplos do inconsciente. O analista poliglota possuiria uma posição múltipla e variada, que não deve ser pré-definida ou fixada, e as funções que passam a lhe ser exigidas vão variar de acordo com a singularidade polifônica do campo analítico. As modulações técnicas que vão surgindo fazem com que os analistas precisem repensar o enquadre clássico, assim como possíveis extensões do método psicanalítico e de novos tipos de dispositivos oferecidos aos analisandos” (Urribarri, 1991, citado em Cidade & Zorning, 2019, p. 2).

A maior parte das mulheres com quem falei foram raptadas na sua juventude. Todas se divorciaram dos seus maridos 10 a 15 anos depois, quando os seus filhos já eram adolescentes. Igualmente, a maior parte não manifestou zanga e raiva para com os maridos raptadores, com exceção de uma que me disse “não suporto o seu cheiro”. A maior parte delas expressou dificuldades significativas nas relações emocionais com os homens. O facto de sabermos que só tínhamos aquele tempo — 50 minutos — tornava a experiência mais intensa, por vezes brutal e crua. Senti que, pela primeira vez, falavam da experiência de terem sido raptadas, mesmo não sabendo se isso era verdade. Senti que estava com mulheres sobreviventes.

Pensei nas diferenças culturais e de que forma influenciavam a minha escuta. Sem dar por isso, rapidamente esqueci esta questão, pois a língua do desespero impôs-se e induziu em mim uma atitude empática. Penso que a maior parte das mulheres sentiu que eu condenava os raptos e reconhecia as suas dores. Aquelas mulheres pareciam desejar que eu testemunhasse o seu sofrimento, um estrangeiro que lhes desse razão e pudesse ajudá-las a elaborar ansiedades de culpabilidade, entre outras. Revelaram uma grande coragem em expor a sua intimidade perante um homem desconhecido.

Várias mulheres disseram que após o rapto manifestaram o desejo de se separarem do raptor e voltar para casa dos pais, mas esse desejo foi-lhes negado pela família, alegando que isso seria uma vergonha. De alguma forma, sentiram-se incompreendidas e desprotegidas, como se nada grave se tivesse passado, o que pode ter potenciado o efeito traumático do acontecimento. Ferenczi (1931/1993) defendia que o que tornava o traumatismo realmente patogénico era a negação da realidade dos factos, ou seja, a afirmação por parte do objeto de confiança de que nada ocorreu.

As consultas foram momentos “destraumatizantes”, permitindo uma maior integração psíquica de aspetos dissociados e/ou não vividos. Segundo Boraks (2008), a relação analítica “dá voz a áreas silenciadas e silenciosas do self que aguardam a presença humana do analista para terem a oportunidade de existir e serem agregadas como experiência emocional” (p. 122)

Pensei ainda de que forma a minha condição de estrangeiro influenciou a minha escuta. Será que o ser estrangeiro facilitou a minha capacidade de *rêverie*, deixando a minha mente mais livre e disponível, sem qualquer memória e desejo?

Horenstein, M. (2023) defende que “o verdadeiro lugar do psicanalista é a qualidade de ser estrangeiro, tornar-se estrangeiro, aprender a lidar com a própria língua como se fosse uma língua estrangeira” (p. 79). E assim revejo-me nas palavras do filósofo Emmanuel Lévinas (1980), quando dizia que lhe agradava ser um estrangeiro crónico na busca de hospitalidade. Na verdade, sentir-se estrangeiro pode ter de ser um ponto de partida para uma experiência de familiarização e de subjetivização, de intimidade.

Julgo que é um desafio aliciante para a psicanálise refletir nestas relações afetivas em contextos socioculturais tão distintos da nossa civilização ocidental. Mas aqui ou no Cazaquistão, a impossibilidade de amar é sempre um drama humano.

Evoco com especial afeto uma consulta que ainda hoje permanece muito viva dentro de mim. Amélia, uma mulher de 35 anos do Uzbequistão, engenheira, com um olhar sério e profundo, pediu para falar comigo. No momento em que nos encontrámos, senti-me invadido por uma forte sensação de calor, que me atingiu o rosto. Que estranho, pensei. Fiquei inquieto, pressenti uma experiência angustiante. Amélia começou por me dizer que o seu marido morrerá há cinco anos e que ela nunca se emocionara com esta perda. Tinha conhecido diversos homens que demonstravam interesse por si, mas não sentia nada, e assim tinha permanecido solteira. Contou-me que tinha um bom casamento, o seu marido era um bom homem, mas há seis anos tinha-lhe exigido que usasse um véu que lhe tapasse o rosto. Frente à sua recusa, o marido decidira ter mais quatro mulheres, usando todas o véu. Tolerou essas mulheres, mas ficou triste. Amélia acrescentou que nessa altura os negócios do marido estavam a fracassar e ele estava

a ficar muito deprimido. Algum tempo depois, o marido disse-lhe que tinha de ir ajudar os seus irmãos muçulmanos e decidiu ir combater numa guerra. Procurou demovê-lo, mas não conseguiu. Amélia ficou profundamente perturbada com esta separação. Volvidos dois meses, recebeu a notícia da morte do seu marido. O corpo ficara reduzido a um pedaço carbonizado e nunca foi devolvido. Não houve funeral, pois tanto a polícia como a família do marido a ameaçaram, caso ela divulgasse a morte. Amélia nunca disse aos seus familiares e amigos o que acontecera. Ao relatar este episódio, e apesar de apresentar um olhar duro, reparei que Amélia procurava conter algumas lágrimas, o que me comoveu. Ao longo destes cinco anos, ora sentia uma grande zanga e raiva para com o seu marido, ora sentia que ele era um herói corajoso. Sentia-se também culpada pela sua morte, por o ter deixado partir. Escreveu-lhe várias cartas, acabando por as queimar na lareira. Acrescentou que nunca falou do que aconteceu com ninguém e que não conseguia chorar. Disse-lhe que parecia muito difícil viver o luto do seu marido, tanto pela ambivalência dos seus sentimentos, como pela impossibilidade de partilhar a sua dor. Disse-lhe também que me parecia que ela sentia muitas emoções e acreditava que ela aguentaria viver o sofrimento implícito nessa perda, pois na contratransferência senti uma mulher que precisava de ser abraçada, mais do que um bebé necessitado de colo. Terminámos a nossa conversa num ambiente mais sereno. Amélia disse que compreendia o que eu lhe estava a dizer, mas que não conseguia emocionar-se. “Sinto-me muito fria, mas agora compreendo que devo falar do que ocorreu...” Aconselhei-a a pedir ajuda. Ao longo da sessão, senti uma enorme tristeza. Senti-me também perseguido pela imagem do corpo do marido, como um pedaço de madeira carbonizado. E as cartas queimadas. E o estranho calor que me invadiu no início. No dia seguinte, Amélia procurou-me e agradeceu a minha ajuda. Contou-me que acordou de manhã com a almofada toda molhada e pensou que tinha entornado água. As colegas do quarto disseram-lhe que tinha chorado e gemido toda a noite.

Senti estas consultas como momentos emocionalmente transformadores, tanto para mim como para as pacientes. Fizeram-se pensar se seria possível que uma única sessão psicanalítica tivesse tão forte impacto terapêutico. Pensei na experiência de Freud, quando no início e no final da sua carreira encontrou duas jovens mulheres

— Katharina e Margarethe — e teve com cada uma delas uma única sessão de terapia.

Na consulta com Katharina, em 1893, a jovem queixou-se de ataques de pânico. Freud ligou os seus sintomas físicos a investidas sexuais do pai da jovem sobre esta, memórias reprimidas que se tornaram conscientes durante a sessão. Freud disse ter aprendido muito sobre sexualidade com esta consulta, e mesmo que tenha rejeitado posteriormente a sua “teoria da sedução”, não desvalorizou a presença de abusos sexuais reais (Ross, 2016).

A consulta com Margarethe, de 18 anos, ocorreu em 1936. A jovem foi levada pelo seu pai ao consultório de Freud, que pediu ao pai que se retirasse, permitindo que Margarethe falasse sozinha. Esta autoridade sobre o seu pai surpreendeu Margarethe e libertou-a para encontrar a sua voz, incentivada por Freud. Margarethe contou uma história comovente sobre uma infância de perdas (Ross, 2016).

Ross (2016) refere que “o único encontro de Margarethe com Freud ofereceu pouco tempo para a análise de sonhos, contudo, a linguagem utilizada entre os dois foi rica em simbolismos e houve uma qualidade onírica nesse encontro. [...] Freud demonstrou que consultas breves, mesmo de uma única sessão, que envolvem a escuta do consciente e do inconsciente (especialmente deste último), podem ser muito eficazes, como exemplificado nos dois encontros de sessão única que teve com duas jovens mulheres. Ao serem levadas a sério, Freud alcançou a parte traumatizada das jovens, afirmando assim o seu ser, física, sexual, emocional e espiritualmente. Além disso, em ambos os exemplos, o reconhecimento da sua sexualidade como essencial para a sua saúde mental constitui a base da sua libertação de traumas e privações anteriores e da capacidade de abraçar a sua plena experiência humana” (p. 7).

Estas três experiências fora do *setting* do consultório fizeram-me pensar na vastidão de contextos onde a Psicanálise pode intervir e reforçaram a minha concordância com Leopoldo Nosek (citado por Guirado, 2013) quando fala da “saída da psicanálise” para lá dos muros em que é conhecida, lá onde o psicanalista é o técnico-rei: o consultório; defendendo que a Psicanálise precisa de se reinventar e que “precisamos saber da cultura local e não, quixotescamente, ‘expandir a psicanálise’” (p. 281).

ABSTRACT: *Psychoanalytic practice usually takes place in a consulting room setting, using the couch. In addition to being a treatment, psychoanalysis constitutes a theory about the psychic dimension of the human being and a method of investigation. It is therefore natural to witness a growing number of psychoanalytic interventions in various contexts, beyond the consulting room and the couch. These interventions are crucial to the training and identity of the psychoanalyst. In this article, I propose a reflection on three psychoanalytic experiences outside the consulting room:*

- 1. The Viral Solidarity Line, a free telephone helpline created by the Portuguese Psychoanalytic Society during the pandemic, open to the general population with the aim of containing anguish and psychic suffering.*
- 2. The Psychoanalyst in the Community, a community experience supporting psychotic patients, which highlights the importance of understanding psychotic functioning and countertransference.*
- 3. Consultations in Kazakhstan with women who were kidnapped during adolescence.*

KEYWORDS: *psychoanalysis, consulting room, community.*

REFERÊNCIAS

- Amêndola, B. (2017, 12 de maio). *Bernadete Amêndola fala sobre psicanálise e comunidade*. Blog da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto. <https://sbprp.com/2017/05/12/bernadete-amendola-fala-sobre-psicanalise-e-comunidade/>
- Aulagnier, P. (1980). O direito ao segredo: Condição para poder pensar. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 14(2), 235-256.
- Badaracco, J. G. (1986). Identification and its vicissitudes in the psychoses: The importance of the concept of the “Maddening object”. *International Journal of Psychoanalysis*, 67, 133-147.
- Bion, W. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 266-275.
- Boraks, R. (2008). A capacidade de estar vivo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 112-123.
- Broide, J. (2019). A clínica psicanalítica na cidade. In E. Broide & I. Katz (Orgs.), *A psicanálise nos espaços públicos* (pp. 48-65). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Cabré, L. M. (2020, 3 de abril). *COVID 19: Procesamiento de la situación traumática y el aislamiento social* [Canal YouTube]. International Psychoanalytical Association. <https://www.youtube.com/watch?v=iV0p7avJCBk>

- Castelazo, C. (2020, 11 de junho). *Psicanalistas na comunidade* [Apresentação de trabalho]. VI Mesa de Diálogo, Grupo de Estudos da FEPAL. Montevideu, Uruguai. <https://www.youtube.com/watch?v=OFLZGre3pDE>
- Castro, C. (2021). Extravasámos os limites do planeta como sistema vivo e interconectado: Pensar a Psicanálise e a ação climática através de Donna M. Orange. *Revista PsiRelacional*, 1(1), 203-215.
- Cidade, N., & Zorning, S. (2019). Polifonia em análise: Os processos de simbolização primária. *Psicologia USP*, 30, e180178. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180178>
- Dias, C. A. (1983). *Espaço e relação terapêutica*. Coimbra Editora.
- Dias, C. A. & Monteiro, J. S. (1989). *Eu já posso imaginar que faço*. Assírio & Alvim.
- Ferenczi, S. (1993). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. Em S. Ferenczi, *Psicanálise IV* (pp. 97-106). Martins Fontes. (Obra original publicada em 1931)
- Ferreiros, L. (2020, 11 de junho). *Psicanalistas na comunidade* [Apresentação de trabalho]. VI Mesa de Diálogo, Grupo de Estudos da FEPAL. Montevideu, Uruguai. <https://www.youtube.com/watch?v=OFLZGre3pDE>
- Ferro, A. (2003). Entrevista. In J. Calich & G. Berlim (Orgs.), *Sobre psicanálise e psicanalistas: 1.º livro de entrevistas da Revista de Psicanálise da SPPA* (pp. 39-55). Casa do Psicólogo.
- Franco, S. G. (2003). Psicopatologia e o viver criativo. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 6(2), 36-50. <https://doi.org/10.1590/1415-47142003002003>
- Freud, S. (1996). Linhas de progresso na terapia analítica (M. A. Rego, Trad.). In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 169-181). Imago. (Obra original publicada em 1919)
- Freud, S. (2006). Notas psicanalíticas de um relato autobiográfico de um caso de paranoia (M. A. Rego, Trad.). In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XII, pp. 15-108). Imago. (Obra original publicada em 1911).
- Freud, S. (2010). Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos (1920-1923) (P. C. de Souza, Trad.). In P. C. de Souza (Org.), *Obras completas* (Vol. 15, pp. 13-112). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1921)
- Frosh, S. (2016). Towards a psychosocial psychoanalysis. *American Imago*, 73(4), 469-482.

- Guirado, M. (2013). O psicanalista na comunidade. *Jornal de Psicanálise*, 46(85), 277-281.
- Horenstein, M. (2023). A psicanálise nos interstícios da contemporaneidade. Entrevista conduzida por Sílvia Acosta. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 43(1), 75-85. <https://doi.org/10.51356/rpp.431a8>
- Katz, I., Dunker, C., Broide, E. (2019). Prefácio. In E. Broide & I. Katz (Orgs.), *Psicanálise nos espaços públicos* (pp. 4-6). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Katz, I. (2012). A clínica do cuidado. In E. Broide & I. Katz (Orgs.), *A psicanálise nos espaços públicos* (pp. 22-37). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Lescovar, G. Z. (2004). As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21(2), 43-61. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2004000200004>
- Lévinas, E. (1980). *Totalidade e infinito: Ensaio sobre a exterioridade*. Edições 70.
- Levy, R. (2019). The polyphony of contemporary psychoanalysis: The multiple languages of man. *The International Journal of Psychoanalysis*, 100(4), 656-673. <https://doi.org/10.1080/00207578.2019.1636251>
- Mansione, I. (2020, 11 de junho). *Psicanalistas na comunidade* [Apresentação oral]. VI Mesa de Diálogo, Grupo de Estudos da FEPAL.
- Neto, O. (2004). Interpretação: Revelação ou criação. In M. O. França (Org.), *Bion em São Paulo – Ressonâncias* (pp. 127-132). Casa do Psicólogo.
- Ogden, T. H. (2010). *Esta arte da psicanálise: Sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Artmed.
- Preta, L. (2024). Prefácio à edição italiana. In C. Schinaia, *Psicanálise e ecologia: O inconsciente e o ambiente* (pp. 17-22). Edgard Blücher.
- Ross, A. (2016). The power of a kiss. *Psychoanalytic Perspectives*, 13(3), 331-335. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2016.1228917>
- Silva, M. (2007). *A clínica psicossocial das psicoses*. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental (LEV).
- Silva, P. (2010). Ser psicanalista hoje: Entre o desamparo e a criatividade. *Cadernos de Psicanálise*, 32(23), 13-30.
- Sipahi, F. M. (2006). A interpretação na psicanálise winnicottiana [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório Institucional da PUC-SP. <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/15497/1/FabianoSipahi.pdf>

- Symington, N. (2002). *A pattern of madness*. Karnac Books.
- Urribarri, F., & Berliner, C. (2012). André Green: A clínica contemporânea e o enquadre interno do analista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 46(3), 213-225.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Imago. (Obra original publicada em 1967)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Imago.
- Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 218-232). Imago. (Obra original publicada em 1945)
- Zimerman, D. E. (2008). *Manual de técnica psicanalítica: Uma re-visão*. Artmed.