

ELISABETH ANTONELLI

O AMOR E O ÓDIO NA CONTRATRANSFERÊNCIA:
*CONSIDERAÇÕES SOBRE O LUGAR DO ANALISTA EM CASOS DE DIFÍCIL
ACESSO*

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

2006

ELISABETH ANTONELLI

O AMOR E O ÓDIO NA CONTRATRANSFERÊNCIA:

CONSIDERAÇÕES SOBRE O LUGAR DO ANALISTA EM CASOS DE DIFÍCIL ACESSO

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre, sob a orientação do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

2006

BANCA EXAMINADORA

RESUMO.

A natureza dos sentimentos experimentados pelo analista em relação ao seu analisando, a contratransferência, é um tema complexo.

Em casos difíceis e trabalhosos, como o que será objeto da presente dissertação, a contratransferência demonstra ser, além de um importante aliado, um significativo desafio. A dor suportada pelo paciente necessita da continência do analista para transformar-se em sofrimento e em palavra. Estar com a analisanda, objeto desta pesquisa, significou um permanente contato com a turbulência emocional. A transferência vivida em nível muito primitivo transforma-se em desafio para o analista. A atmosfera das sessões adquire o caráter angustiante pré-verbal.

A contratransferência, por meio de sua dimensão *pática*, ou seja, o sofrimento a que o analista se vê subordinado, imposto pela natureza dos sentimentos trazidos pelo paciente, ganha em intensidade de sentimentos ambivalentes.

Em virtude da necessidade de elaboração de tais sentimentos, uma espécie de repressão cuja finalidade é manter o *setting* analítico, colocá-los a serviço da análise pode contribuir para transformá-los em um importante instrumento de trabalho na situação analítica. A hipótese que pretendo desenvolver é a de que a contratransferência, em tais casos, pode constituir também um instrumento de diagnóstico diferencial.

Palavras chave: contratransferência, *setting* analítico, diagnóstico diferencial

ABSTRACT.

Countertransference, the nature of the feelings experienced by the analyst towards his or her analysand, is a complex theme.

In difficult and labor-intensive cases, such as is the object of this thesis, countertransference proves to be not just an important ally, but also a considerable challenge. The pain endured by the patient needs the analyst's continence in order to be transformed into suffering and into word. Being with the analysand who is the object of this study meant being in constant contact with emotional turbulence. The transference experienced on a very primitive level turns into a challenge for the analyst. The atmosphere of the sessions takes on an anguishing pre-verbal character.

Countertransference, through its *pathic* dimension, that is, the suffering to which the analyst is subjected, imposed by the nature of the feelings brought by the patient, is intensified by ambivalent feelings.

Due to the need to elaborate on such feelings, a certain kind of repression, whose aim is to maintain the analytical setting and put the feelings at the service of the analysis, may contribute to turning them into an important work tool in the analytical situation. The hypothesis I intend to develop is that countertransference, in such cases, may also constitute a differential diagnostic tool.

Key words: countertransference, analytical setting, differential diagnostic

Para Mario e Marco Antonio, meus amores.

AGRADECIMENTOS.

Aos meus pais , cada um à sua maneira, que me ajudaram até aqui.

Aos colegas do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, que estimularam minha produção por meio de seus comentários, críticas e sugestões.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, que, com sua amizade e seu estímulo, despertou o que havia de melhor em mim.

Aos meus eternos professores, Prof. Dr. Renato Mezan e Prof. Dr. Luís Claudio Figueiredo, para os quais sempre quis fazer as coisas bem-feitas.

Ao Prof. Dr. Fabio Hermmann, por sua luta contínua no sentido de uma interlocução da Psicanálise com a Universidade.

Aos colegas do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, pelos anos de convivência, sempre tão aguerridos.

Aos colegas de formação no Instituto Durval Marcondes da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, com quem tenho partilhado minhas inquietações nos últimos anos. Em especial, quero agradecer à Associação de Candidatos, que me ajudou a me apropriar desta trajetória, fazendo parte desta história.

A Myrna Pia Favilli, minha querida supervisora, dedico um pedaço do meu coração.

Ao meu analista, Julio Frochtengarten, agradeço a paciência, o carinho e a lealdade que teve para comigo em momentos de tantos prantos.

Aos grandes companheiros de estrada Tereza Cristina Ralston Bracher, Nelson Ernesto Coelho Júnior, Camila Salles Gonçalves, Anna Mehoudar, Eva Wongtschowski, Regina Célia Chú Cavalcanti, Paula Regina Perón, Alan Victor Meyer: o que seria de mim sem vocês?

A Regina Favre e André Gaiarsa, companheiros para o que der e vier.

Às minhas amigas, Ligia Valdez Gómez, Heloisa Marton e a turma da Psicologia PUC/81 pela presença constante nestes anos.

Às minhas colegas de consultório, pelo prazer de compartilhar o cotidiano.

Gostaria de prestar uma homenagem póstuma ao Prof. Máximo Stéphanó Lamberti, que teve um papel fundamental na minha graduação e um papel igualmente importante nesta dissertação.

À Eliana Spinelli Luciano, Maria Dulce Patané Spinelli e Dora Wild pela cuidadosa revisão e tradução.

Aos meus pacientes, que alargaram meu colo e minha compreensão do humano.

Aos meus alunos, um convite.

Agradeço também aos que tanto me apoiaram com muita paciência, atenção e disposição na realização deste trabalho e que não citei nominalmente.

A presente dissertação foi realizada graças à inestimável colaboração da CAPES, que investiu em uma pesquisadora não tão jovem.

Sumário

Introdução	10
I. A NOÇÃO DE CONTRATRANSFERÊNCIA	22
<i>I.1. As recomendações de Freud</i>	22
<i>I.2. Ferenczi: contribuições geniais e problemas insolúveis</i>	28
<i>I.3. A noção de contratransferência na escola inglesa</i>	31
<i>I.3.1. O caminho aberto por Paula Heimann e os destinos da contratransferência</i>	35
II. A CLÍNICA	45
<i>II.1. O caso Cecília</i>	48
<i>II.2. O caso Cecília: a história da análise</i>	56
<i>II.3. Tecendo a teia da transferência: Um luto</i>	75
III. DO INVISÍVEL LUGAR DE ANALISTA: O AMOR E O ÓDIO NA CONTRATRANSFERÊNCIA	80
<i>III.1. Des – tecendo a teia da contratransferência</i>	80
<i>III.2. O impacto da ansiedade persecutória na neutralidade analítica</i>	84
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
OBRAS CONSULTADAS	100

INTRODUÇÃO.

Na clínica psicanalítica, a atitude de neutralidade observada por Freud conta com um obstáculo importante. Como se trata de um relacionamento entre duas pessoas, não há como escapar ao impacto que a presença do outro causa.

Assim como Freud teve de postular o conceito de transferência para transformar em experiência sua vivência com Dora, e em especial o abandono dela ao tratamento (provavelmente motivado pelos sentimentos nela despertados pela figura de Freud), o analista deve transformar os sentimentos despertados nele próprio pelo impacto que a presença do paciente causa, sob a pena de perder a dimensão psicanalítica do encontro.

Bion (1987, p.247) tem uma expressão curiosa para esse fenômeno:

Quando duas personalidades se encontram, cria-se uma tempestade emocional. Se elas fazem contato suficiente para se darem conta uma da outra, ou mesmo o suficiente para não se darem conta uma da outra, produz-se um estado emocional pela conjunção desses dois indivíduos, e a perturbação resultante dificilmente será considerada necessariamente, um avanço sobre a situação caso jamais houvessem se encontrado. Entretanto, uma vez que houve o encontro, e uma vez que essa tempestade emocional ocorreu, as duas partes envolvidas nessa tempestade podem decidir “tornar proveitoso um mau negócio”.

A turbulência emocional é um fenômeno humano. Dentro da situação analítica, a turbulência pode ser examinada, e é essa possibilidade que põe em movimento a cena analítica, o jogo das emoções dentro da sessão. O par transferência-contratransferência constitui uma unidade da qual o cerne é a eficácia analítica.

Para fins da presente dissertação, a contratransferência será examinada a partir do estudo de um caso trabalhado analiticamente, cujo ritmo era moroso, difícil, com poucas melhoras aparentes, com retrocessos da analisanda em alguns momentos mais críticos. A turbulência emocional conduz a analista a experimentar um mal-estar, cujo cerne é a tensão da situação analítica sob a égide da descarga contínua das emoções por parte da analisanda, mas também a natureza intensa dos sentimentos despertados, que vão do amor ao ódio e solicitam um *plus* de trabalho da analista, para que possa se manter no vértice analítico, ou seja, o do conhecimento. Esse *plus* será investigado como uma espécie de gradiente que apontaria para a gravidade do caso.

Para Freud (1972, p.118), o mal-estar a que o sujeito se vê submetido para ingressar na civilização está relacionado à repressão de suas pulsões¹. Ao analista caberá a renúncia da expressão de seus sentimentos se pretender manter-se no vértice analítico, a “civilização” psicanalítica. A dimensão do mal-estar marca sua presença face à natureza intensa de sentimentos ambivalentes despertados no caso que será examinado na presente pesquisa. A veemência da transferência de Cecília, que podia passar do amor ao ódio na mesma sentença, despertava na analista uma contratransferência povoada de sentimentos igualmente intensos – de acolhimento e de expulsão, de amor e de ódio.

¹ “... Em terceiro lugar, finalmente — e isso parece o mais importante de tudo —, é impossível desprezar o ponto até o qual a civilização é construída sobre uma renúncia ao instinto, o quanto ela pressupõe exatamente a não-satisfação (pela opressão, repressão, ou algum outro meio?) de instintos poderosos. Essa ‘frustração cultural’ domina o grande campo dos relacionamentos sociais entre os seres humanos.” p.118.

Muitos autores têm se ocupado da chamada clínica de casos difíceis. A postura em relação ao analisando pode apontar variações de peso considerável. Vão desde a formulação de uma problemática que contempla aspectos intrapsíquicos – cujas diretrizes serão as recomendações freudianas de estrita observância da regra de abstinência e neutralidade e interpretações transferenciais – até analistas que, a partir da percepção da natureza regressiva da problemática, ousam trilhar o perigoso e tentador caminho da relação interpessoal, burlando a técnica psicanalítica clássica e inovando com conceitos como manejo e maternagem, numa atitude de maior proximidade ao paciente. Esses autores, em seu conjunto, muito contribuíram para a minha compreensão do caso. Minha atitude analítica caminha mais em direção de uma prática que contemple os aspectos intrapsíquicos. Freud, Melanie Klein e Paula Heimann são os autores com quem tive uma interlocução privilegiada, embora seja de valor inestimável a contribuição de Ferenczi, Balint, Winnicott e Margareth Little.

Betty Joseph (1990) descreve o paciente de difícil acesso para formular questões técnicas do manejo da sessão analítica, noção que vem adquirindo um valor heurístico em relação a uma vasta gama de pacientes que, embora se dediquem ao tratamento analítico, dele não obtêm melhora significativa. São as patologias do narcisismo que constituem, nos últimos anos, o arroz-com-feijão da clínica psicanalítica.

Segundo a autora (1990, p.62):

Neste capítulo pretendo concentrar-me em alguns problemas da técnica, focalizando um determinado grupo de pacientes muito diversificado em sua psicopatologia, mas que apresentam em análise um ponto importante em comum. É muito difícil atingi-los com interpretações e, portanto, oferecer-lhes compreensão emocional verdadeira...

Acredito que podemos observar, no tratamento de tais casos, uma cisão dentro da personalidade, de tal forma que uma parte do ego é mantida a distância do analista e do trabalho analítico. Algumas vezes isso é difícil de ser percebido, uma vez que o paciente pode parecer estar trabalhando e cooperando com o analista; mas a parte da personalidade que está disponível está na verdade mantendo escindida uma outra parte, mais necessitada ou potencialmente mais responsiva e receptiva. Algumas vezes a cisão toma a seguinte forma: uma parte do ego mantém-se à parte, como que observando tudo que se passa entre o analista e a outra parte do paciente e destrutivamente impedindo que se faça um contato verdadeiro, utilizando-se para tanto de vários métodos de evitação e evasão. Outras vezes, grandes partes do ego parecem desaparecer temporariamente da análise, resultando em apatia ou extrema passividade – freqüentemente associada ao uso intensivo de identificação projetiva.

Para fins do presente trabalho, o caso Cecília será referido como um caso de paciente de difícil acesso, tal como conceituado por Joseph. A contratransferência será examinada levando-se em conta os processos de cisão da personalidade que podem resultar em diferentes modos de funcionamento, tal como personalidade falso *self*, casos-limite e distúrbios de caráter que conduzem a uma ampla gama de indagações acerca da natureza da constituição psíquica, em virtude da comunicação desses pacientes encontrar-se invariavelmente prejudicada e acompanhada do uso freqüente do mecanismo de identificação projetiva.

Os autores que se dedicam à clínica do paciente de difícil acesso acabam encontrando alguma espécie de resposta para o enigma dessa problemática na necessidade que o *infans* tem do ambiente, entendido como as figuras parentais, introdutoras desse ser carente de linguagem num mundo de significados e símbolos, a rigor propriamente humano. Falhas nesse momento inicial seriam a fonte de problemas narcísicos, partindo-se do pressuposto de que o narcisismo é uma necessidade vital para a sobrevivência psíquica do indivíduo e para o engendramento do sujeito humano.

O que temos presenciado – cada vez mais frequentemente na clínica psicanalítica – é que o motivo, “a queixa” que leva um indivíduo a buscar o auxílio psicanalítico é o sofrimento gerado por sua incapacidade de lidar consigo mesmo (com sua vida emocional) e com a avalanche de informações que o mundo midiático traz para cada um de nós, a nosso ver característica da pós-modernidade. As feridas narcísicas que nossos pacientes apresentam vêm sangrando. Segundo Balint (1993), tais pacientes não são atingidos pelas interpretações habituais que o analista costuma oferecer, pois não se trata de pacientes do nível edípico em termos do desenvolvimento psicosssexual. Esse autor separa os pacientes em dois grupos e denomina o grupo que pretendo estudar como o daqueles situados no nível da falha básica². Pacientes da “falha básica” encontram extrema dificuldade para lidar com as exigências da realidade, por terem muito trabalho em administrar sua própria precariedade. Como não ascenderam ao nível edípico do desenvolvimento psicosssexual, questões em relação ao superego brotam de maneira desorganizada, ora num zelo e temor excessivos – fenômeno que corrobora a hipótese kleiniana de uma precocidade e severidade do superego, ora num total descaso em relação às figuras de autoridade – fenômeno que confirma a idéia de um sistema inacabado, carente de representação que garanta uma sustentação psíquica.

Acontecimentos de toda sorte ameaçam a integridade de cada um de nós, e a ocorrência de fatos traumáticos – que excedem a capacidade psíquica do indivíduo – se avoluma de tal maneira com a desestruturação da família e dos costumes, que o nosso paciente se vê assoberbado por questões que certamente não inquietavam os analisandos de Freud na sociedade austríaca do começo do século XX. Segundo Winnicott (1983), tais pacientes foram vítimas de um ambiente que não forneceu condições para que o psiquismo

² Qualquer terceiro que interfira nessa relação é sentido como um pesado encargo ou uma força intolerável. Outra importante qualidade dessa relação é a imensa diferença de intensidade entre os fenômenos de satisfação e frustração. Enquanto a satisfação – ‘adaptação’ do objeto ao sujeito – traz uma sensação de bem-estar, que só pode ser observada com muita dificuldade, pois é natural e suave, a frustração – a falta de ‘adaptação’ do objeto – provoca sintomas muito intensos e tumultuosos. p.15.

nascente pudesse encontrar uma ancoragem confiável. Segundo o autor (1983, p.106):

Nós agora vemos o ego da criança como algo dependente inicialmente de um ego auxiliar, algo que aproveita a estrutura e a força do sistema altamente complexo e sutil de adaptação às necessidades, sendo essa adaptação suprida pela mãe ou pela substituta da mãe. Vemos também o interessante processo de absorção, na criança, dos elementos do cuidado com a criança, aqueles que poderiam ser chamados 'do ego auxiliar'. A relação entre essa absorção do meio e o processo de introjeção com o qual já estamos familiarizados gera grande interesse.

Emprego, moradia, segurança – enfim, questões de uma certa urgência – trazem para a análise os pacientes que se sentem incapacitados para lidar com tantos aspectos e consigo mesmos, traduzindo-se isso em um estado de desamparo, em um renovado sentimento de desamparo.

Num certo sentido, a procura pela análise, já de início, é uma busca de algo que a psicanálise não pode dar. Em alguns casos, os pacientes chegam para a análise com a própria constituição psíquica em risco iminente de desmoronamento, o que se traduz por um não saber de si, a não ser como vítima passiva de toda sorte de acontecimentos (incluindo-se os acontecimentos internos). Quando esses indivíduos aparecem em busca de análise, trata-se de um recurso parcamente investido.

Esses pacientes precisariam, a bem da verdade, de um milagre que os transformasse em outras pessoas, ou em pessoas. Formulam-se as mais variadas queixas, mas não encontramos sinal de demanda: precisamos ajudar esse analisando a articulá-la. Assim, deparamo-nos com um tipo de situação clínica diante da qual devemos desenvolver dispositivos que nos possibilitem uma conversa originada quase que exclusivamente do sensorial, para assim torná-la verbo.

Pretendo investigar no caso clínico, cuja patologia é de ordem narcísica, o sofrimento *pathos*³, cuja raiz parece ser sua própria constituição que se vê ameaçada e acarreta um sofrimento constante, gerado em grande medida pela incapacidade de se lidar com as angústias, tanto de origem interna quanto externa. Ou seja, um fracasso do narcisismo. O narcisismo funciona como uma espécie de “velcro”, ocultando a constituição do tecido psíquico usualmente localizada nos bastidores da vida do indivíduo. Nesse tipo de caso, os bastidores ficam escancarados e a vida mental, sendo colocada à mostra ininterruptamente, acaba se tornando “esgarçada”.

A investigação deverá contemplar a contratransferência suscitada no atendimento, com o mal-estar decorrente tanto de sua vertente positiva – em que pese a necessidade de contenção de alguma atuação assistencialista de minha parte – quanto de seus aspectos negativos e de seus perigos mais conhecidos, tais como rejeição e frieza.

A bibliografia disponível sobre o tema da contratransferência é ampla e geral, abarcando questões referentes ao enquadre psicanalítico propriamente dito. Desde Freud, com suas recomendações em relação aos riscos da contratransferência, o tema vem constituindo um importante desafio e é motivo de diversas discussões acaloradas, rupturas e tomadas de posição antagônicas.

No capítulo sobre a noção de contratransferência, buscarei trabalhar com a pesquisa desdobrada a partir do artigo de Paula Heimann (1987) e seus desenvolvimentos na pesquisa pós-kleiniana, por ali encontrar eco para o meu trabalho como analista.

³ BERLINCK, M.T. *Psicopatologia Fundamental*. Segundo Berlinck (2000), “*pathos*, então, designa o que é pático, o que é vivido. Aquilo que pode se tornar experiência. ‘Psicopatologia’ literalmente quer dizer: um sofrimento, uma paixão, uma passividade que porta em si mesmo a possibilidade de um ensinamento interno que não ocorre a não ser pela presença do médico (pois a razão é insuficiente para proporcionar experiência). Como *pathos* torna-se uma prova, e como tal sob a condição de que seja ouvida por um médico, traz em si mesma o poder de cura”. São Paulo: Editora Escuta Ltda, 2000, p.21.

A hipótese que deverá guiar a investigação se dará no sentido de corroborar a afirmação de Paula Heimann (1987, p.105), em seu artigo de 1949, que transcrevo a seguir:

Minha tese é a de que a resposta emocional do analista à situação analítica representa uma das ferramentas mais importantes em seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente.

Foi enorme a repercussão desse artigo, tendo contribuído para o afastamento de Paula Heimann de Melanie Klein, em 1949, após intenso conflito (ROUDINESCO e PLON, 1998). Esse conflito culminou com a rejeição de Paula Heimann pelo grupo dos kleinianos, passando Heimann ao Grupo dos Independentes⁴.

Esse artigo parece brotar num momento de intensa fertilização do tema da contratransferência, tendo como contemporâneos artigos de outros autores/analistas, tais como Winnicott e Margareth Little.

Melanie Klein se deteve estritamente nas recomendações de Freud em relação aos perigos que os sentimentos experimentados pelo analista podem acarretar ao analisando, especialmente sua aberta comunicação. A sua descoberta do mecanismo da identificação projetiva (KLEIN, 1991, p.27) abre um campo novo de investigação para os casos mais graves (psicose, *borderlines*), bem como auxilia no desenvolvimento do manejo para a clínica de crianças. Certamente gera mudanças substanciais na condução das análises, tornando a cena analítica um momento privilegiado para a fecundação do processo de simbolização, particularmente após a formulação bioniana sobre a natureza de comunicação que o mecanismo de identificação

⁴ O Grupo dos Independentes é a transformação do *middle-group*, ou grupo do centro, formado pelos jovens analistas repelidos pelo sectarismo dos annafreudianos e dos kleinianos (ROUDINESCO e PLON, 1998, p.379).

projetiva promove. Mas, para Klein, a atitude analítica deve permanecer inalterada. Opaca, como um espelho.

Desafortunadamente, Klein não aprovou a idéia de que a contratransferência experimentada pelo analista seja uma criação do paciente. Nesse percurso da elaboração da presente dissertação, muitas descobertas em relação ao meu estilo analítico foram surpreendentes. Entre outras, a de que não sigo Melanie Klein fielmente foi a mais dura.

Uma nova mudança clínica se opera quando da formulação da projeção de partes do *self* para *dentro* do analista, resultante da compreensão do uso do mecanismo de identificação projetiva. Algo que é anterior à noção de projeção de conteúdos mais evoluídos, representações, já no âmbito do processo secundário. Aqui entramos no reino do processo primário e o analista é convocado como presença dentro do campo transferencial, como apontam Paula Heimann e Margareth Little, autoras que me autorizam a operar uma especificidade de um certo olhar para essa clínica.

Trabalhando sob esse referencial no caso que será apresentado, a indagação sobre a natureza da contratransferência despertada nesse atendimento deu ensejo ao surgimento de uma discussão sobre a possibilidade de transformar essa experiência em instrumento de avaliação diagnóstica, uma espécie de diagnóstico diferencial.

A experiência da supervisão didática que acompanhou o atendimento de Cecília foi de enorme valor e será transportada para a presente dissertação. Muitas discussões resultaram proveitosas e se basearam na natureza da minha dificuldade em relação ao conteúdo das falas de Cecília, que eu insistia em tomar como descarga; minha supervisora, por seu lado, apontava-lhe um caráter neurótico, ou seja, prenhe de significados. Muitas vezes fui inquirida sobre minha capacidade de manter uma escuta analítica para os conteúdos que a paciente trazia e que poderiam corroborar com o diagnóstico de depressão.

Entretanto, era muito difícil a tradução em palavras do tom fortemente emocional e não-verbal que acompanhava o atendimento. A hipótese de patologia narcísica, *borderline*, foi se desenhando e para tanto a natureza da contratransferência desempenhou um papel central.

Balint (1993), em seu texto “A falha básica”, fornece uma descrição preciosa para esse tipo de acontecimento – a predominância do não-verbal – que pode invadir o enquadre psicanalítico, que tem na palavra seu ancoradouro. Como fazer psicanálise numa situação carente de palavras?

A transferência que Cecília trazia adquiriu, em muitas situações, a dimensão que a caracteriza nos casos de psicose, ou seja, uma natureza maciça e pré-verbal. O uso do mecanismo de identificação projetiva era a via de comunicação, já que as palavras eram usadas como descarga para angústias inomináveis. O tempo todo a paciente beirava a psicose, no perigo de um surto, sendo submetida ao impacto de construções delirantes que são impenetráveis. Tomando por base essa pressão, buscarei trabalhar a dimensão *pática* da contratransferência, uma espécie de adoecimento suscitado em atendimentos cujo acesso ao pensamento de processo secundário falha.

A narrativa do caso procurará contemplar o aspecto da construção, tal como o trabalhamos no âmbito da pesquisa em Psicopatologia Fundamental cujo laboratório encontro-me ligada. Como nos ensina Berlinck (2000, p.314):

O primeiro passo para a elaboração de um projeto de pesquisa em psicanálise é perceber, então, que ele nasce na atividade clínica e é um prolongamento desta. O segundo passo, porém, é o de reconhecer que a universidade possui requisitos de precisão e clareza que são muito diferentes do que ocorre na clínica, na qual predomina aquilo que chamo de ‘epistemologia onírica’, em que a transferência comanda o ritmo da investigação. Assim, entre a clínica e a universidade há uma distância que vai sendo preenchida pela formulação do projeto de pesquisa.

Construir um caso significa que a narrativa de um atendimento se dá a partir da subjetividade do analista, no sentido de uma transformação operada para fins de uma comunicação científica. Critérios de objetividade para uma avaliação caem por terra, pois necessitamos situar a psicanálise no campo das ciências humanas. Nesse sentido, no âmbito do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, trabalhamos num nível ético singular, o da tentativa de um rigor metapsicológico, na interface da prática psicanalítica. É apropriado citar Edilene Freire de Queiroz (2002, p.9), que no prefácio do livro coloca a questão de maneira clara e concisa:

O modelo de produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica é singular: primeiro, porque trabalha com o singular da clínica psicanalítica, portanto foge do campo das generalizações; segundo, porque a observação psicopatológica se encontra indissociada do próprio sujeito afetado pelo *pathos*; também o critério de objetividade fica submetido e subvertido pela dimensão subjetiva. Aprendemos com Luís Claudio Figueiredo que o objeto sempre nos escapa, pois há, entre este e o sujeito, uma relação de implicação sem, no entanto, produzir uma anulação da alteridade inerente a cada um deles.

No mesmo livro, caminhamos um pouco mais na direção de uma maior clareza em relação à pesquisa psicanalítica no seio da universidade ao ler o artigo de Luís Claudio Figueiredo (2002, pp.135-6):

Em outras palavras: na clínica psicanalítica, tanto a distância infinita (alteridades irredutíveis) como a absoluta proximidade pática (os impactos das alteridades) se impõem como condições mesmas da análise, cabendo aos dois participantes do campo interminável (e fracassado) trabalho de elaboração em que as diferenças e singularidades não se diluem, mas, antes, se afinam. O movimento pendular entre esses extremos em que as alteridades se impõem é o que tenho chamado de experiência do inconsciente. Em contrapartida, convém recordar na pesquisa científica que todo esforço é no sentido de conservar um certo equilíbrio, escapando aos extremos de um realismo e de um idealismo absolutos e

progredindo na direção de uma complexa comunalidade triangular em que o conhecimento se constrói entre pares que se submetem aos testemunhos da realidade e aos tribunais da razão, ambos, porém, instituídos coletivamente como ‘quase-transcendentais’.

Muitos autores trabalharam com a noção de contratransferência, mas foge ao escopo do presente trabalho a pesquisa detalhada do tema. Como não se trata de um estudo teórico, não será feito um rastreamento de modo a contemplar a extensão da bibliografia disponível sobre o assunto.

O trabalho com a contratransferência aponta para a necessidade de manutenção do *setting* analítico em casos de difícil acesso, nos quais o amor de transferência é um amor, uma paixão (*pathos*) carente de palavras. Como cuidar de minha paciente, que me demandava uma atenção materna, sem cair na *folie à deux*? Como cuidar de Cecília e simultaneamente manter o lugar de analista? Conter os ímpetos pedagógicos e moralizantes, e os de uma maternagem melancolizadora, foram os fios que, com a ajuda da supervisão, pude ir tecendo nesse atendimento.

Nessa medida mesma, da tessitura da minha experiência contratransferencial, tão difícil nesse atendimento, foi emergindo a confirmação da natureza fronteira do funcionamento mental de Cecília.

Portanto, para fins da presente dissertação, trabalharei com a hipótese de que contratransferência atua em três níveis: como importante aliada, como desafio e como instrumento de diagnóstico diferencial.

I A NOÇÃO DE CONTRATRANSFERÊNCIA.

I.1 As recomendações de Freud.

Como iniciar um capítulo sobre contratransferência sem antes recorrer ao conceito de transferência? O conceito de transferência bem como sua dinâmica na situação analítica constituem as descobertas freudianas que possibilitam falar em uma clínica propriamente psicanalítica. Inicialmente postulada como um obstáculo a ser ultrapassado, ocupou o mesmo lugar que tem ocupado o tema da contratransferência hoje.

Voltemos a Freud. A descoberta da transferência, advinda do fracasso terapêutico de Freud no caso Dora, conduz Freud (1972, p.113) à redação do célebre posfácio, no qual pela primeira vez formula o conceito:

O que são as transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévias é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas dessas transferências em nada se diferenciam de seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição. São, portanto, para prosseguir na metáfora, simples reimpressões, reedições

inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação de seu conteúdo, uma sublimação, como costumam dizer, podendo até tornar-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões.

Freud abre espaço para o impacto que a figura do analista oferece para que a transferência encontre solo fértil para se depositar a partir das particularidades e de sua presença na cena analítica. A idéia da tela neutra para as projeções do paciente necessariamente passa pelas qualidades da tela, tal como um atrito, uma rugosidade. Essas particularidades podem ser habilmente aproveitadas pelo paciente e, portanto, podem também fazer ressonância com conteúdos inconscientes do analista. A escuta analítica é uma escuta entre humanos. Além de reimpressões ou mesmo de edições revistas, a dinâmica da transferência revela-se a arma mais potente de resistência, e sua intensidade e persistência dão notícia da intensidade da resistência. A transferência aparece como um obstáculo à primeira vista, devendo ser “dissolvida”. Aos poucos, porém, vai revelando a qualidade do sofrimento ou da repressão que se ocupa em ocultar. Esse tema ocupa um lugar privilegiado na obra de Freud e no texto “Para além do princípio do prazer” a repetição na transferência coloca em primeiro plano a questão da compulsão à repetição e a questão da transferência da realidade psíquica.

A pesquisa do tema transferência – contratransferência nos textos freudianos – revela que ele se deteve inúmeras vezes nesse tema, cuidando dos jovens analistas e da própria psicanálise. Nos tempos heróicos da formulação da psicanálise, a auto-análise deveria ser suficiente para que o analista desenvolvesse uma escuta livre de seus próprios complexos. Com o crescimento do movimento analítico, a análise conduzida por um analista mais experiente vai se tornando uma necessidade para que os jovens analistas venham a desenvolver uma atitude mais cautelosa em relação aos perigos que

o próprio inconsciente acarreta. Essa advertência surge pela primeira vez em nota de rodapé, como uma introdução ao tema feita por Strachey (1972, p.130), no texto de 1910 “Perspectivas futuras da Terapêutica Psicanalítica”:

Freud nem sempre estava igualmente convencido da possibilidade de auto-análises adequadas para aspirantes a analistas. Mais tarde, ele insistiu na necessidade de análises didáticas conduzidas por alguma outra pessoa.

Nos artigos técnicos de Freud, encontramos indícios de uma preocupação em relação ao inconsciente do futuro analista. Observo um cem número de vezes os iniciantes na psicanálise tendo de trilhar esse caminho. O caminho da formação analítica contém em si um valor heurístico em que pesem o impacto da transferência do analisando sobre os sentimentos inconscientes do analista e a necessidade de manter o campo analítico livre para a vida mental do analisando.

A transferência é um movimento poderoso, uma responsabilidade de valor inestimável que recai sobre os ombros do analista. A descoberta, feita por Freud no caso Dora, foi o que lhe sobrou. Dora o abandona visto que ele não se ocupa dela devidamente, melhor dizendo, amorosamente.

A situação analítica torna-se um dispositivo que possibilita a regressão, palco para a colocação em ato das cenas fantasmáticas que ocupam a mente do paciente. Sendo a transferência um mecanismo inconsciente, como lidar com o real da relação analítica de modo a não devolver o paciente a mais uma repetição frustradora, sem remetê-lo a um abuso de poder da figura de autoridade que o analista passa a ser investido?

Pela necessidade de contemplar os sentimentos do analista, a contratransferência vai entrando em cena à medida que o conhecimento dos

mecanismos inconscientes, da intensa vida de fantasia, vai ganhando corpo na prática clínica. E brota no manejo da transferência erótica tal como apontada na correspondência entre Freud–Jung, na discussão da sua contratransferência erótica na condução da análise de Sabina Spielrein e posteriormente na correspondência Freud–Ferenczi na condução da análise de Elma Pálos por Ferenczi. Entram em cena os poderosos mecanismos inconscientes que põem em risco o lugar do analista, sua neutralidade e abstinência.

Die Gegenübertragung, contratransferência, a palavra é um neologismo criado por Freud. Em alemão pode ser separado em três partes, como indica Orozco (2000, p.137): “1) *Gegen*, de oposição, “contra”, “que se opõe a”, mas também contém a idéia de reciprocidade. 2) *über*, que significa sobre, em cima. 3) *tragung*, que vem do verbo *tragen*, carregar, levar”. Segundo Orozco, o prefixo “contra” não dá conta do fenômeno. É uma palavra fabricada para tentar dar conta do impasse vivido pelo analista diante do impacto da transferência erótica (SAMSON, 2002). No caso de Jung e de Ferenczi acaba ocorrendo um indesejável envolvimento emocional deles com suas pacientes, duramente criticado por Freud. Entretanto, cabe citar que contratransferência possui também o significado de indissolúvel união e de algo que está em frente.

Em *Perspectivas Futuras da Terapêutica Analítica*, Freud (1972, p.130) enuncia a atitude recomendada:

As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da ‘contratransferência’, que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará. Agora que um considerável número de pessoas está praticando a psicanálise e, reciprocamente, trocando observações, notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas; e, em consequência, requeremos que ele deva iniciar sua atividade por

uma auto-análise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente, enquanto esteja realizando suas observações sobre seus pacientes. Qualquer um que falhe em produzir resultados numa auto-análise desse tipo deve desistir, imediatamente, de qualquer idéia de tornar-se capaz de tratar pacientes pela análise.

Freud é categórico. A idéia é de que a auto-análise seja suficiente para que o analista se torne capaz de reconhecer onde do seu inconsciente o analisando tocou é espartana. O analista deveria ter uma vida mental muito simplificada para conseguir tal intento.

Em *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*, Freud voltará ao tema para ressaltar a importância da atitude de neutralidade, como garantia do exercício da psicanálise. Segundo o autor (1972, pp.156-7):

Os psicanalistas jovens e ávidos indubitavelmente ficarão tentados a colocar sua própria individualidade livremente no debate, a fim de levar o paciente com eles e de erguê-lo sobre as barreiras de sua própria personalidade limitada. Poder-se-ia esperar que seria inteiramente permissível e, na verdade, útil, com vistas a superar as resistências do paciente, conceder-lhe o médico um vislumbre de seus próprios defeitos e conflitos mentais e, fornecendo-lhe informações íntimas sobre sua própria vida, capacitá-lo a pôr-se ele próprio, paciente, em pé de igualdade. Uma confiança merece outra e todo aquele que exige intimidade de outra pessoa deve estar preparado para retribuí-la... Mas esta técnica não consegue nada no sentido de revelar o que é inconsciente ao paciente... Não hesito, portanto, em condenar este tipo de técnica como incorreto. O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, ao mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado.

Há um claro reconhecimento da natureza irreduzível do aparecimento do fenômeno. A contratransferência surge e o analista deve sobrepujá-la. O analista deve se manter opaco aos seus pacientes, como um espelho. A contratransferência deve ser entendida a partir de sua natureza erótica, como uma falta de abstinência por parte do analista. Um erro e um crime.

O tema da contratransferência é novamente abordado por Freud em Observações sobre o amor de transferência (1972, p.210), claramente situado no andamento da transferência erótica, entendida no rastro da neurose de transferência, como resistência em oposição ao avanço do tratamento analítico. Essa recomendação mantém sua atualidade na clínica:

... Para o médico, o fenômeno significa um esclarecimento valioso e uma advertência útil contra qualquer tendência a uma contratransferência que pode estar presente em sua própria mente. Ele deve reconhecer que o enamoramento da paciente é induzido pela situação analítica e não deve ser atribuído aos encantos de sua própria pessoa; de maneira que não tem nenhum motivo para orgulhar-se de tal 'conquista', como seria chamada fora da análise. E é sempre bom lembrar-se disto. Para a paciente, contudo, há duas alternativas: abandonar o tratamento psicanalítico ou aceitar enamorar-se de seu médico como um destino inelutável.

O paciente busca, além ou acima de tudo, uma cura pelo amor, pela preferência que o analista lhe devotaria na intimidade da situação analítica, cujos elementos originários são mobilizados e entram em cena, induzindo ao enamoramento, que constituiria os primórdios da neurose de transferência. Seguindo o texto freudiano (1915, p.214):

... Além disso, a experiência de se deixar levar um pouco por sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente sem perigo. Nosso controle sobre nós mesmos não é tão completo que não possamos subitamente, um dia, ir mais além do que havíamos pretendido. Em minha opinião, portanto, não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência.

Já deixei claro que a técnica analítica exige do médico que ele negue à paciente que anseia por amor a satisfação que ela exige. O tratamento deve ser levado a cabo na abstinência. Com isto não quero significar apenas a abstinência física, nem a privação de tudo o que a paciente deseja, pois talvez nenhuma pessoa enferma pudesse tolerar isto. Em vez disso, fixarei como princípio fundamental que se deve permitir que a necessidade e anseio da

paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e efetuar mudanças, e que devemos cuidar de apaziguar estas forças por meio de substitutos. O que poderíamos oferecer nunca seria mais que um substituto, pois a condição da paciente é tal que, até que suas repressões sejam removidas, ela é incapaz de alcançar satisfação real.

A condição proposta aqui por Freud é fundamental para que possamos falar de uma clínica psicanalítica. O papel do analista é o de favorecer as condições para que se efetuem mudanças psíquicas, utilizando-se para tanto das forças que são mobilizadas no tratamento. Oferecer um substituto com fins de apaziguamento seria operar na direção oposta; recomendação sumamente importante na difícil lida com pacientes regressivos e que conduzem o analista ao impasse técnico. Embora não esteja explicitamente falando do tema da contratransferência no texto *Disposição para a Neurose Obsessiva* (FREUD, 1972, p.402), encontramos a seguinte passagem:

...Mas tenho boas razões para asseverar que todos possuem em seu próprio inconsciente um instrumento com que podem interpretar as elocuições do inconsciente das outras pessoas.

Esse último fragmento de texto freudiano que será citado na presente dissertação será muito útil para que possamos compreender os caminhos que a pesquisa sobre a contratransferência seguiu, em especial na escola inglesa.

1.2 Ferenczi: contribuições geniais e problemas insolúveis.

Sem sombra de dúvida, a personalidade de cada autor determina o rumo de suas pesquisas, com seus avanços e impasses. A pesquisa da questão da

contratransferência toma em Ferenczi um rumo completamente diferente do que em Freud. A contratransferência torna-se uma questão a mais a ser trabalhada.

Todos os estudiosos de Ferenczi são unânimes em apresentá-lo como uma pessoa afetiva e mesmo alguns chegam a cogitar uma certa carência infantil que determinaria sua personalidade. De qualquer modo, para fins da presente pesquisa interessa apontar que sua sensibilidade era aguçada, e essa peculiaridade o conduziu a ter despertados em si sentimentos diferentes do que Freud vivenciara e relatara na condução das análises.

Logo no início da correspondência entre os dois, data de 22 de novembro de 1908, uma singela comunicação de Ferenczi a Freud que seria escandalosa ainda nos dias de hoje. Cito o fragmento (1994, p.85):

Agora as análises (4–5) estão indo muito bem. Evidentemente, não sempre: há dias em que se vivenciam momentos muito desagradáveis. Continuo assumindo demais o problema do doente como problema meu.

Ferenczi aponta aqui para o que considero central em relação à contratransferência, a saber, a natureza ambivalente dos sentimentos que podem vir a ser despertados. Embora saibamos que quando sentimentos ternos influenciados pelo amor que o paciente nos devota, ou mesmo da onipotência com que somos freqüentemente brindados, sejam muitas vezes silenciados e que devemos tomar todo o cuidado, creio que a manifestação desagradável, intrusiva, invasiva, solicite imediatamente um cuidado.

E Ferenczi continua na labuta com o tema. Em conferência pronunciada em Budapeste em dezembro de 1918, cujo título é “A técnica psicanalítica”, dedica um item relevante em relação à questão do domínio da

contratransferência. Além de reconhecer a necessidade de seu domínio por parte do analista, aponta também para sua inelutável condição de aparição em todas as análises, passando desse modo a lhe conferir um novo estatuto, a saber, a de um sintoma. Desse modo, abre o caminho para os futuros desdobramentos e estudos que serão desenvolvidos dentro da escola inglesa. Ferenczi é o mentor intelectual da atualidade da discussão sobre a contratransferência.

Citando fragmentos do texto para melhor ilustrar a questão, tal qual Ferenczi (1992, p.365) a situa doravante:

O psicanalista, por sua parte, não tem mais o direito de ser, à sua moda, afável e compassivo ou rude e grosseiro, na expectativa de que o psiquismo do paciente se adapte ao caráter do médico. Cumprir-lhe saber *dosar* a sua simpatia e mesmo interiormente jamais deve abandonar-se a seus afetos, pois o fato de estar dominado por afetos, ou mesmo por paixões, constitui um terreno pouco favorável à recepção e assimilação dos dados analíticos. Mas, sendo o médico, não obstante, um ser humano e, como tal, susceptível de humores e simpatias, antipatias e também de ímpetos pulsionais – sem uma tal sensibilidade não poderia mesmo compreender as lutas psíquicas do paciente – é obrigado, ao longo da análise, a realizar uma dupla tarefa: deve, por um lado, observar o paciente, examinar suas falas, construir seu inconsciente a partir de suas proposições e de seu comportamento; por outro lado, deve controlar constantemente sua própria atitude a respeito do paciente e, se necessário, retificá-lo, ou seja, *dominar a contratransferência*. A condição prévia para isto é, naturalmente, que o médico tenha sido analisado. Entretanto, mesmo analisado, não poderia emancipar-se das particularidades do seu caráter e das flutuações do seu humor ao ponto de tornar supérfluo o controle da contratransferência.

O destaque que Ferenczi dá ao ser humano que o médico é, susceptível a humores, simpatias, antipatias, modula um outro tom dentro do movimento psicanalítico. Com a vida mental do analista em ação, a natureza dos fenômenos contratransferenciais deixa de ser apenas um ponto cego ou resto

não-analisado do analista, como apontado por Freud, mas passa a fazer parte da relação humana que se estabelece entre analista e analisando, e obstáculo ou instrumento, pouco importa, parte integrante de tudo que se passa do lado do analista.(SANCHES apud FIGUEIRA, 1994)

No texto de 1910, Ferenczi situa os problemas de uma tomada de posição próxima demais por parte do analista, que ele chama de euforia da lua-de-mel da análise, momento no qual a contratransferência estaria totalmente à solta. Por outro lado situa os problemas de uma tomada de posição distante demais, que viria depois que o analista aprendesse a avaliar os sintomas da contratransferência, porém operando como uma resistência à contratransferência.

Para fins da presente pesquisa, encerrarei com as contribuições de Ferenczi. Esse autor se dedicou a tentar modificações na técnica psicanalítica durante o resto de sua trajetória, com contribuições nem sempre bem-vistas e mesmo rechaçadas por Freud. O que vale ressaltar aqui é a enorme repercussão que o caminho apontado por Ferenczi teve, no sentido de possibilitar muitos avanços no estudo do manejo da contratransferência e sua utilidade clínica, na clínica de crianças e na clínica da psicose.

1.3 A noção de contratransferência na escola inglesa.

A discussão sobre a necessidade de elaboração dos sentimentos contratransferenciais tem ganhado destaque na abordagem psicanalítica de casos mais graves, nos quais é característico o funcionamento em nível de processo primário com permanente descarga das tensões, trazendo para a cena analítica momentos de turbulência emocional que beiram o insuportável e que

geram um grande mal-estar. O paciente “descarrega” seu mal-estar e cabe ao analista a difícil tarefa de traduzir em palavras. E esse caminho acaba tendo de passar como que “por dentro” do analista, que acaba entrando numa função materna, atitude iniciada com Ferenczi e bastante questionada por Freud. O acento sai da autoridade exercida pelo analista, na função paterna. Essa situação continua prevalecendo na clínica de neuróticos e embora requeira bastante do analista, não o faz ter suas vísceras em jogo, como nos casos difíceis em que praticamente não está formada uma imagem, uma idéia de autoridade que possa servir como ancoradouro para a avalanche de emoções que invade permanentemente esse tipo de paciente.

O que é importante ressaltar é que elaborar a contratransferência antes de ser uma decisão retórica do analista é uma urgência para poder estar com pacientes com esse grau de sofrimento psíquico. Como falta uma espécie de matriz de contenção, pele, barreira de contato, os sentimentos despertados no analista podem ajudar a decodificar o que se passa com o paciente. No capítulo dedicado ao atendimento de Cecília, a encontraremos desamparada, com a imagem do pai totalmente denegrida pela mãe, e após o falecimento desta, o primeiro pensamento que brota em sua mente infantil fora “*não tenho mais ninguém a obedecer*”. Com essa decisão segue sua vida, desnorteada. Como veremos no relato do caso, nas primeiras sessões não leva as minhas intervenções muito a sério, acha graça, palpita, intromissão. Parece não conseguir ascender à idéia que tivera vindo me buscar como sua analista. A analista mais parecia uma serviçal mal disciplinada. Cecília zomba da figura de autoridade com um ataque permanente, de natureza inconsciente.

Vamos presenciando uma alteração na paisagem analítica como se deixássemos a sala de estar para entrar na lida da cozinha; isso se dá na medida em que as emoções mais primitivas, que têm um potencial de violência de atuações, atuam como um caldeirão fumegante. *Pari passu* com o avanço na análise de psicóticos e de crianças, a pesquisa da escola inglesa

começa a incluir na análise dos neuróticos o conhecimento dos fenômenos mentais mais primitivos. Aqui começa uma pequena revolução no seio da psicanálise. Em todo adulto passa-se a buscar a criança e essa criança começa a tomar a direção das pesquisas.

A noção de transferência sofre uma alteração em Klein (1991); as relações de objeto passam a ocupar um lugar central na vida emocional e a autora sustenta que “a transferência origina-se dos mesmos processos que, nos estágios mais iniciais, determinam as relações de objeto”. Isso significa que a transferência passa a designar “*as situações totais transferidas do passado para o presente, em termos de emoções, defesas e relações de objeto*”. (Klein, 1991, p.78)

Na discussão sobre a contratransferência temos em Winnicott seu genial formulador. Em seu texto “O ódio na contratransferência” (1982, p.353) relata uma experiência que teve a partir do acolhimento de um menor abandonado, acusado de vadiagem, no qual Winnicott depositou esperanças de proporcionar um tratamento especial, chegando a acolhê-lo em sua casa. O sintoma, porém, era mais forte que suas boas intenções e o menino acabou por despertar o ódio de Winnicott. Assim ele encerra o artigo (1982, p.353):

Na análise (análise de pesquisa) ou no manejo comum do tipo mais psicótico de paciente, uma grande pressão é exercida sobre o analista (psiquiatra, enfermeira) e é importante que estudemos as maneiras através das quais a ansiedade de qualidade psicótica, assim como ódio, são produzidos naqueles que trabalham com pacientes psiquiátricos seriamente doentes. Somente desta maneira pode haver qualquer esperança de se evitar que a terapia que se adapta às necessidades do terapeuta em vez de se adaptar às necessidades do paciente.

Esta falta de intermediação simbólica passa cada vez mais para o primeiro plano, notadamente a partir da pesquisa kleiniana e a formulação do

mecanismo de identificação projetiva, conceito que aparece pela primeira vez em 1946, no texto “Notas sobre alguns mecanismos esquizóides”⁵ e vincula ao prolongamento das análises a colocação em cena de mecanismos mais primitivos (KLEIN, 1991).

Embora possamos reconhecer seu caráter visionário para a clínica de casos mais graves, é necessário enfatizar que em relação ao tema da contratransferência Melanie Klein mantém estrita fidelidade a Freud. Entretanto, o conceito de transferência em Klein já havia sofrido uma torção. Como nos aponta Rocha Barros (ROCHA BARROS apud SLAVUTZKY, 1991, p.132):

M. Klein, desde o início de sua obra, não concebe a existência da pulsão desligada do objeto. O representante mental da pulsão associada ao objeto é a fantasia inconsciente. Em consequência, os impulsos, defesas e emoções são representados e vivenciados inconscientemente sob a forma de fantasias. A afirmação da existência de emoções no inconsciente é uma consequência natural da posição central que ocupa em seu pensamento a noção de relações objetais. O impacto da pulsão sobre o objeto gera a experiência emocional. Assim, se as pulsões só têm existência inconsciente e não podem ser dissociadas de seu objeto, as emoções também estão presentes no inconsciente.

Há de se ressaltar a importância dessa mudança (seguir-se-ão muitas) de caráter discreto, porém radical. Segundo Rocha Barros (ROCHA BARROS apud SLAVUTZKY, 1991, p.), tal mudança foi explicitada nos anos das controvérsias entre Anna Freud e Melanie Klein, e aponta para a

⁵ KLEIN, Melanie. *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides*, p.27, in *Inveja e Gratidão* e outros trabalhos, vol. III das Obras Completas de Melanie Klein. “Os ataques à mãe, em fantasia, seguem duas linhas principais: uma é a do impulso predominantemente oral de sugar até exaurir, morder, escavar e assaltar o corpo da mãe despojando-o de seus conteúdos bons... A outra linha de ataque deriva dos impulsos anais e uretrais e implica a expulsão de substâncias perigosas (excrementos) do *self* para dentro da mãe. Junto com os excrementos nocivos, expelidos com ódio, partes *excindidas* do ego também projetadas na mãe ou, como prefiro dizer, para *dentro* da mãe. Esses excrementos e essas partes más do *self* são usados não apenas para danificar, mas também para controlar e tomar posse do objeto. Na medida em que a mãe passa a conter as partes más do *self*, ela não é sentida como um indivíduo separado, e sim como sendo o *self* mau.” Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda 1991.

descrição de um funcionamento mental que passaria a comportar um certo grau de transferência desde o início da vida na relação com os pais. O mundo interno passa a ser “povoado” por objetos internalizados em sucessão de projeções e introjeções, sendo que as projeções são desencadeadas pela pressão da angústia de aniquilamento. Opera-se um descolamento de um modo de conceber o aparelho mental de uma maneira *realista* em prol da realidade psíquica na qual o conflito pulsional e a necessidade de simbolização passam ao primeiro plano.

Embora tenha havido uma séria ruptura entre M. Klein e Paula Heimann no tocante ao destino que possa ser dado aos sentimentos inconscientes despertados na contratransferência, Klein de certa forma deixa um solo fértil o suficiente para que a pesquisa possa continuar, tendo em vista a pressão que os mecanismos projetivos passa a desempenhar na vida mental.

1.3.1 O caminho aberto por Paula Heimann e os destinos da contratransferência.

Paula Heimann introduz uma importante mudança conceitual que transforma a contratransferência em um instrumento a serviço da técnica psicanalítica. Foram dois artigos publicados por ela. No primeiro de 1949 introduz o tema, é bastante conhecido, e outro de 1959 no qual tece algumas restrições ao uso abusivo que foi feito da contratransferência, a partir do artigo de 1949, infelizmente menos conhecido.

No artigo de 1950, a autora tece considerações preliminares, a partir de sua experiência como supervisora do instituto de formação, em análises de controle e seminários. A crença, difundida entre os candidatos, que a

contratransferência não era senão uma fonte de problemas chamou-lhe a atenção, bem como o fato que já foi apontado no presente texto, a saber, o fato de o problema da contratransferência ter sido posto em discussão por diversos pesquisadores praticamente ao mesmo tempo.

A partir da afirmativa sobre a impossibilidade de separação dos sentimentos transferenciais dos que são legitimamente referidos a alguém que existe por conta própria e não enquanto substituto materno ou paterno, Paula Heimann (1987, p.105) enuncia sua tese, original para a época:

Minha tese é de que a resposta emocional do analista ao paciente na situação analítica representa uma das ferramentas mais importantes para seu trabalho. A contratransferência constitui um instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente.

Para sustentar essa afirmação, a autora segue no texto explicitando o ponto de vista segundo o qual situação analítica acontece numa relação entre duas pessoas. O que diferencia essa relação de outras reside no fato de o analista **subordinar** tais sentimentos à tarefa analítica, não simplesmente descarregá-los como o faz o paciente. A autora considera que sem tal consulta aos próprios sentimentos, suas interpretações serão pobres demais.

Heimann entretanto, não disse que tais sentimentos deveriam ser escancarados ou mesmo transformados numa espécie de acusação ao paciente, o que nivelaria analista e paciente. O artigo de 1960 surge pela necessidade de situar o problema da contratransferência dentro da tarefa analítica, objetivo esse que vinha se perdendo. Em seu nome, analistas vinham se autorizando a interpretações, sem cotejá-las com os dados reais da situação analítica. Cito o texto:

Aos poucos, posso mencionar que tive a oportunidade de comprovar que meu trabalho também tinha provocado alguns erros em alguns candidatos, que, apoiando-se em esse trabalho para se justificar, sem o suficiente sentido crítico, fundamentavam as suas interpretações sobre seus sentimentos. Respondiam a qualquer pergunta “minha contratransferência”, e pareciam pouco propensos a comparar suas interpretações com os dados reais da situação analítica. (HEIMANN, 1961–62, p.140)

O tom desse artigo é de um esclarecimento contundente. Seguindo mais à frente no texto:

Afirmo que como pessoa real, o analista é tão útil ao paciente quanto poderiam ser qualquer João ou Pedro. O que faz que seja de uso **único** para o paciente é sua **habilidade**, que conseguiu desenvolver através de aquele treino especial que eu fazia-lhes lembrar. Através dessa habilidade, o analista é capaz de descobrir as razões e os significados na vida de seu paciente, as fontes de suas motivações, a complexa rede de sua personalidade, **inclusive** as interações e oscilações entre as fantasias primitivas inconscientes e as percepções e os juízos adequados à realidade. Pode descobrir e apresentar seus descobrimentos ao paciente em uma forma **emocionalmente** significativa e por causa disso mesmo, **dinamicamente** eficiente. Esta habilidade que o analista possui, e que não possui nem João nem Pedro, o coloca em uma posição única, *vis-à-vis* com seu paciente, que é necessária e vale a pena preservar. (HEIMANN, 1960, 145-6)

Os artigos de Paula Heimann são simples e diretos. Vão ao ponto que a interessa e num certo sentido “dessacraliza” o ofício do psicanalista, tirando-lhe um certo véu diáfano de obscurantismo. Não se pode dizer o mesmo de outros pesquisadores da escola inglesa que talvez por tentarem descrever o indescritível, acabam por adquirir uma escrita mais assemelhada a de Klein. Ao final desse artigo, a autora então formula questões simples, que de certa maneira englobam a situação analítica em seu conjunto:

O quê? Por quê? Quem? A quem? O que está fazendo o paciente neste momento preciso? Por que o faz? Quem o analista representa neste momento? Que aspecto do passado está dominando o paciente? Em que forma isto representa uma resposta a uma interpretação anterior? O que significou para o paciente, segundo seus sentimentos? (HEIMANN, 1960, p.148)

Tais perguntas garantiriam ao analista a manutenção do *setting* e suas respostas contratransferenciais poderiam então servir como mais uma ferramenta de trabalho a seu dispor.

Nesse segundo trabalho de Paula Heimann, a autora cita inúmeras vezes o artigo de Gitelson (1952) e parece entreter um diálogo com ele. Nesse trabalho, “The emotional position of the analyst in the psycho-analytic situation”, Gitelson busca colocar ordem na fenomenologia da contratransferência e diferencia “*reações do analista frente ao paciente como um todo*” e “*as reações frente a aspectos parciais do paciente*”. Na sua opinião, a contratransferência deve ser tratada junto ao paciente, posição com a qual Margareth Little concordará.

Outros autores se ocuparam com o tema e deixaram contribuições significativas ao tema. Destacarei alguns autores, dado que a bibliografia sobre o assunto tem se estendido, em especial nos últimos anos, e não é meu objetivo um estudo teórico da contratransferência.

Margareth Little foi a autora que produziu em mim o maior efeito. Por tanta semelhança com os estados mentais que ocorrem em meus atendimentos, tive uma imediata repulsa aos seus textos. Uma segunda leitura, entretanto, revelou a identificação com essa autora.

São dois artigos nos quais Margareth Little trabalha com o tema. O primeiro data de 1955 e se intitula “Contratransferência e a resposta do paciente a isso”. Nesse texto fazemos uma espécie de imersão para dentro de

Margareth Little, de tão intimista é seu relato do caso, na verdade uma supervisão cuja descrição começa o artigo e que coloca em xeque a posição do analista. A seguir, a autora passa a relatar que a partir do fato observável de que poucos trabalhos foram dedicados ao tema, verifica que existe uma ampla gama de significados que são utilizados.⁶ (LITTLE, 2002)

Margareth Little vai destrinchando o tema, cotejando a questão em Freud, buscando subsídios para trabalhar a contratransferência metapsicologicamente. Mais à frente no texto, prossegue sua investigação, desenhando o caminho normal e o patológico da dinâmica do par transferência-contratransferência. Levanta questões complexas em relação aos sentimentos hostis que o analista pode experimentar em relação ao analisando, especialmente quando vinculados ao superego. Ou seja, a vinculação do analista se dará nos mesmos termos que os do analisando, nos seus vértices agressivos e libidinosos. A partir disso, aborda a contratransferência em seu aspecto de resistência, exemplificado com a retenção do analisando por parte do analista, levando a análise a durar mais tempo.

⁶ “O termo (contratransferência) é usado para significar algo ou tudo do que se segue: a) atitude inconsciente do analista para com o paciente, b) elementos, recalcados, até este ponto não analisados no próprio analista, que se ligam ao paciente da mesma maneira pela qual o paciente “transfere” para o analista afetos, etc...experimentados, em relação a seus pais ou os objetos de sua infância; o analista considera o paciente (temporariamente e de forma variável) como considerava seus próprios pais, c) alguma atitude ou mecanismo específico por meio do qual o analista se depara com a transferência do paciente, d) o conjunto de atitudes e comportamentos do analista para com seus pacientes. Isto inclui tudo o mais e também quaisquer atitudes conscientes. A questão é por que a contratransferência é tão indefinida ou indefinível. Será que o isolamento da contratransferência é impossível na medida em que se conceito é tão amplo é incômodo e de difícil manejo? Encontrei quatro motivos para isso. 1) Eu diria que a contratransferência inconsciente é algo que não pode ser observado diretamente como tal, mas apenas em seus efeitos; poderíamos comparar esta dificuldade com aquela dos físicos que tentam definir ou observar uma força que se manifesta por ondas de luz, gravidade, etc.. mas que não pode ser detectada ou observada diretamente. 2) Penso que parte da dificuldade surge do fato de que (considerando-a metapsicologicamente) a atitude total do analista envolve toda a sua psique, o id e alguns remanescentes do superego, assim como o ego (ele também está preocupado com tudo isso no paciente) e não existem fronteiras definidas a diferenciá-los. 3) Uma análise (até mesmo auto-análise) postula tanto um analisando como um analista; num certo sentido eles são inseparáveis; algo que é sugerido no que aquilo que é sobre uma delas pode ser grandemente atribuído à outra. 4) E, mais importante do que qualquer uma dessas coisas, penso que, no analista, há uma atitude para com a contratransferência, isto é, para com meus próprios sentimentos e idéias, que é realmente paranóica ou fóbica, especialmente quando os sentimentos são ou podem ser subjetivos.” (2002, p.56).

Tece a seguir ressalvas em relação ao tema da empatia, cuja raiz encontra-se nos processos de identificação e coloca em ação falhas na função egóica do analista, em especial, no reconhecimento de tempo e distância, e que podem acarretar erros de interpretação, como no exemplo com que abre o artigo. Nesse exemplo, o analista teve um sentimento de ciúmes e o paciente reage fobicamente. O paciente encontrava-se pela recente perda de sua mãe e o analista falhou no *timing*, estimulando o paciente a uma atividade para a qual o paciente talvez não estivesse pronto.

Em relação à análise de psicóticos, a autora comenta o papel preponderante que o narcisismo do analista cumpre. Cito o texto:

Pode ser que, nos psicóticos que não respondem à situação analítica usual de uma maneira comum, desenvolvendo uma transferência que pode ser interpretada e resolvida, a contratransferência tenha que fazer todo o trabalho. A fim de encontrar alguma coisa no paciente com a qual possa entrar em contato o terapeuta tem que permitir que suas idéias e gratificações libidinosas, derivadas de seu trabalho, regridam a um nível extraordinariamente baixo. (Podemos, por exemplo, nos perguntar sobre o prazer que um analista possa ter com o sono de seus pacientes durante as sessões de análise!). Foi dito que os melhores resultados terapêuticos são obtidos quando um paciente está tão perturbado que o terapeuta experimente sentimentos intensos e distúrbio profundo, e o mecanismo subjacente pode se sua identificação com o id do paciente. (LITTLE, 2002, p.62)

Para Margareth Little a não-elaboração da contratransferência e sua conseqüente negação podem tanto precipitar um abandono da análise quanto pode fazê-la se estender além do necessário. Ou seja, há uma percepção por parte do analisando em relação aos sentimentos de seu analista os quais devem ser trabalhados e por vezes utilizados na formulação da interpretação. Para essa autora, a contratransferência é um mecanismo de defesa de um tipo sintético, trazido pelo ego inconsciente do analista, e é facilmente mantido

sob o controle da compulsão de repetição. O analista precisaria realizar seu ofício a serviço da sublimação para poder desse modo evitar, assim, uma neurose de contratransferência.

No próximo artigo ‘R’ – A resposta total do analista as necessidades do seu paciente”, Margareth Little (2002) faz uma longa preleção, seguida de um exemplo de sua clínica. Esse artigo é bastante denso, o que resulta uma certa confusão no leitor. Por outro lado, Margareth Little trabalha questões importantes e complexas. Começa retomando o artigo anterior e afirma usar a última das definições de contratransferência, a saber, “*o total das atitudes e comportamento do analista para com seu paciente. Isso inclui quaisquer atitudes conscientes assim como todas as demais*”. (LITTLE, 2002, p.89) E, a partir disso define “R” como “*a resposta total do analista às necessidades de seu paciente, quaisquer que sejam essas necessidades, e qualquer que seja a resposta*”. (LITTLE, 2002, p.90)

Define necessidades, responsabilidade, compromisso, sentimento, quase uma cartilha de psicanálise... Então na narrativa do caso aparece um momento crítico no qual ela coloca seu sentimento, expressando um cansaço em relação ao rumo dos acontecimentos daquela análise, notoriamente a falta de acesso da paciente. Essa expressão de sentimentos teve um efeito bombástico, como se a paciente tivesse “acordado”.

A complicação no artigo de Margaret Little, além da leitura difícil, também se dá no sentido de uma impossibilidade de resumi-lo. Parece que se trata da dificuldade em expor a contratransferência em casos de difícil acesso, como o que trabalho na presente dissertação. Como são pacientes que desafiam a autoridade do analista, acabamos tendo a impressão que bem que pode ser erro do analista. A vantagem é que Margareth Little contava com sua formação analítica; porém, mesmo assim, em certo momento do artigo ela comenta ter se utilizado de sua experiência anterior à formação analítica Essa

é uma dificuldade que está colocada na presente dissertação. Por vezes, o relato das situações quase não tem utilidade nenhuma para descrever o indescritível de uma relação regressiva e desafiadora.

No caso que a autora usa como exemplo, uma intervenção, baseada nos sentimentos despertados nela por um estado de isolamento afetivo que a paciente se coloca após a perda de uma amiga querida e distante, produz um grande efeito na situação analítica, produzindo uma mudança afetiva na qual a colocação em palavras dos sentimentos da analista provocou uma ligação da paciente com o presente da situação.

Essa é uma questão que se coloca na clínica de pacientes regressivos, que carecem de palavras, dado a dificuldade nos processos de simbolização. Em tais casos, uma intervenção como a descrita por Margareth Little amplia o universo simbólico do paciente e também aponta para uma hipótese diagnóstica mais acurada.

Heinrich Racker (1960) é o autor que teve uma produção sobre o tema bastante profícua, pretendendo abordar vários ângulos da questão. Sua produção é contemporânea às de Margaret Little, Paula Heimann, Annie Reich e outros, fato por ele mesmo citado em um dos textos. São três textos que se encontram compilados no livro “Estúdios sobre Técnica Psicoanalítica”. Pretendo destacar algumas contribuições desse autor que poderão auxiliar o desenvolvimento da presente dissertação.

No capítulo dedicado à neurose de contratransferência, Racker (1960) começa por situar a função do analista. Tal função seria dupla: por um lado o analista é o *intérprete* dos acontecimentos inconscientes e ao mesmo tempo é o *objeto* desses mesmos acontecimentos. Disso resultaria uma dupla função da contratransferência, que situa o analista no seio de uma relação que pode fazer vibrar tanto seus aspectos sãos como os aspectos neuróticos, vale dizer – neuróticos. Portanto, haverá necessariamente uma dificuldade a mais na

publicação de estudos sobre a contratransferência devido em parte à importância da exposição da personalidade do autor. Racker formula uma hipótese:

Parece que entre os temas analíticos a contratransferência é tratada um pouco como o menino do qual os pais sentem vergonha. Mas essa vergonha, melhor dizer, o perigo que ameaça o “auto e alo apreciação” do analista, por ser analisado e analista, e continuar sendo neurótico, não é mais que uma expressão superficial das causas das resistências contra o fazer consciente à contratransferência. Atrás desses, estão todos os temores e todas as defesas inerentes a sua neurose; a situação profissional somente reveste com os termos novos os antigos impulsos, imagens e angústias. (RACKER, 1960, p.130)

Essa hipótese talvez dê conta de explicar a dificuldade encontrada nos textos sobre o tema, bem como do meu receio em redigir a presente dissertação. A hipótese que venho trabalhando originou-se de indagações pela minha supervisora em relação à dificuldade que eu tinha nos atendimentos de Cecília. Conforme avanço na pesquisa, tenho sentimentos semelhantes aos que tive nas duas vezes em que estive grávida: será que o bebê nascerá sadio?

Racker, no entanto, mantém em mente a hipótese de Paula Heimann. O que podemos avançar será na compreensão dos processos de identificação envolvidos no processo. O autor formula duas vias de identificação que se darão pela via regressiva:

a) concordante, que coloca o analista na mesma posição que o analisando, o que lhe permite sentir e experimentar os mesmos desejos e impulsos do analisando.

b) complementar, por meio da qual o analista pode sentir sua posição na fantasia inconsciente do analisado e compreender as dificuldades deste.

Também aponta para o intrincado interjogo entre o complexo edipiano no analista e no analisando, nos seus aspectos positivo e negativo.

Esse autor também aponta para a espinhosa questão da angústia contratransferencial, tópico com o qual pretendo encerrar este capítulo. Para ele a angústia contratransferencial pode ser de natureza paranóide ou depressiva e apontaria para um denominador comum, a saber, a identificação com o agressor, diante do qual o paciente pode reagir com uma conduta maníaca. A angústia pode surgir como um temor por uma piora do paciente, um cansaço ou uma sensação de triunfo.

II A CLÍNICA.

Freqüentemente as situações trazidas pelos pacientes nessa clínica, que podemos chamar casos de “falha básica” numa visão generalista e de conjunto, se referem às dificuldades em lidar consigo mesmos, em vários aspectos da vida, desde o mais simples e concreto até o mais abstrato e complexo. Uma verdadeira dificuldade encontra-se nos processos de pensamento e simbolização. O que chamamos demanda para início de uma psicanálise é oscilante, dado que as necessidades trazidas são da ordem do real e para esses pacientes parece faltar a palavra e, portanto, o acesso às metáforas subjacentes que pudessem organizar o desejo, constituindo assim o sujeito.

A transferência se torna extremamente complexa diante do grau de acontecimentos afetivos que invade o enquadre. Não podemos, para sermos rigorosos, falar em associação livre, visto que parece que o paciente verdadeiramente se dispersa pelos inúmeros assuntos que lhe demandam atenção, todos com igual urgência. Cria-se um emaranhado no qual é impossível desvendar um sentido oculto latente; a comunicação serve à finalidade de descarga das tensões, que parecem insuportáveis para o paciente. A vida mental lhes é traumática, se assim pudéssemos formular.

Balint (1993, p.15) cria a noção de “falha básica” para se referir a pacientes que provocam esse tipo de “mal-estar”. Em texto de 1968 em um

importante levantamento da pesquisa sobre o narcisismo, Balint cita as principais características do nível da falha básica: a) todos os eventos que nele ocorrem pertencem a uma relação exclusivamente bipessoal – não existe uma terceira pessoa; b) essa relação bipessoal é de natureza particular, completamente diferente das bem conhecidas relações do nível edipiano; c) a natureza da força dinâmica que opera nesse nível não é a de um conflito; d) muitas vezes a linguagem adulta pode ser inútil ou enganadora para descrever eventos nesse nível, pois nem sempre as palavras estão de acordo com seu significado convencional.

O caso que será estudado na presente pesquisa exigia que eu fosse mais atenta possível aos sentimentos que às situações que despertavam em mim. Para fins do presente estudo deixarei de lado mais especificações em relação à psicopatologia e procurarei antes me deter na situação analítica, tendo como hipótese que a natureza da contratransferência suscitada nesse atendimento pode ser um importante instrumento de diagnóstico.

O presente caso foi estudado para fins do primeiro relatório de supervisão didática do Instituto “Durval Marcondes” da Sociedade Brasileira de Psicanálise. Durante a supervisão, a inquietação que o atendimento de Cecília suscitava em mim gerou inúmeras discussões acaloradas com minha supervisora.

A paciente viera com diagnóstico de depressão e estava tomando fluoxetina. Mas ao diagnóstico de depressão se sobrepunha à sua natureza querelante desde a primeira entrevista. Ao mesmo tempo em que me estranhava sobremaneira e as minhas intervenções eram sentidas como intromissões, palpites, etc... Cecília parecia se aferrar a mim, ao consultório, às cercanias do consultório. E essas situações excêntricas, de uma intensidade ambivalente, causavam-me um mal-estar pela invasão e me deixavam sem ação. Eu era convocada diretamente, sem que a intermediação do nosso

contrato servisse de pára-raios. Se eu a gratificasse me amaria, mas se colocasse limites passaria imediatamente a me odiar. A contratransferência foi convocada desde o primeiro contato. Eu tinha de me consultar para não contra-atacar.

Algo da ordem de uma angústia pré-verbal se impunha e precisava ser compreendido em sua natureza *pática*. Seriam os meus limites que não estavam claros ou Cecília é que tinha um problema com os limites? Essa questão, assim formulada, foi de grande valia para os primeiros tempos dessa análise.

A contratransferência se revelava ora em uma intenção minha de acolhimento e compreensão de sua fragilidade ora em movimentos de expulsão diante dos ataques esnobes em relação ao meu trabalho, um certo adoecimento a que me senti arrastada em virtude da intensidade dos afetos despertados na situação analítica. A natureza ambivalente da relação que ela estabelecia comigo despertava a minha ambivalência em relação a ela e às suas necessidades. Cecília parecia querer desafiar a lei da gravidade. Como a figura de autoridade não se constituía, nada parecia valer a pena, portanto nenhum sacrifício parecia estar justificado, como, por exemplo, tentar entender o que eu estava dizendo. Frequentemente ela se surpreendia por eu continuar ali presente, as vezes um pouco resfriada, um pouco cansada. Cecília era especialmente atenta a esses aspectos. Parecia sinceramente se preocupar com a minha saúde. O seu lema então aparece pela primeira vez: *“Por que eu vou te amar se posso te perder?”*⁷

Como garantir a minha sobrevivência? Como garantir a Cecília que eu não a abandonaria? Como contemplar os aspectos necessitados, carentes de amor e cuidado e os momentos mais tormentosos, quando minha presença era

⁷ Voltarei a este tópico no capítulo seguinte.

sentida como excessiva, quando Cecília parecia apenas querer se deixar morrer?

Essa dimensão serviu como referencial para o acompanhamento deste caso, no qual o *pathos* que a paciente traz é de particular intensidade, vivido de modo totalmente impotente por ela. A perda de sua mãe, aos dez anos de idade, abre uma espécie de rombo em sua personalidade, cuja cicatrização não se completa jamais. A morte opera como uma desesperança e uma turbulência permanentes, cujo fim parece ser o de afastar de si a ameaça e a dor pelas perdas que ainda poderão ocorrer em sua vida. De dentro da desesperança o movimento tende a ser desesperado. Entretanto ao mesmo tempo em que solicitava quase tudo da analista, o acesso a ela é bastante limitado, dificultando a tarefa analítica de modo peculiar.

Num tal estado de coisas, os sentimentos despertados na analista podem servir como um poderoso aliado, causador de um sofrimento, e, por vezes, uma tendência a desistir. A natureza oscilante da transferência nesse caso aponta para a necessidade de uma garantia interna de sobrevivência, independente dos movimentos de Cecília entre a rua e a sala de análise. Ela imaginava que eu fosse mandá-la embora, que eu não suportaria seus ataques, críticas.

II.1 O caso Cecília.

Cecília chega buscando, buscando. Buscando análise?

Já conhece o caminho analítico. Em sua cidade de origem fizera dez anos de análise e desde que chegara a São Paulo percorrera vários consultórios, entre eles o do psiquiatra que a medica com antidepressivo.

Como estava sendo atendida por ele por meio de uma instituição de ensino, tem acompanhamento psicoterápico também. E frequenta sessões de terapia de casal com o marido, por meio do convênio médico que a firma para a qual o marido trabalha oferece.

Chega para a análise por meio de uma outra instituição da qual faço parte. Então, somando, estava sendo atendida por três profissionais e se me incluir seremos quatro. O que será que isso significa? Em princípio, sobrevém um desconforto, inclusive de ordem ética. Serei eu a dar conta do recado?

Cecília, na primeira entrevista se põe a falar ininterruptamente sobre todos os assuntos que ocupam sua mente. Uma avalanche de conteúdos diferentes emendados aleatoriamente, de modo a parecer ter uma coerência que na verdade careciam.

O fato mais marcante de sua vida foi a morte da mãe quando tinha dez anos de idade. Como um filhote desgarrado do ninho precocemente, tem estado em busca de algum conforto emocional. Foi criada a partir da morte da mãe por uma tia, uma mulher ciosa dos seus deveres, porém muito deprimida e fria com a sobrinha. A menina cresce com o luto sangrando.

Sua trajetória de vida culmina com um casamento que a traz para São Paulo, como uma tentativa de começar uma vida nova. Mas ao chegar aqui padece da dor pela perda das referências que desprezara e então se deprime. Acrescenta-se a isso muita dificuldade no relacionamento conjugal, tecido a maior parte do tempo por correspondência, telefonemas, internet e alguns poucos encontros face a face.

A imagem que me surgiu na mente nesse primeiro contato foi a de Cecília como um balão de gás que precisava ser amarrado em algum lugar. De análise, não sei o quanto sabia que precisava. Precisava muito de mãe e de alguém que pudesse conciliá-la com esse desejo, com a saudade que tinha de

sua mãe e que lhe oprimia o peito e tirava o sentido de tudo o mais. A morte da mãe a pegou pré-púbere, num momento em que a criança ainda está bastante apegada à mãe, período que antecede a inquietação da adolescência e suas crises de rebeldia típicas. Cecília não chegou a desafiar a mãe às claras, não teve tempo para querer se “livrar” da mãe, de modo consciente. O movimento de independência não brotara ainda: toda a raiva e rebeldia ainda estavam adormecidas e acabaram por se voltar contra ela mesma. Isso caracteriza uma melancolia. Neste momento inicial da análise, porém, ela se encontra num momento fronteiro e isso se mantém por pelo menos dois anos. A natureza dos sentimentos contratransferenciais despertados em mim nesse atendimento foi convocado para corroborar com essa hipótese. Eu era puxada e empurrada sucessivamente. Logo de início, se espantava muito quando eu falasse qualquer coisa – uma observação, intervenção. Passou a chamar a análise comigo de “interativa” em comparação ao modelo da análise que fizera anteriormente. Estranhava meu jeito de trabalhar e a partir deste estranhamento sentia-se criticada. Para ser rigorosa devo acrescentar que entendo tal movimento como uma manifestação de intensa ansiedade persecutória com a qual Cecília estava habituada a conviver. Parecia que eu não devia estar ali, pelo menos não viva. A percepção de minha presença era fonte de inquietação e certamente encontrava apoio na maneira que costumo conduzir a análise, diferente da análise que se submetera em sua cidade de origem.

Cecília era muito briguenta. Parecia me medir o tempo todo, como se pudesse me avaliar. Fazia uma pressão grande com seu olhar e causava muito mal-estar com um não sei quê de ameaça. Mesmo assim, aceitou começar o trabalho comigo, se dispondo a encerrar as outras duas terapias, sem entender bem seu próprio movimento. Por um lado sua situação de vida e sua história progressiva tocaram profundamente meu coração; porém, havia um outro lado,

o do aborrecimento que me causava ser avaliada permanente e ostensivamente por ela.

Nessas primeiras sessões costumava convocar todas as pessoas que pudesse, por exemplo, do condomínio onde mora, as que encontrava pela rua, nos escritórios ao lado do meu consultório, antes de se encontrar comigo, como a procurar testemunhas para esse encontro comigo. Era evidente meu desagrado diante de tais atuações, pois me considerava uma analista zelosa do meu ofício. E ela notava esse desagrado que eu tentava inutilmente incluir na sessão, apontando-lhe a sua desconfiança em relação a mim, o que seria um modo de elaborar a contratransferência, gerando uma interpretação. Cecília, porém, não compreendia o que eu dizia, apenas sentia-se criticada. Parecia não existir uma intermediação simbólica e tudo o que eu falasse a afetava de maneira particularmente intensa. Na falta de intermediação simbólica, Cecília ficava sem anteparo ao contato comigo e me deixava na mesma situação. E eu tinha de conter um ímpeto pedagógico que se apoderava de mim, com a vontade de educá-la, o que só pioraria a situação.

Por vezes, trazia uma vizinha que mal acabara de conhecer e me apresentava, subitamente, deixando a pessoa na sala de espera esperando. Em outras vezes, depois que ela ia embora, eu encontrava um recado na secretária eletrônica de alguém procurando por ela, recado ao qual eu me sentia na obrigação de responder. Em uma dada oportunidade, a campainha tocou e era uma outra vizinha que tinha vindo buscá-la e ela já tinha ido. Situações embaraçosas, trabalhosas, que criavam uma confusão no meu consultório.

Nessa época eu trabalhava sozinha no consultório e sem secretária. Tinha o costume de entregar a chave do consultório para os pacientes, procedimento que utilizei com ela também. Então ela chegava mais cedo, ficava bastante na sala de espera, utilizava o banheiro, cochilava, lia revistas e me espiava. Por vezes eu estava desocupada, por exemplo, esperando o

paciente do horário. E Cecília tentava puxar um papo, se oferecia para me ajudar se eu chegasse depois dela, carregada de livros. Sua presença se impunha. Passou a chamar o consultório de “minha casinha”, “a casinha”, e a demonstrar uma ligação afetiva com o espaço físico, por assim dizer. Comigo ela se irritava, parecia que minha presença ali a atrapalhava.

Andava pela cidade, sem rumo, zanzando; não conseguia parar em sua casa. Não conseguia desenvolver o apego que tinha pelo meu consultório pela sua própria casa. Mostrava-se desesperada diante da percepção de que, apesar de tanto desejar formar uma família que fosse sua, estava totalmente despreparada. E, ainda por cima de tudo, brigava com o marido durante todo o tempo que ele estivesse em casa, mesmo que tivesse implorado sua presença. Procurando o quê?

Como convocava sempre alguém do condomínio para trazê-la e buscá-la nas sessões, criava uma impressão de gravidade pelo fato de estar indo para a análise. Colocava-se desse modo no lugar de uma paciente qualificada, meio café-com-leite.

Cecília afetava uma facilidade para contato que, na verdade, não tinha. À medida que esses relacionamentos prosseguiam, o nível dos adjetivos ia abaixando, traduzindo uma depreciação por aquelas pessoas que se apiedavam dela, o que provocava uma certa repulsa da minha parte. Da extrema necessidade do outro passava para um ódio feroz. A vizinha bondosa que a trouxera virava a desocupada interessada na vida alheia.

Era comum encontrá-la na calçada, na padaria, como se ela tivesse se tornado parte da paisagem ao redor do meu consultório, embora morasse em outro bairro. Nesses encontros fortuitos, sua alegria em me ver era visível. Num desses encontros, como eu morava perto do consultório, ela me viu com meus dois filhos que tinham, nessa ocasião, mais ou menos a idade que ela tinha quando sua mãe morreu. Eu me senti flagrada num aspecto da minha

vida, que eu procurei manter oculto, a saber, o enorme prazer que eu sinto em ser mãe. Cecília foi me descobrindo. Como aponta Balint, eu precisava ser “de verdade”.

Entretanto, se a necessidade de mãe se constituísse no único problema, certamente uma boa maternagem seria indicado ou mesmo usar a noção winnicottiana de manejo. Mas a carga de ódio fazia um barulhão. Cecília desejava se manter semimorta nos seus devaneios com sua mãe, lá na morte onde esta jazia. E, de certo modo, tentava impor essa morte para mim também. E se espantava com tudo o que em mim apontasse para a vida. Estar disposta para atendê-la, ter filhos e trabalhar, gostar de trabalhar, ter plantas que eu cuidava no meu consultório, tudo isso a deliciava, mas a enchiam de inveja. Será que ela conseguiria fazer tudo isto também? Será que ela poderia me aceitar como modelo de identificação = me amar?

O *pathos* revelava-se na impossibilidade de se perceber como agente das situações e repetições. A sua vida mental transformara-se num eterno trauma. Cecília sente-se vítima das situações. A bem da verdade, sua busca por auxílio parecia inoperante visto que, apesar do sofrimento em que ela vivia, estava muito acostumada a ele. Uma mudança era apavorante. Era, como se diz popularmente, uma proposta de análise “para inglês ver” que ela esperava. As minhas intervenções eram sentidas como intromissões, como “cortadas” nesse primeiro momento, que chamarei de heróico.

Cecília foi permanecendo ali comigo, mas achando que a qualquer momento eu desistiria de atendê-la. Talvez morresse? Talvez ficasse deprimida? Às vezes, na sessão, acontecia de eu desanimar por não saber o que fazer naquela situação, e mesmo que fosse um movimento rápido era assinalado de alguma forma por Cecília, por exemplo uma pergunta se eu estava gripada, cansada, etc... Era preciso que eu me mantivesse viva. Como a gente se sente quando nascem os bebês.

A analista deveria permanecer em silêncio, na opinião dela. Como se fosse melhor que eu não estivesse presente. A analista e a Elisabeth eram duas pessoas separadas na sua visão. Desse modo, Cecília vai se ligando na Elisabeth, tentando aniquilar o trabalho desenvolvido com ela... pela Elisabeth.

Nessas situações que marcam o início do nosso trabalho, ao mesmo tempo vai organizando sua vida em volta do meu consultório e parece começar a “construir” dentro de si a figura da analista como um objeto subjetivamente percebido, que possa estar contribuindo para que ela sinta em alguns momentos fugazes uma calma nunca antes experimentada. (WINNICOTT, 1994)

Como acompanhar, sem interferir, sem tentar consertar os estragos que ela apresenta a cada sessão, seja em seus relacionamentos seja em sua própria mente, a evolução do caso de um estado de depressão mórbida para uma perspectiva de a paciente começar a vislumbrar a possibilidade de tomar as rédeas do seu destino? Desfazer a teia de repetições desde o trauma que foi a perda de sua mãe e todo o curto circuito negativo que se instalou na mente da menina revoltada e sangrando. Elaborar essa ferida na relação com a analista e no percurso analítico, em que pese a relação transferencial e a chance de reviver no presente da relação a possibilidade de aprender e apreender por meio da continência de suas angústias e defesas. E talvez de sua primeira articulação entre o concreto de sua dor⁸ e a capacidade de nomeá-la, de modo a lhe conferir sentido há tempos perdido, elaborando esse luto ainda aberto. Criar dispositivos que lhe ofereçam condições de inaugurar na sua vida um patamar de mais prazer no trabalho e prazer nas relações interpessoais.

Muitas situações trazidas pela paciente no nível pré-verbal davam a noção de sua necessidade de vinculação, dado que seu discurso era uma

avalanche de fatos narrados sem aparente conexão entre si, mas que pareciam ter a finalidade de manter a analista atada firmemente a ela, como que ocupando o lugar vivo de uma mãe que ao morrer a deixa desnorreada, sem ter a quem se referir, que lhe desse a referência afetiva necessária para que ela pudesse se sentir importante para alguém e não apenas um trabalho a mais. Ao mesmo tempo que, de alguma forma, sabia que eu mal a conhecia, contava muitos fatos mesclando memória, passado e presente, muito atenta a perceber qualquer movimento meu, que era imediatamente tomado como rejeição. O tempo todo parecia, e parece estar ainda, preocupada em saber se eu estou interessada nela. Os primeiros tempos do nosso trabalho foram um desafio para nós duas.

Graças ao trabalho de supervisão, pude ir aprendendo e apreendendo a compreender que o ritmo do processo está em função da analisanda sempre, dado que se dará a partir de suas possibilidades emocionais. E mais, que existe uma questão complicada em relação ao que entendemos como a problemática dessa analisanda. Se, num primeiro momento, a desorganização se mostrava muito evidente, aos poucos a sua depressão foi tomando mais e mais o espaço analítico e ela foi, de certa forma, se prostrando, deixando de trabalhar e se concentrando bastante no trabalho analítico. A supervisão como que me ajudava a conter num ímpeto pedagógico que por vezes se apoderava de mim e que, de certa forma, podemos dizer que Cecília demandava como prova de dedicação e apreço a ela.

Também podemos pensar no papel da supervisão em relação aos sentimentos contratransferenciais que tomavam conta de mim. Era bastante difícil traduzir em palavras o clima emocional dos nossos encontros, de modo que muitas vezes surgia a questão sobre a possibilidade de haver tantas falhas

⁸ E do medo dos estragos ocasionados pelos ataques fantasiados ao objeto, primariamente o corpo da mãe, que nesse caso sucumbe à morte, intensificando o medo da própria destrutividade.

na minha formação que estariam impedindo o acesso aos conteúdos trazidos por Cecília.

Os primeiros tempos dessa história analítica foram heróicos para ela também, que tinha outro modelo de terapia em mente e estranhava bastante minhas freqüentes intervenções.

II.2 O caso Cecília: a história da análise.

Ao chegar para a primeira entrevista, mostra-se animada:

“Um longo percurso para chegar até aqui”. E começa a falar ininterruptamente sobre os tratamentos anteriores (inclusive uma análise de dez anos de duração no seu Estado de origem), sobre o fato de estar sendo atendida por mais três especialistas⁹, sobre o seu casamento, a morte da mãe. Uma avalanche de conteúdos diferentes, emendados aleatoriamente, de modo a parecer uma coerência. Não havia indícios de que a análise fosse começar, de que Cecília fosse permanecer em São Paulo, de que seu casamento fosse continuar, de que trabalharia na carreira escolhida. Um verdadeiro caos. O que poderia parecer lógico para a analista, não tinha a menor lógica para Cecília. Se, por exemplo, fosse colocada alguma observação sobre o que acabara de falar, se surpreendia sobremaneira. Um rodopio em falso, sem eixo. Muita agitação, muita confusão. Nessa época, também costumava conversar com todo o mundo que encontrava pela rua, pelo condomínio onde mora, nos escritórios ao lado do meu consultório. Anda pela cidade, zanza, não consegue parar em casa, procura.

⁹ Estava sendo medicada (fluoxetina), por meio de uma instituição de ensino que incluía no tratamento fazer psicoterapia também na clínica-escola. O casal também estava fazendo sessões de terapia de casal por meio do convênio médico da empresa na qual o marido trabalha.

Buscando o quê?

Ao final do primeiro mês que, digamos, frequenta meu consultório, vai resolvendo ficar ali comigo, não sem medo “das cortadas que você me dá”, mesmo sentindo minhas intervenções ora como intrusão ora como rejeição, o que a faz descrever a análise como “interativa”, tal seu espanto diante da percepção da minha presença.

Vamos estabelecendo algum tipo de vínculo em meio aos sonhos que ela vive, acordada. Proponho-lhe uma imagem: “Você parece um balão de gás que a gente precisa amarrar para não sair voando e se perder”.

Consegue uma entrevista para uma vaga de secretária num escritório. É aceita.

Sessão A

Primeiro dia de emprego novo, novo horário de análise:

P: Foi legal. Foi bem legal. O escritório é bárbaro. É um prédio lindo, sabe. Tem serviço de copa, imagina! O dia todo tem alguém servindo, perguntando o que eu quero! Eu fui ficando com dor de garganta e medo. Fui ficando com medo de perder a voz e fui pedindo chá de hortelã. Tenho de trabalhar no arquivamento de processos no computador, que tem um programa novo. É um monte de coisas. Aí eu fiquei pensando que queria trabalhar como advogada, sabe. E nem comecei. Eu tenho medo de não ser capaz.

A: E tenta se imaginar na etapa seguinte.

P: *É. Nesse medo, eu tenho sempre a sensação de ser expulsa...*

A: Como aqui comigo...

P: *Sim, acho que você não gostou de mim. Sei lá. Parece que eu sempre vou fazer besteira, tenho medo de você, do chefe...*

A: Como dos seus tios, dos seus pais...

P: *(Parece se assustar), (silêncio). É, sabe? E depois que a gente falou aqui sobre isso é que me dei conta do medo que eu sentia da mãe. Gozado, né? Ela era muito, muito brava e eles viviam brigando. Também me sinto culpada. Uma vez, quando minha irmã nasceu, eu tinha quatro anos (faz o gesto com a mão). Daí eu peguei um vidro de álcool que tinha uma tampa que levantava e fui dar de mamar para a minha irmã. Logo que caiu no rosto dela ela começou a chorar e berrar. Meu pai veio e começou a me estrangular e a minha mãe, de um lado jogava leite do peito no rosto da minha irmã e de outro, com a perna, tentava segurar meu pai. Foi um horror e acho que foi isso que provocou o problema dela na barriga, que a levou para a operação e que ela morreu. Quase assim, sabe, matei minha mãe. Meu pai era muito, muito bravo.*

(Silêncio).

A: Que poder destrutivo você cresceu acreditando ter...

P: *É.*

A: Por isso ninguém vai te querer.

P: *É...*

A: Então você já entra querendo ir embora. E se a chefe não gostar de você...

P: *É um problema a menos. Já vou indo. Ai! Não, não é verdade. Eu gostei do escritório. Ai que loucura isso, né? Vou chutando o balde logo de cara.*

Comentário.

Podemos considerar essa a primeira vez em que se produziu dentro da sessão, uma compreensão a partir do que ela me relatava. O tom emocional estava presente na relação estabelecida com a analista, que estivera presenciando todos os ataques que Cecília fizera à análise e à analista nesses dois primeiros meses. Na mesma medida que Cecília se aferrava à analista, parecia ignorar a que viera¹⁰. Em nada se assemelhava a uma parceria, um casamento, metáfora usada freqüentemente para descrever o processo analítico. Cecília parecia precisar sentir que cabia dentro da analista.

O escritório novo era nas cercanias do consultório da analista. Como um centro de referência, um marco zero na nova cidade, Cecília começou a se organizar em volta da analista. Ela chegava muito perto de mim e ao mesmo tempo estava ameaçando ir embora o tempo todo. A cada começo de sessão criava-se um clima de suspense se teria decidido voltar para a sua cidade, brigado com o marido, se separado.

¹⁰ O processo analítico parecia se desenvolver de maneira inconsciente e, após uma fase de intensos ataques (com deboches, críticas, comparações com a antiga analista, etc...), vem à tona uma cena híbrida de ataques fantasiados e reais que apontam para a natureza maciça da transferência que Cecília estava estabelecendo com a analista. Machucara a irmã? Machucou a analista?

Retrospectivamente, compreendo que essas situações batiam em algum ponto cego meu e eu a afastava do contato direto comigo, tal como aparece no momento da sessão quando afastei o assunto para o medo dos tios, lá e então. São esses momentos de expulsão que parecem caracterizar o ódio que ela despertava contratransferencialmente.

Nesse período (que chamei de heróico) tudo nela estava à flor da pele. Não havia lugar para um certo distanciamento crítico, que é necessário para uma investigação da vida mental. Embora parecesse ter uma clareza sobre si mesma e uma certa depressão ligada a essa percepção, a dor que essa percepção lhe causava era insuportável devido à sua impossibilidade em lidar com os sentimentos de culpa decorrentes de tal percepção e ela voltava ao ataque. Não tinha a menor idéia de que pudesse operar uma reparação, que pudesse aprender a cuidar dos seus objetos de amor, fazer as pazes, consertar os estragos feitos por ela. Na maior parte do tempo, as sessões desembocavam numa lembrança dolorosa e também distante do presente, com a mãe morta, com uma espécie de saudades infinita e um luto por elaborar. Esse foi o primeiro indício de um refúgio psíquico, uma espécie de “encapsulamento”.

Segundo Steiner (1997), um subgrupo de pacientes difíceis de tratar se mostra incapaz de tolerar o sofrimento da posição esquizoparanóide ou depressiva e se refugia dos relacionamentos reais. Esse autor nomeia esse tipo de funcionamento mental de “organização patológica” por se tratar de um conjunto de mecanismos de defesa solidamente construídos com a finalidade de proteger o paciente da ansiedade, criando um isolamento afetivo na situação analítica. Segundo o autor, em casos fronteiraços pode ocorrer uma acomodação mais ou menos permanente ao refúgio e o resultado é uma estagnação no desenvolvimento e crescimento¹¹. No caso de Cecília, ir ter

¹¹ STEINER, J. *Refúgios psíquicos*. “Em minha opinião, as organizações patológicas têm um papel especial a desempenhar no problema universal de se lidar com a destrutividade primitiva. Seja esta de origem interna ou

com a mãe, morrer, se deixar morrer, ficar deitada a maior parte do dia, sonhar freqüentemente com a mãe parece que serviam a tal finalidade. Steiner também define que em tais casos a dor pela percepção dos estragos causados imaginários ou reais é insuportável e na impossibilidade de avançar na posição de depressiva, com a possibilidade de reparar tais estragos, o paciente recua para a posição esquizoparanóide, ou seja, volta ao ataque, como descrevemos acima. A organização patológica é descrita em termos de um enclave entre a posição esquizoparanóide e depressiva¹², um obstáculo ao curso do desenvolvimento emocional.

A tia que cuidara dela, após a morte de sua mãe, sofria com sucessivas crises de depressão. Sempre fora muito severa com Cecília. Negava para Cecília e para si mesma o lugar de mãe que passara a ocupar na vida da menina, transformando a possibilidade de convivência em um ritual cheio de regras e deveres, isolando-se do contato com a sobrinha. Para grande espanto de Cecília, agora de longe, via-se repetindo o modelo da tia. Um caso de amor fracassado que ecoa muito tempo depois, abrindo o leque de oportunidades perdidas.

Na cena que volta à memória dela na sessão, tentava dar de mamar para a irmãzinha, como talvez uma tentativa fracassada de reparar os estragos causados pelos seus ciúmes. E acontece uma cena traumática. Seu gesto de amor se torna perigoso para todo o grupo familiar. Como se só a raiva encontrasse um caminho de expressão, o amor não.

A partir da morte da mãe, ser amada tornou-se uma ilusão a ser destruída, já que a morte da mãe foi sentida por ela como um abandono. Na sua descrição, verbaliza um sentimento de culpa em relação à morte da mãe

externa, afeta o indivíduo de modo profundo. Experiências traumáticas de violência ou descaso no ambiente levam à internalização de objetos violentos e perturbados, que concomitantemente servem de receptáculo apropriado à projeção da própria destrutividade do indivíduo”. Imago Editora Ltda, 1997, p.18.

¹² No contexto da pesquisa kleiniana, posição é uma constelação de ansiedades, defesas, relações objetais e impulsos.

que toma tal proporção¹³, tornando-se insustentável, impossível de elaborar. Sua mãe é descrita como uma pessoa muito autoritária e brava com as filhas e condescendente com o pai. Cecília sentia-se totalmente dependente da mãe, com muita raiva por precisar tanto dela. Na cena relatada, sentiu ódio por não ser vista como alguém que tentava ser uma boa menina, tentando, de modo errado, mas talvez antes equivocado do que maligno, alimentar a irmã. E, novamente, a raiva encontra passagem. Afinal, a mãe morre numa cirurgia estética, que a paciente toma como uma tentativa da mãe de segurar um marido tido como imprestável. A mãe não pensara nas filhas.

Mas a analista, presente o tempo todo nas sessões, que tenta falar com ela, que a interrompe, indaga, estaria se preocupando com ela? Na situação atual, toda essa carga emocional não digerida vai sendo projetada em cada situação, fazendo ruído, marcando presença, impossibilitando a construção de um futuro diferente. A paciente repete no presente suas fraturas psíquicas em cada nova situação. Então a analista pensa nela, mas e ela, vai embora?

E, na seqüência do tratamento, o que parecia agitação e ansiedade atuais ligada à sua mudança de cidade e de estado civil vai se caracterizando como o cerne do problema.

Com Cecília, se a analista fala com ela, ela se espanta; se ficar silenciosa, morreu. Ou seja, há uma assunção do real, não-simbolizado, portanto não acessível ao trabalho de elaboração, de sonho e de verbalização, que demanda da analista uma outra postura, que seja mais vivaz, mais presente, como continência para que a tessitura do psíquico encontre um lugar repousante o suficiente (uma espécie de sombra), que favoreça a organização de algo que ficou inacabado em tempos imemoriais desse percurso singular. Cecília necessita se sentir compreendida antes mesmo de poder compreender.

¹³ Já que muitas vezes sentira muita raiva da mãe, desejando que ela morresse.

Na sessão a que me referia anteriormente, a partir de uma situação nova, é, por assim dizer, inundada por sentimentos depressivos e lembranças que acabam por ressoar na situação analítica com um vigor emocional, que nos faz pensar quão difícil é para ela se mover no mundo adulto, com suas demandas de desempenho, diante das quais Cecília se sente impotente. Que papel tem aqui a não-elaboração desse luto? O quanto esse fato determina a manutenção de um estado depressivo, mas cuja pauta são as angústias persecutórias não- elaboradas e a impossibilidade de reparação da ausência dessa mãe, que desse modo permanece onipresente, determinando esse estado de coisas?

Sessão B:

Após sete meses trabalhando no escritório, Cecília havia encrencado com todos e com a tarefa a ser executada. Sentia-se por baixo, humilhada, criticava tudo e a todos.

P: Hoje eu comecei a redigir meu aviso prévio. Coloquei agradecimentos. Acho que não é comum colocar agradecimentos em aviso prévio, mas eu coloquei porque acho que aprendi muito lá. Eu conversei com L., meu amigo de X (cidade de origem) e ele disse que a esposa de um colega vai sair do escritório dele aqui em São Paulo. É na Faria Lima. Bem mais fácil que na Consolação (referência à outra possibilidade de emprego). Vamos ver. Também vou pensando como vai ser parar a terapia.

A: Parar?

P: Sim. Como vou fazer para pagar sem emprego?

A: O Celso não ia pagar?

P: *Sim. Mas, sei lá eu, já pensou? O curso e a terapia, e eu ficar sem nenhum tostão para nada, que vida mais dura. Eu não quero parar não, mas sei lá. Eu estive pensando nessas coisas.*

A: Mas talvez seja mais difícil pensar na dificuldade que é vir aqui, ter de mexer nas próprias coisas.

(Silêncio)

P: *Não pensei nisso. Pensei em questões mais práticas mesmo. Sei lá.*

A: Mas você não sabe ainda, não é mesmo?

P: *É. É verdade.*

A: Então talvez você precise me ameaçar de abandono e separação para ver como eu reajo. Você já teve de viver tanto isso na sua vida, não é Cecília?

P: *Sim. Já vivi e resolvi que então tenho de ser prática. Se tenho de ir embora, vou. Já fiquei sem minha mãe, sem minhas coisas, vim para São Paulo, fiquei sem minha tia também.*

A: Mas você fala como se não tivesse sofrido...

P: *Sofri sim, mas agüentei.*

A: E vai ficar repetindo? Você vive ameaçando seu marido de ir embora, saiu desse emprego, assim bruscamente, e está se ressentindo...

P: *Sim, é. E também o Celso está meio estranho comigo.*

A: Também pudera, ele vive escaldado...

(Cecília ri bastante, com uma espécie de deleite por essa constatação de seu poder de fazer sofrer).

A: E parece que agora você quer ver como eu reajo. É uma espécie de vingança pelo próprio fato de ter-se vinculado a mim.

P: *Vingança! Eu sou vingativa! Eu não quero parar a análise não. No começo, quando eu comecei a vir aqui, foi mais difícil. Era quase um ato de coragem. Você pegava no meu pé.*

Comentário:

Parece que a própria situação de dependência emocional e financeira torna-se insuportável para Cecília. Quanto mais necessitada, mais perseguida:

O amor no lactante, ou em ambos, incrementa antes que debilita a obstrução, em parte porque não se pode separar o amor da inveja que se sente do objeto amado; e em parte porque se sente que despertam inveja e ciúmes no terceiro objeto que fica excluído. O papel que desempenha o amor pode passar despercebido porque a inveja, a rivalidade e o ódio o podem fazer obscurecer, a pesar de que o ódio não existiria se não estivesse presente no amor. A violência da emoção obriga ao reforço da obstrução, pois não se distingue a violência da destrutibilidade, e as subseqüentes culpa e depressão. O temor à morte por inanição, falta do essencial, obriga a recomeçar a sucção. Desenvolve-se assim, um *split* (divisão) entre a satisfação material e a psíquica. (BION, 1980, p.29)

Tanto ela como o marido vivem tentando provar e se provar em relação à independência um do outro. Entretanto, Cecília parece não se dar conta da

extrema fragilidade de sua situação, uma vez que, por um lado, perdendo o trabalho se tornará mais dependente do marido e, por outro lado, quebra uma espécie de contrato matrimonial no qual ambos se comprometiam com a divisão das despesas. Aqui vamos observando se delinear uma maior precisão no contorno do seu sofrimento psíquico. Além do processo de divisão ser acentuado, não há o menor contato entre as partes e a paciente afirma A e não-A na mesma seqüência como se fossem decorrentes um do outro. Se precisa da análise, como vai fazer para pagar meus honorários sem trabalho e, portanto, o salário? Se ama o marido, por que não mantém o contrato anterior, que rezava que os dois iriam trabalhar?

Somente ao perder o escritório se dá conta de que ao ir embora “perde” e a dor é insuportável, irreparável. Enquanto está dentro do processo demissionário, vai se criando uma cegueira emocional. Diante da impossibilidade de lidar com sentimentos negativos como a inveja, a competição diante dos colegas de trabalho, sente-se “expulsa”, rejeitada, projetando no ambiente seus sentimentos e pedindo demissão. Não é um funcionamento neurótico. Aqui nesse episódio, como em tantos outros da vida dessa paciente, parece faltar a simbolização necessária para dar conta do processo de pensamento.

O funcionamento do mecanismo de identificação projetiva é vivido de maneira totalmente alienada: expulsa de sua mente a questão da raiva da dependência em relação ao escritório. Mas e o resto? Não pondera, não faz contas. Ao redigir a carta de demissão agradece – podemos conjecturar se o que agradece estaria ligado a uma certa percepção de que o escritório teve a função de dar continência para seu ataque invejoso. Como alguém que dirige um automóvel olhando pelo espelho retrovisor encontra um ponto cego e o acidente fatalmente acontece. A vingança narcísica é ir embora, retirar-se

para não dar mais vexame. Não tem como voltar atrás – palavra de rei (rainha) não volta atrás.¹⁴

Na situação imaginária, a necessidade do peito é um sentimento e esse sentimento mesmo é um peito mau; o lactante não sente que quer um peito bom, mas sim sente que quer evacuar um peito mau. (BION, 1980, p.57)

Cecília foge das situações na quais poderia obter alguma satisfação, em parte porque as situações oferecem satisfação somente em longo prazo: não consegue manter em mente um projeto, às vezes não sabe nem se quer permanecer na carreira ou se vai vender doces, por exemplo, empaca sempre na execução. Precisa se manter casada para realizar o casamento, precisa permanecer no escritório para crescer e obter alguma promoção. Mas o tempo todo o tema é chegar “já”. Ao entrar no escritório aceita um cargo, mas é imediatamente assediada pelo desejo de um cargo superior. Nesse sentido, ela sempre se desespera, pois, se por um lado ganhar a vida a faz sentir-se obrigada a cuidar do pai, não trabalhar a faz sentir-se semelhante a ele.

Vemos no presente relato como a partir da morte de sua mãe e de sua negação em criar um vínculo substituto, bem como a separação do pai e a posterior separação da sua irmã, criou-se um hiato: traumas repetidos na mesma ferida aberta fizeram dela uma pessoa resistente ao amor e que passa a viver “no limite” de si mesma como ser psíquico. Sempre achando que pode ir embora. Foi assim que também fez ao casar e vir para São Paulo. No caminho... chorando... se dando conta de que... estava indo embora.

Certamente não alcançamos a história de sua vinculação com sua mãe, embora nos tenha descrito freqüentemente sua mãe como uma pessoa muito

¹⁴ Nesses momentos é como se estivesse sonhando, olhando muito mais para dentro do que para fora. Algo do contato com a realidade se rompe então.

brava e deprimida. Na transferência, no período inicial, a relação analítica foi sentida com grande dificuldade, dado que sentia as observações, pontuações e mesmo interpretações como provas de rejeição vindas da analista, que estaria lhe dando broncas, pitos. No que, apesar da fonte inusitada de sua observação, parecia ter uma certa razão.

A tarefa analítica exigia de mim como analista uma capacidade quase de surfista: precisava poder agüentar as ondas e ficar de acordo com elas para “não morrer na praia”! A lucidez e a capacidade de escuta analítica diante de tanta turbulência, que por vezes transbordava para a vizinhança do meu consultório, faziam com que algumas vezes eu perdesse a paciência, não lhe dando broncas, mas tentando delimitar o território analítico, o que lhe era insuportável. Parecia precisar testar a minha capacidade um pouco além do combinado, num lugar no qual eu não estivesse acostumada a estar para verificar minha real disposição em acompanhá-la, algo além do papel profissional que ela sentia não poder cumprir na sua vida profissional. Estaria a Elisabeth interessada mesmo na dor dela? Estaria a Elisabeth com raiva dela?

A própria situação analítica com suas prerrogativas era motivo de transbordamento. Deitar-se no divã: “era totalmente proibido deitar na caminha durante o dia, na casa da tia”. Deitar era deitar, se acomodar, não fazer nada. Fazer análise, um luxo. Sua tia estava ali o tempo todo, com suas proibições, censuras, broncas. Era difícil para ela se aperceber da repetição.

Aos poucos, a freqüência de quatro sessões semanais, às quais não faltava jamais, foi possibilitando que Cecília comesse a se indagar sobre a verdade do que afirmava. Talvez a percepção sensorial que sobreviveu em Cecília seja um elo de ligação entre nós duas que poderá ancorar uma esperança de caminho analítico. Os detalhes do consultório, o tom de minha voz, minha saúde, sua crescente preocupação com meu bem-estar e minha

sobrevivência, a sobrevivência das plantas sob meus cuidados, vão trazendo um colorido novo e significativo aos nossos encontros.

O processo de me aproximar dela analiticamente, de ir desenvolvendo maior empatia, foi brotando de nossos encontros e com o auxílio da supervisão, que me ajudava a conter a minha pressa de fazê-la crescer, de tentar consertar pedagogicamente os estragos que ela contava ter feito, talvez na tentativa um tanto maníaca de me sentir viva. O grau de apreensão que ela me despertava era enorme, de que ela se dispersasse infinitamente no afã de aplacar suas angústias ou mesmo viesse a fazer besteiras. E essa apreensão era o sinal da minha contratransferência. Afinal eu mesma punha em risco minha neutralidade analítica e contemplar a contratransferência servia para me guiar quanto à natureza da ansiedade presente em tais ocasiões, que se mostrava de natureza persecutória. Cecília pedia e temia que eu quisesse consertá-la, como sua tia tantas vezes fizera. Esse comportamento revelava na relação com a tia e com a mãe um tipo de amor e cuidado que ela reconhecia. Como ajudá-la a sair desse emaranhado que a mantinha infantilizada?

Aos poucos, pude confiar mais nela e, especialmente, acompanhá-la nos mergulhos depressivos que me pareciam aterrorizantes no começo do nosso trabalho e depois também por ocasião de interrupção do tratamento medicamentoso. Sua capacidade de entretenimento com os aspectos tristes da vida, sua descrição minuciosa de tais estados foi se revelando de uma beleza poética, que caracteriza sua personalidade e a dota de um grande encanto. Embora esse momento estivesse carregado por angústias persecutórias, quando Cecília emergia desses estados, mesmo que por fragmentos curtos de calma, demonstrava uma natureza passiva e bonachona.

Recorrendo ao excerto de Bion, citado acima, sobre a transformação da percepção da própria necessidade em vivência de um seio mau a ser

evacuado, e nos valendo de Freud¹⁵ (1972, p.696), que fez um estudo detalhado dos processos primário e secundário, e que corrobora com a hipótese de Bion, podemos imaginar que esse caminho que estamos trilhando possa conduzi-la a adquirir alguma consistência psíquica, de modo experimentar outros estados mentais, saindo do estado fronteiroço no qual tem estado há tanto tempo, passando de um estado de transformação em alucinação para transformação em conhecimento.

Pensar em si mesmo como ser desejante é uma das metas do trabalho analítico. Cecília pensa em si mesma como pura reação ao que vem de fora dela. Aos poucos, nosso trabalho em conjunto vai caminhando para a percepção do seu desejo, de suas necessidades e do fato que a frustração nem sempre decorre de uma má intenção do outro. Isso implica muito sofrimento e uma certa paralisia, que parecem decorrentes da dificuldade em lidar com o sentimento de culpa e pesar, e poder fazer reparação, consertar o que vai ficando estragado, perdido em sua vida. E prosseguir o desenvolvimento emocional estagnado seria outra das metas do trabalho analítico.

Passa mais de um ano sem trabalho. Trabalha comigo sua precariedade e aos poucos vai se percebendo como agente de sua vida e dos seus desastres. Passa a ficar mais recolhida, não zanza mais pelas ruas. Tudo muito difícil. Mesmo disposta a estudar para um concurso público, tem sono, come muito, arranja brigas subitamente. Ao examinar mais de perto a situação, sou tomada de extrema compaixão diante daquela que me parecia extremamente egoísta, num primeiro momento, mas que na realidade está sempre longe de obter a satisfação narcísica necessária para enfrentar a dura realidade da vida. É da pauta esquizoparanóide a extrema necessidade do outro para obter a gratificação. Cecília, porém, vive às turras com seus objetos:

¹⁵ “...em decorrência do princípio do desprazer, então, o primeiro sistema psi é totalmente incapaz de trazer algo desagradável para o contexto dos seus pensamentos. Ele é incapaz de qualquer coisa que não seja desejar. O segundo sistema (secundário) só pode catexiar uma idéia se se encontra em posição de inibir o desenvolvimento de desprazer que dela pode provir.”

“Por que vou te amar se posso te perder?” tem sido seu *leitmotiv*.

Cecília aos poucos passa a imaginar poder cuidar dos objetos, pelo medo de perdê-los e a poder fazer as primeiras tentativas de reparação, tanto na análise, como na sua vida conjugal. Cuidar do marido na sua fragilidade, inclusive física, pensar em poder voltar a arcar com o custo das sessões, se preocupar em entender o que a analista fala ao invés de imaginar sempre um ataque, têm sido seus primeiros movimentos, mas que duram pouco.

É em função dessas questões acima descritas, que situo Cecília dentro do contexto das patologias narcísicas, um caso-limite. Sua defesa diante das perdas inelutáveis fez com que atacasse partes estruturais da sua personalidade. As coisas não podiam deslanchar, não havia fertilização possível. O medo de gostar e perder a fizeram ficar quase de mãos vazias até o presente.

A idéia do coito parental, do casal conjugal, foi atacada, prejudicando a formação da idéia de ligação e de criação. Quando a mãe morre, Cecília perde o pai também. Sua vivência interior é atacada pela mãe. Apesar de todo o tumulto descrito por ela com o alcoolismo e a violência do pai, havia dentro de Cecília uma noção de lar, de ninho e de aconchego com os pais. O aconchego que sentia perto do “corpão” da mãe, que colocava as filhas “embaixo das asas”, que demonstrava o amor e o interesse por esse marido que era pai de Cecília. Ele era um terceiro “incluído”, enquanto o lar existiu, antes dessa trágica bancarrota a que Cecília assistiu e pela qual, por vezes, sente a responsabilidade de tentar recuperar, seja dentro de si (processo analítico) seja na realidade externa; emocionalmente adquire uma certa urgência que, novamente, tenho de aprender a tolerar, assistindo aos fracassos e à sua incipiente elaboração entre “dentro e fora”, “realidade interna e realidade externa”, “sonho e realidade”, etc...

Sessão C:

(Dois anos depois o início do tratamento)

P *Vinha ouvindo um programa de rádio sobre adolescente querer ser criança. Pensei que não é que eu quero virar criança, mas será que a minha tia sabia que eu não conseguia amadurecer? Não que ela pudesse intervir. Mas eu tenho 33 anos e me sinto adolescente. Não me sinto adulta. Ontem mesmo não via perspectiva. Estava desesperada mesmo. Meu pensamento fica oscilando... ir embora e ignorar... e ficar e fazer as coisas... Quando dormi, sonhei com meu pai e minha irmã:*

Tinha de arrumar as coisas. Eu delegava as tarefas. Minha irmã até era solícita. Meu pai estava furioso. Eu falei para ele lavar o prato e ele ficou mais furioso. Dei uma esponjinha para minha irmã (uma que não precisa fazer força...). Ela ficava brava. E meu pai estava bravo, ele vinha com uma espátula de bolo que tinha um fio de navalha na lateral. Eu não me deixava amedrontar. Passava a mão no fio da navalha e falava que estava bom.

A gente não convive mais desde que a mãe morreu. Às vezes eu achava que tinha que ocupar o lugar da mãe. A minha irmã ficava subjugada, o pai ficava o tempo todo dormindo. Nessa época meu avô era vivo, não nesse sonho não, na época que a gente ia ver o pai. Nos sonhos todos estão bravos. Furiosos. E minha tia estava sempre brava e eu a fustigava. Vou te dar um exemplo. O cachorro da casa da tia foi duas vezes atropelado pelo tio. Virou um cachorro superbravo.

A O cachorro foi atropelado. Você só de imaginar que vão passar por cima de você vira uma fera.

(Silêncio)

P *É tão irracional. Não é pensado. O tio vivia dando patada na tia. Era anormal. Só sei que não é premeditado, do tipo acordo e saio querendo brigar. Meu pai é superbravo. Vive de cenho franzido. Ele passou por fases que era violento, batia na gente, eu tinha ódio dele, depois da igreja passei a sentir pena dele. Silêncio. Eu tenho um sistema mental progressivo autodestrutivo degradante.*

Comentário.

O que podemos apreciar nessa sessão é a tentativa de situar a sua situação emocional por si mesma. Poder ali na situação de análise se indagar o que ela pensa ser, em que etapa da vida está, o que acontece consigo mesma, poder sonhar ao invés de reviver cada emoção no seio da sessão, são os primeiros acordes de alguém que sente grande vontade de conduzir sua vida de outra maneira, embora não tenha noção de como fazer. Tudo é ainda trazido com muito sofrimento, feridas abertas, bem longe de cicatrizar. Como se a experiência analítica tivesse um pouco a função de ser um fecho *éclair*, um zíper, que lhe permita viver as separações e os reencontros, mantendo a sua integridade psíquica, num processo amoroso, não-expulsivo.

Entretanto, a questão do isolamento afetivo coloca uma sombra a tal projeto renascentista que, como analista, insisto em nutrir. Subitamente, de uma sessão para outra, se deprime e se volta para a figura da mãe morta, sonhando com a mãe, que vai estar com ela, com a conotação de deixar-se

morrer, sucumbir à pressão da vida e às exigências que a realidade impõe. Especialmente angustiantes são as sessões que antecedem o final de semana, seja pela separação da analista, mas também pelo incremento que o final de semana promove na convivência com o marido e as desavenças inevitáveis.

O sonho descrito na sessão C dá um pouco a notícia de uma nostalgia por uma convivência há muito tempo perdida. Sua irmã mora num Estado, o pai em outro, ela em outro. Distantes geográfica e emocionalmente. Ela sempre tentando recuperar esses objetos dentro de si, ao mesmo tempo mantendo ataques aos objetos atuais. Nesse sentido é penoso acompanhá-la. Vê-la cair e se erguer sucessivamente, como que impossibilitada de aprender com a experiência. O processo parece mostrar a necessidade de respeitar o tempo de desmontagem de uma estrutura defensiva, com o risco de uma mudança catastrófica. Por conta disso, se mantém numa paralisia alarmante em relação ao trabalho e às finanças.

O tema da maternidade e da passagem do tempo também percorre essa análise. Cecília teme ter filhos, embora deseje. Teme não saber cuidar, perder o lugar de filha, aumentar as brigas entre ela e o marido, separar-se e ficar sozinha com o filho. O bebê, com sua comunicação primitiva, sua precariedade a aflige. Em geral se aproxima de crianças que já falam.

A beleza do contato com ela se revela no dia-a-dia. Ela chega sempre sorridente, muito feminina e doce. Sempre triste, se achando inútil e à medida que a sessão transcorre, vai como que se alimentando e recuperando as esperanças na intimidade da situação analítica. Por vezes, seu bem-estar não dura até o dia seguinte. Por vezes, vem no dia seguinte fertilizada, trazendo sonhos aonde a figura da analista aparece, sonhos sempre carregados de monstros e nós duas ou a contemplá-los ou como dois monstros bizarros voando, por exemplo. Vamos tocando nosso trabalho do obscuro em direção à luz e vice-versa, buscando uma intersecção, que aqui seria a transferência e a

produção de sentido na análise. E nosso contato vai adquirindo uma tonalidade mais amorosa.

II.3 Tecendo a teia da transferência: Um luto.

Após dois anos de análise, Cecília passa a ficar muito ansiosa pela saúde do psiquiatra que a acompanha. Está certa que ele morrerá brevemente. Eu sei que se trata de um ancião. Esse psiquiatra fora meu professor na graduação em psicologia e não tenho contato com ele há muitos anos, embora o tenha visto em virtude de uma comemoração da clínica–escola e observado seu estado muito debilitado pela passagem dos anos. Nesse momento a minha preocupação com ela aumenta. Cecília estava desempregada e, além de cuidar de sua casa, só fazia análise. Foi um momento de particular turbulência, acompanhado de momentos de muita angústia, muitos sonhos, e o clima emocional das sessões adquiriu cada vez mais um caráter onírico. Ao invés de melhorar com a análise e caminhar em direção de mais sentido em sua vida pessoal, parecia que tudo se resumia em estar comigo nas sessões. A cada dia novos suprimentos. Não se mexia em busca de trabalho, de sua vida profissional.

Num desses momentos de extrema angústia com o médico, ao invés de perceber a sua preocupação com a saúde do médico, relata uma idéia delirante. Havia um piolho andando em seu couro cabeludo. Pede ao marido para verificar e ele não encontra nada, para seu espanto. Aos poucos pude lhe mostrar a dificuldade que estava tendo em separar a realidade da fantasia. O que fazer com os pensamentos que insistiam em rondar na sua cabeça? O que fazer com as suas preocupações com a saúde do médico? Seriam fruto de uma atividade delirante?

Cecília passa a afirmar que o médico estava com câncer. Relata, então, que numa de suas consultas com ela teve o seguinte diálogo com ele:

C Não queria me apegar ao senhor porque tinha medo que o senhor fosse morrer.

M – Mas eu ainda estou aqui! Por que você me mata por antecipação?

Conta visivelmente perturbada que tem certeza de que o médico está com câncer. Embora eu não tivesse tido nenhum contato com o médico em virtude do atendimento de Cecília até então, resolvo telefonar para tentar esclarecer o que estava acontecendo. Ele lembra-se de mim, que fui sua aluna, conta que teve problemas na arcada dentária, mas câncer de forma alguma e afirma categoricamente tratar-se de um delírio de Cecília, confirmando muitas suspeitas acerca de seu funcionamento fronteiriço.

Cerca de três meses depois, porém, ele vem a falecer. A causa da morte foi infarto do miocárdio, mas esse laudo, de conhecimento público, não a convence.

Sessão D.

P Sabe, eu estive com o Dr. Moacir e daí ele me disse que o Dr. João faleceu no sábado. Foi um choque. Parece que a história oficial é que ele morreu de infarto. Não vão falar sobre o câncer, acho, sei lá. (Silêncio). Bem, eu sabia que era a última vez que eu o teria visto. Nem sei direito o que eu estou sentindo...

A Tristeza...

P *Sim. Já desde de manhã eu me sentia de luto... Eu gosto do Dr. Moacir... mas sabe? Com o Dr. João eu fiz um vínculo forte. Foi depois daquele período ruim, quando eu cheguei em São Paulo, casada de novo. Ele sempre me acolheu com brincadeiras... E ele era gordo, gostava de comer, dizia “nós temos de nos cuidar”, fazendo referência ao fato de ele ser gordo também. Pode ser mesmo que foi o coração, mas acho que tinha também o câncer (começa a chorar). Eu sinto que estou sempre perdendo. Ai, que vontade de ir embora.*

A Você está com medo que eu não agüente o peso da responsabilidade sozinha. Não precisa ficar preocupada comigo. Eu posso agüentar. Tenho conseguido e, afinal de contas, eu estou aqui...

(C chora convulsivamente)

A Sabe, eu sei que é duro perder. Mas é porque é que você sabe como é bom ter pessoas amadas no seu coração. Teve uma mãe que te entendia, que também gostava de comer e que ficou no seu coração. E teve o apoio desse médico num momento tão difícil. Perder dói, mas é porque você teve. Porque foi bom.

Comentário.

Introduzi esse momento do nosso trabalho porque considero que aqui aconteceu uma reviravolta nesse tratamento. Essa morte se constituiu em uma perda para mim também. Fui atingida em sentimentos que estavam

represados, inconscientes e à medida que eu precisava auxiliar Cecília nesse luto tive de lidar com aspectos da contratransferência, sentimentos que de outro modo não lidaria. Um grande mal-estar na contratransferência. O atendimento de Cecília despertou lutos que eu não havia elaborado. Este professor tivera um grande papel na minha formação. Sua disciplina era Psicopatologia e eu era uma de suas alunas preferidas. Foi espantoso ver tudo isso se aprontando sob meus olhos. Esse luto passou por dentro de mim. Um grande presente essa oportunidade de aprendizado.

A imagem para mim desse momento é a da mãe passarinho que pega uma minhoca e põe no bico do filhote.

De acordo com Balint (1993), essa situação poderia garantir um “novo começo”, ou seja, na atualidade do impacto dessa morte, foram reativados os conflitos que Cecília vivera na morte de sua mãe e que a situação analítica poderia favorecer no sentido de um

desenvolvimento duma relação primitiva que corresponda ao seu padrão compulsivo, conservando-a em uma paz não perturbada até que descubra novas possibilidades de relações objetais, sintas-as e seja por elas sentido. Como a falha básica, enquanto estiver ativa, determina as formas de relação objetal disponíveis para cada indivíduo, uma das tarefas necessárias no tratamento é inativar a falha básica, criando condições para que ela possa cicatrizar. (BALINT, 1993, pp.152-3)

Segundo Balint (1993), os pacientes que sofrem de uma falha básica são notadamente regressivos. Citando o autor:

Isso nos leva diretamente ao nosso tópico principal, ou seja, como fazer para que a parte não cooperativa de um indivíduo coopere, isto é, que receba ajuda analítica. O que queremos dizer é algo diferente de resolver as resistências, isto é, conflitos, no nível edípico ou desfazer uma clivagem – é algo mais parecido com estimular ou mesmo criar no paciente uma nova disposição para aceitar a realidade e nela viver, uma espécie de redução do ressentimento, do desânimo, etc., que surge em sua neurose transferencial como obstinação, inabilidade, estupidez, hipercriticismo, falta de tato, avidez, dependência extrema, etc...

Foi para explicar essa impressão clínica completamente diferente, que concluímos que havia algo, que chamamos de “falha básica”, que não é um complexo, conflito ou clivagem, mas uma falha na estrutura básica da personalidade, algo mais parecido com um defeito ou cicatriz. Evidentemente, a maioria dos pacientes não pode nos contar quais as causas de seu ressentimento, desinteresse e dependência, isto é, qual é a falha ou defeito que existe neles. No entanto alguns são capazes de expressá-lo por seu oposto, isto é, por fantasias sobre um parceiro perfeito ou de uma harmonia perfeita com todo o entorno, felicidade não perturbada perfeita, contentamento perfeito consigo mesmo e com o mundo, entre outras. Todavia, na forma mais freqüente, o paciente fica repetindo sempre que foi abandonado, que nada no mundo valerá a pena a não ser algo que lhe foi retirado – habitualmente algo inatingível atualmente – lhe seja devolvido e, nos casos mais graves, chega a dizer que não vale a pena viver se sua perda não for preenchida, procedendo como se isso fosse realmente verdade. (BALINT, 1993, pp.80-1)

Estávamos sozinhas. Com um grande diferencial, porém, a saber, a imagem do psiquiatra ficara dentro dela como uma boa figura de autoridade, que podia ser utilizada doravante como um substituto para a imagem de pai, que fora tão degradada pelas mulheres de sua família e por ela também.

Decide parar com a medicação e se dedicar exclusivamente ao trabalho analítico, contar com minha companhia para efetuar tão árdua travessia pelas sombras dos vales lúgubres da sua depressão, com o peso de uma constituição de personalidade muito frágil, sujeita a muitas oscilações.

III DO INVISÍVEL LUGAR DE ANALISTA: O AMOR E O ÓDIO NA CONTRATRANSFERÊNCIA

III.1 Des-tecendo a teia da contratransferência.

Por mais difícil que seja caracterizar o funcionamento mental de Cecília e descrever os movimentos da sessão, nada se compara à dificuldade em expor os sentimentos contratransferenciais, em que pese toda a discussão entretida até aqui sobre a natureza de tais sentimentos na pesquisa sobre o tema. A exposição dos meus sentimentos, no âmbito da supervisão, deu ensejo a uma vasta discussão sobre a minha capacidade de estar com Cecília. Lidar com a instabilidade emocional que se despejava sobre mim, sem anteparo, foi uma tarefa de difícil execução.

Procurarei me deter nos começos desta análise, visto ter sido esse momento de importância crucial para o prosseguimento do trabalho, deixando marcas vívidas na minha memória. Muitas situações do início do tratamento foram de particular intensidade. Também foi a partir desses impactos que a questão do diagnóstico foi adquirindo relevância, que culmina na presente pesquisa.

Quando Cecília chegava desnorreada emergia em mim um acolhimento à sua dor, sua precariedade. Nas primeiras entrevistas, seu lado combativo também era muito evidente. Ao mesmo tempo, porém, em que me pedia auxílio e compreensão, colocava em dúvida minha formação, meus honorários e o que será que eu ganharia atendendo-a. Estava muito acostumada a ser maltratada e estava preparada para isso. Se tal hipótese não

se confirmasse, ela ficava deveras confusa. O mundo estava em dívida com ela e eu fui incluída.

O modo como ela se vinculava a mim causava estranheza. Seu amor vinha de modo sorrateiro, silencioso, dissimulado, até para ela mesma e o ódio, raiva, desprezo apareciam abertamente. Batia e acariciava. Conforme fui “agüentando” tal tratamento, seu sentido foi se revelando. Os traumas vividos desde a morte de sua mãe precisavam ser simbolizados e ela não tinha outro modo de se comunicar comigo a não ser trazendo o clima turbulento e violento que vivera até então e que também carregara para o casamento. Esse processo porém, demandou um tempo. Ela também “agüentou a analista” e deixava isso claro. Comparava o tempo todo meu trabalho com a analista anterior, com o psiquiatra, enfim...

Cecília viera por meio de um encaminhamento institucional, e estava acordado que o preço seria muito inferior ao praticado nos consultórios particulares. Parecia, então, que eu estava em “liquidação” ou que eu estaria tendo algum lucro secreto em atendê-la. Queria mudar seus horários o tempo todo, com insistência. Parecia que eu não tinha uma clínica e que precisava dela para sobreviver como analista e essa insinuação provocava muita irritação em mim, que era percebida por ela. Em algumas situações ela se colocava mais pontual do que eu, mais dedicada. Parecia, por outro lado, querer se assegurar de que eu efetivamente pudesse me ocupar dela. A partir desses desconfortos pude aos poucos introduzir uma interpretação que abarcasse a sua negação em relação ao afeto do outro e sua posição de superioridade advinda da idéia de que só ela era necessitada e, portanto, tinha de “ser boazinha”. Fui mostrando como ela atacava minhas efetivas ações na sua direção, afinal eu permanecia lá e não havia mais a instituição no meio de nós.

Em uma das situações quando ainda zanzava, resolveu fazer uma consulta com uma endocrinologista por impulso, entrando no consultório da médica sem marcar consulta, nem consultar a lista de médicos do seu convênio médico e pagou por essa consulta o montante que deveria pagar pelo mês de análise e que não trouxera para me pagar. Aponto nessa ocasião como parecia achar que eu não precisava de nada que viesse dela, nem mesmo o pagamento. Ela então fica muito aflita e vai buscar o dinheiro para me pagar. A analista e a Elisabeth, então, eram a mesma pessoa?

Outro motivo para desconforto surgia quando Cecília denegria as pessoas que lhe ajudavam, em especial seu marido. Era freqüente chamar as pessoas de ordinárias, desleais, pretensiosas, injustas. As vizinhas que se revezaram para trazê-la ou buscá-la não foram poupadas de seus xingamentos. Parecia que ela não tinha registro do amor que lhe era endereçado. Vivía às turras com seus objetos.

Rosenfeld (1988), descreve a importância de entender a reação contratransferencial do analista com um meio fundamental de entender as comunicações de um paciente esquizofrênico. Embora Cecília não seja esquizofrênica, as contribuições desse autor me auxiliaram a compreender certos mecanismos psicóticos que apareciam amiúde no decorrer da análise de Cecília. Citando o texto:

Emoções muito violentas de amor e ódio, sentimentos confusionais agudos e estados mentais gravemente desintegrados podem ser transmitidos por meio de formas primitivas de identificação projetiva, que às vezes não são registradas de modo facilmente compreensível pelo analista. Quando as emoções são particularmente violentas, o analista pode sentir-se esmagado e ser incapaz de funcionar como continente. Em tais momentos, o paciente comunica-se não-verbalmente por uma força hipnótica primitiva. O analista pode, então, apresentar reações contratransferenciais defensivas, talvez sentido-se irritado. É possível que somente mais tarde ele perceba que o que está

sentindo é desespero e depressão ligados a uma sensação de fracasso. (ROSENFELD, 1988, p.277)

Conforme o tempo foi passando, ela foi se apegando a mim, passando a se preocupar com minha saúde, perguntando se eu fumava, que tinha visto cinzeiros, se eu estava gripada ou cansada, comentar o problema de obesidade que tanto a afligia e que visivelmente me aflige também. Achava que eu estava com cara de cansada ou tristeza. Também aqui, porém, a ambivalência ecoa. A preocupação, que é uma forma de manifestação da posição depressiva, aparecia mesclada com a crítica. O amor e o ódio vinham juntos. Era difícil escutar livremente sem reagir e, para enfrentar tal tarefa, tanto a minha análise quanto a supervisão foram de especial importância, no sentido de eu poder me restabelecer da qualidade altamente regressiva que o contato com Cecília impunha.

A sua preocupação com meu cansaço revelava o sentimento de culpa pelo trabalho que me dava e o quanto brigava comigo. Rosenfeld (1988, p.277) comenta que em casos mais graves “*os pacientes psicóticos tendem a exagerar o grau de depressão do analista, podendo ter o delírio de que o analista está sendo tratado de modo injusto.*” Cabe ressaltar que o tratamento injusto é dado por eles, os pacientes psicóticos.

Quando ela ainda zanzava pela cidade, queria a todo custo me convencer da normalidade da sua atitude, que é notoriamente indicativa de uma perturbação mais grave, como se tentasse desesperadamente controlar meu pensamento. Os pacientes psicóticos “zanzam”... Entrava nas lojas, fazia as balconistas descer todo o estoque, sabendo que não ia comprar nada. Eu não tinha de “mostrar serviço”, descer meu estoque de interpretações. Tinha de me conter, suportar suas avaliações.

III.2 O impacto da ansiedade persecutória na neutralidade analítica.

O lugar de analista era alvo de ataques constantes. Bion (1994, p.109), ao referir-se à parte psicótica da personalidade, aponta para o fato de que o ataque à realidade por identificação projetiva, característico da posição esquizoparanóide, está em conexão com outro mecanismo que ele chama “ataques aos elos de ligação”, ou seja, um ataque destrutivo em que o paciente faz a tudo aquilo que tenha a função de ligar um objeto ao outro, e que parecia estar plenamente ativo no começo dessa análise.

Como ela estava acostumada a tratar as pessoas aos trancos e barrancos, mantendo grupos distintos de amigos, falando mal de uns para os outros, mantendo os perseguidores isolados e sob controle, sua percepção sobre si mesma só começou a acontecer a partir sua chegada a São Paulo. Tudo o que havia de conhecimento sobre si mesma desmoronou com a vinda para São Paulo e a decepção era enorme. Era como se eu não pudesse me dirigir a este estado necessitado, tal como Joseph (1975) descreve ocorrer em pacientes de difícil acesso. Para se defender dessa decepção diante do casamento e diante da sua precariedade, tentava se valer das conversas com sua antiga analista, que por sinal fora quem lhe indicara o Serviço de Atendimento do qual faço parte.

Esses momentos cuja pauta é ansiedade paranóide nos quais os sentimentos de perseguição prevalecem, constituem-se em importante desafio e instrumento de diagnóstico diferencial. Ao mesmo tempo, é de vital importância que a analista seja continente para as queixas da paciente, continente para os perseguidores. Explicar que eu não estava em discussão era evidentemente inútil. Era notório como seus ataques eram certos, pegavam pontos que eu tinha especial apreço – minha dedicação, meu altruísmo em relação aos meus honorários. Ela me trazia para uma

visibilidade indesejada e me punha na berlinda. Eu precisava estar “de verdade” com ela. Mesmo que eu tivesse de me haver com os meus perseguidores.

Segundo Irma Pick (1990, p.50), o interjogo entre a posição esquizoparanóide e depressiva acontece tanto no paciente como no analista. Segundo a autora:

... Para encaminhar a questão de como o analista aparece no mundo interno do paciente, precisamos não somente nos mover para dentro de seu mundo esquizoparanóide interno, mas, também, de alguma flexibilidade para tolerar e elaborar as tensões entre nossos próprios sentimentos e impulsos, conscientes e inconscientes, em relação ao paciente... A essência da análise é a projeção constante do paciente para dentro do analista; cada interpretação busca uma mudança da posição esquizoparanóide para a depressiva. Isto é válido não só para o paciente, mas também para o analista, que precisa regredir e elaborar.

Assim nesse interjogo entre as posições esquizoparanóide e depressiva o amor e ódio também eram despertados em mim. Quando ela se mostrava desnorteada e confusa despertava mim sentimentos ternos. Mas quando ela falava mal de todo mundo, demonstrando dessa forma a intensidade de sua perturbação e colocando a análise em risco de fracasso, eu me sentia muito irritada, cansada e, por vezes, deprimida. Entravam em jogo meus perseguidores internos, sob a forma de um superego institucional. Seria eu capaz de ser analista nessa situação?

Fui aprendendo a escutá-la. À medida que conseguia lidar com a minha irritação, foi-se abrindo um espaço mental dentro de mim para suportar a verdade sobre seu estado emocional. Embora ela me demandasse uma salvação, eu percebia a cada dia que o alcance do nosso trabalho seria muito modesto.

Cecília parecia ter operado uma divisão que me transformava em duas pessoas distintas. A Elisabeth, de quem ela se interessava, de quem queria estar perto e a analista que a interpretava falando coisas esquisitas.

A divisão que Cecília operava na sua visão da analista faz parte da ansiedade persecutória que era despertada quando eu fazia uma interpretação, momento no qual a separação entre nós se fazia evidente e isso era insuportável. Nesses momentos eu podia estar vinculada a ela amorosamente, mas ela sentia-se vítima de um ataque. Como sua história de vinculações tinha sido severamente traumatizada, sentia muito medo da minha aproximação e atacava, embora sentisse que estava apenas se defendendo. E a partir desse sentimento sentia-se autorizada a me desprezar. Esse funcionamento é característico da posição esquizoparanóide e é imperioso que a analista suporte o fato de que nessa posição o ego do paciente encontra-se em estado de fragmentação. Esse mecanismo cria um impasse técnico.

A necessidade de me manter no vértice analítico, o qual, segundo Bion, só pode se dar no vínculo de conhecimento se tornou fundamental para fornecer sustentação para a oscilação entre a posição esquizoparanóide e depressiva pudesse começar a ocorrer. Demorou muito tempo para Cecília começar a perceber-se como agente dos ataques. E ao perceber os estragos que sua atitude criava nos seus relacionamentos, caía como um nevoeiro sobre ela, uma pesada depressão. Não havia chances de consertar. Ela ficava convicta de que eu a mandaria embora, que eu não a suportaria.

O fenômeno de Cecília me ver como duas pessoas distintas é apontado por Melanie Klein na descrição do psiquismo incipiente nos primórdios dos processos de divisão, cuja finalidade principal é operar a deflexão da pulsão de morte. O ego se divide e projeta a parte que contém a pulsão de morte para fora, para o objeto. Desse modo, ao invés de medo de aniquilamento (morte) original passa existir o medo do perseguidor, no qual o seio que frustra é

transformado. Falhas da mãe em responder a tais ansiedades resultam em introjeção de um objeto hostil e um terror de não ser capaz de suscitar uma resposta emocional na mãe/analista. Mantendo esses mecanismos, Cecília garantia uma espécie de sobrevivência psíquica. Existia a Elisabeth como pessoa que a gratificava, com gestos espontâneos, tais como o tom de voz, presença constante, o ambiente privativo do consultório, o divã (que ela chamava de caminha), e existia a Elisabeth analista que queria coisas dela que ela não conseguia compreender, com enigmas que ela não alcançava o sentido e/ou sabotava, e que não dava garantia de compreensão emocional. Do mesmo modo havia processos de divisão operando dentro dela e o contato ficava incompreensível, se não fosse levado em conta a natureza da transferência em seus aspectos psicóticos que se traduziam por vários tipos de *acting-out* na situação analítica, como a projeção de partes dela para dentro da analista no caso a manipulação inconsciente para me conduzir a uma ação de natureza pedagógica ou corretiva.

A noção de *rêverie* desenvolvida por Bion (1994) não pode deixar de ser contemplada na presente pesquisa. A capacidade para *rêverie* de certa forma permeia qualquer trabalho analítico, mas é de crucial importância em casos mais graves, como o de Cecília. Se aceitarmos a hipótese de que falhas iniciais no ambiente (mãe ou substituta) prejudicam a organização da personalidade, seria a capacidade da mãe em acolher os sentimentos do seu bebê e dotá-los de significado que garantiriam a possibilidade de êxito do mecanismo de expulsão do medo de aniquilamento, de desprazer, de movimentos de deflexão da pulsão de morte. Segundo Bion (1994, p.134),

se a projeção não for aceita pela mãe, o bebê sente que se retirou da sensação dele, de estar morrendo, o significado que esta possui. Conseqüentemente, reintrojeta não um medo de morrer, agora tolerável, mas um pavor indefinível, sem nome.

Segundo o relato de Cecília, a sua mãe encontrava-se muito pouco disponível para as necessidades emocionais das filhas, assoberbada pela própria depressão e pela violência de um marido alcoólatra. Na sessão A podemos pensar na tentativa de acolher o choro da irmã em meio ao clima turbulento que o casal parental vivia. E também imaginar o quanto necessitada ela estava a ponto de reconhecer tão precocemente tal necessidade na irmã bebê. O tema do acolhimento se torna imperioso nesse atendimento e colocava em xeque minha capacidade em fornecer condições de *rêverie* e construir significados destroçados em tempos imemoriais de sua existência.

Lidar com os sentimentos contratransferenciais se revelou a única possibilidade de compreender sua ansiedade contendo e compreendendo a sua tentativa de comunicação e produzindo conhecimento e/ou estrutura para ela por meio das minhas interpretações.

CONCLUSÃO.

... é muito importante estar consciente de que a contratransferência é o melhor dos empregados, mas o pior dos patrões, e que a pressão para identificar-se com ela e atuá-la de formas mais ou menos óbvias ou muito sutis e encobertas é sempre poderosa. (SEGAL, 1983, p.124)

Seria mais legítimo chamar de finalização o capítulo das conclusões da presente dissertação. Muitas questões foram apenas esboçadas. Como afirmei no resumo, o tema da contratransferência é complexo. E amplo. Percebo nesta finalização que uma dificuldade se impõe: esclarecer alguns temas que ficaram como pano de fundo do presente estudo, como, por exemplo, a questão do amor e ódio, muitas referências oblíquas à Bion, etc... Para “dar um acabamento” vou mencioná-las a seguir, para que me forneçam de modo claro a sustentação para a hipótese levantada. A citação acima de Hanna Segal servirá como um leme neste tormentoso fim. A contratransferência é um poderoso instrumento se aliado a outros poderosos dispositivos analíticos.

Começarei pelo título da presente dissertação : “O amor e o ódio na contratransferência”. A representação mental das pulsões de vida e de morte se dá em termos de sentimentos de amor e ódio. Os sentimentos de amor se dirigem para o “seio bom” que gratifica, e os sentimentos de ódio e de perseguição provenientes da frustração com a ansiedade de aniquilamento

decorrentes se afastam do “seio mau”. Tal divisão é característica da posição esquizoparanóide. Com o desenvolvimento emocional, o ego ganha em capacidade de integração e os sentimentos de amor e ódio passam a ser sintetizados, o que dá origem à posição depressiva. Cada posição é composta por um conjunto de ansiedades, defesas e relações de objeto. A natureza ambivalente dos sentimentos despertados no atendimento de Cecília, o amor e o ódio, o acolhimento e a expulsão revelaram-se indicativos de um processo de divisão marcante na personalidade da paciente. Contemplá-los sem colocar em ação tais sentimentos, como aponta Segal, possibilitou usá-los como um instrumento de diagnóstico diferencial que é o objeto de estudo da presente dissertação. A contratransferência utilizada a serviço da compreensão de tais processos pode conduzir ao diagnóstico de funcionamento mental fronteiro que ocorria na mente de Cecília. Com tais processos de divisão operando em sua mente, a comunicação dos meus sentimentos seria sentida pela paciente como mais um dos movimentos de expulsão, do ódio na contratransferência. Cecília não tinha condições de acatar uma interpretação que pusesse em cena os seus movimentos ambivalentes, uma vez que lhe faltavam recursos para compreendê-los. Amar e odiar pareciam estar numa seqüência linear na sua mente, no começo da análise. Não havia nela ainda a percepção da contradição de seus movimentos.

As recomendações iniciais de Freud em relação ao tema da contratransferência mantiveram sua atualidade no contexto deste trabalho, em especial a idéia de que devemos procurar colocar os impulsos do paciente a serviço do trabalho analítico, como observa em Observações sobre o Amor Transferencial que reproduzo novamente aqui:

...fixarei como princípio fundamental que se deve permitir que a necessidade e anseio da paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e efetuar mudanças, e que devemos cuidar de apaziguar estas forças por meio de substitutos.

O que poderíamos oferecer nunca seria mais que um substituto, pois a condição da paciente é tal que, até que suas repressões sejam removidas, ela é incapaz de alcançar satisfação real. (FREUD, 1972, p.214).

A partir de um rastreamento do conceito de contratransferência pudemos observar, após Ferenczi apontar-lhe a natureza de fenômeno de aparição inexorável na condução das análises, o desenvolvimento do tema na escola inglesa. Nesse percurso, a formulação do conceito de identificação projetiva desempenhou um papel preponderante. A própria noção de transferência sofre uma espécie de torção acentuada pela introdução da noção de “fantasia inconsciente”. O analista passa a ser o depositário de projeções de partes do *self* que são intoleráveis para o paciente. Quanto mais primitivo o tipo de comunicação, mais grave é a natureza do funcionamento mental. Como esse funcionamento mental não era objeto de estudo em Freud, uma metapsicologia dos processos mentais primitivos teve de ser desenvolvida. Estudei os desenvolvimentos dessa metapsicologia sob o prisma da escola inglesa e não foi possível citar autores de outras orientações, tentando desse modo manter uma linha de raciocínio. Paula Heimann se constituiu em interlocutora privilegiada nesse trajeto. Essa autora preocupa-se bastante com o mau uso que possa a ser feito da contratransferência em função do seu texto de 1950. Retoma o tema em 1960 para retificar a idéia errônea de que uma comunicação possa ser útil para o paciente.

Ao trazer a público a idéia de que a “*contratransferência do analista não é apenas parte essencial da relação analítica, mas uma criação do paciente, sua contribuição (a part) da personalidade deste último*”, Paula Heimann (1987, p.108) desafia a autoridade de Klein. Ao que tudo indica, Klein temia que o caráter subjetivo da pesquisa fosse mais uma razão para o repúdio de suas idéias, num momento em que ela ainda estava preparando seu arcabouço teórico. Exatamente por seu caráter subjetivo, a presente

dissertação sobre a contratransferência pode se desenvolver no âmbito do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, grupo permanente de ensino, pesquisa e extensão do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, ao qual estou ligada. A dimensão *pática* da contratransferência, ou seja, um certo adoecimento, uma espécie de regressão necessária para criar condições de uma escuta da paciente em seu funcionamento regressivo, pode servir como mais um elemento de pesquisa. Cecília é arrastada, atravessada pelo *pathos*:

Além de sofrimento, de *pathos* deriva-se, também, as palavras “paixão” e “passividade”. Assim, a Psicopatologia Fundamental está interessada num sujeito trágico que é constituído e coincide com o *pathos*, o sofrimento, a paixão, a passividade. Este sujeito, que não é nem racional nem agente e senhor de suas ações, encontra sua mais sublime representação na tragédia grega. O que se figura na tragédia é *pathos*, sofrimento, paixão, passividade que no sentido clássico quer dizer tudo o que se faz ou que acontece de novo, do ponto de vista daquele ao qual acontece. Nesse sentido, quando *pathos* acontece, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha sem que o eu possa se assenhorar desse acontecimento, a não ser como paciente, como ator. (BERLINCK, 2000, p.18)

Quando Cecília chega para análise, encontra-se num estado de profunda alienação de si mesma. Declara-se vítima dos acontecimentos de sua vida e sente que reagia a esse estado de coisas por meio de brigas, confusões, tumultos que criava ao redor do meu consultório. Esse estado de cegueira, de desmesura, também pode ser compreendido pela natureza persecutória da ansiedade, característica da posição esquizoaparanóide. A partir da compreensão da turbulência causada no *setting* analítico e a sua impossibilidade de manter uma conversa com a analista, cuja imagem fora dividida entre a analista e a Elisabeth, fui aprendendo a lidar com os sentimentos despertados na situação analítica e aos poucos tornando em palavras o que antes era um pavor sem nome.

A presente dissertação teve um objetivo modesto. A tese de que os sentimentos contratransferenciais podem se constituir em importante aliado, em desafio e em instrumento de diagnóstico diferencial, são amplamente conhecidos na pesquisa psicanalítica feita pela escola inglesa. Pude verificar a validade de tal hipótese neste trabalho.

O maior desafio ao estar com Cecília era o de conseguir manter o vértice analítico, manter o lugar de analista que era incessantemente bombardeado com críticas, zombaria e descrença. Tais ataques provocavam muito desconforto e mal-estar. Outro tipo de desafio acontecia quando Cecília parecia querer se deixar morrer e a sonolência me assolava. Adormecer e deixá-la sozinha seriam movimentos de vingança, de atuação do ódio. Por outro lado, começar a educá-la, dar conselhos, palpites, enfim “adotá-la” seriam manifestações amorosas, porém não menos nefastas.

Segundo Bion (1980), para que o trabalho analítico possa acontecer é necessário manter o vínculo do conhecimento (K) e não os vínculos de amor (L) e ódio (H), ou seja, devemos prioritariamente nos colocar a serviço do paciente, buscando uma vinculação que opere a favor de uma elucidação dos fenômenos compartilhados na sessão analítica.

Embora o autor teça considerações sobre a possibilidade do conhecimento, tema tão caro para a Filosofia, aponta para o conhecimento que podemos ter a partir da experiência emocional, se pudermos suportar o sofrimento que lhe é inerente, sem evasão ou modificação. O conhecimento obtido por meio da experiência emocional poderá possibilitar uma abstração e um enunciado que a represente de maneira adequada. O tema da vinculação em termos de amor e ódio aparece no título e percorre o presente texto em sua extensão. Como acolher, como não expulsar, não me deixar arrastar na turbulência? Como não atuar o amor e o ódio e manter o lugar analítico?

A aposta é de que tais sentimentos, se trabalhados a partir da ótica de sua natureza contratransferencial cuja brotação se dá no seio da situação analítica sob a égide da transferência, possam servir como aliados, importante desafio e instrumento de diagnóstico diferencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BALINT, M. *A falha básica*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1993.

BERLINCK, M.T. A contratransferência contra a transferência? in *Psicanálise da Clínica Cotidiana*. São Paulo: Editora Escuta Ltda, 1988.

_____. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Editora Escuta Ltda, 2000.

BION, W. *Aprendiendo de la experiencia*. Espanha: Ediciones Paidós, 1980.

_____. *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1994.

_____. Turbulência emocional. *Rev. Bras. de Psicanálise*, 1987.

_____. Making the best of a bad job. In *Clinical Seminars*. Abingdon: Fleetwood Press, 1987.

ESCOLA LETRA FREUDIANA. *A Contratransferência à luz do desejo do analista*, ano XXI, nº 29, 2002.

FERENCZI, S. A Técnica Psicanalítica, 1917. In *Obras Completas*, vol. II. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1992.

_____. Perspectivas da Psicanálise. In *Obras Completas*, vol. III, São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1992.

_____. A Elasticidade da Técnica Psicanalítica. In *Obras Completas*, vol. IV, São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1992.

FIGUEIRA, S.A. (organizador). *Contratransferência, de Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 1994.

FREUD, S. *Interpretação dos Sonhos*. 1900, vol.V.

_____. *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905-1901),vol. VII.

_____. *Perspectivas futuras da Terapêutica Analítica*, (1910),vol. XI.

_____. *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*, 1911, vol XII.

_____. *A dinâmica da transferência*, 1912,vol XII.

_____. *Recomendações aos Médicos que exercem a Psicanálise*, 1912, vol. XII.

_____. *Observações sobre o Amor Transferencial*, 1915-191.

_____. *A Disposição à Neurose Obsessiva*, 1913, vol. XII

_____. *Além do Princípio do Prazer*, 1920, vol. XVIII.

_____. *O Mal Estar na Civilização*. 1930 vol XXI da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Editora Imago, out. 1972.

FREUD, S. & FERENCZI, S. *Correspondência*, editado por Ernst Falzeder, Eva Brabant e Patrizia Giampieri. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1994, vol. I, 1908–11.

GITELSON, M. The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *The International Journal of Psycho-analysis*, 1952, vol. XXXIII, part 1.

HEIMANN, P. Sobre a Contratransferência. Publicado no Int. Journal of Psycho-Anal., 1950, Boletim Científico, SBPRJ, 1(4),104-9, 1987.

_____. Contratransferencia, publicado no *British of Medical Psychology*, 3,9,1960, *Revista Uruguaya Psicoanal.*, 4,1961-2.

JOSEPH, B. *Equilíbrio Psíquico e Mudança Psíquica*. Michel Feldman e Elizabeth Spillius, Organizadores. Nova Biblioteca de Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1982.

KLEIN, M. *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides*. 1946, vol.III.

_____. *A importância da formação dos símbolos no desenvolvimento do ego*. 1930, vol.I.

_____. *O luto e sua relação com os estados maníacos depressivos*. 1940, vol.I.

_____. *Das obras completas de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1996.

LITTLE, M. Contratransferência e a resposta do paciente a isso. In: *A Contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, ano XXI, n° 29, 2002.

_____. “R” – *A resposta total do analista as necessidades do seu paciente*. In: *A Contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, ano XXI, n° 29, 2002.

OROZCO, D.S.. El Sujeto y el Objeto de la Contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 2000.

PICK, I.B. A elaboração na contratransferência.(1985) In *Melanie Klein Hoje*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1990.

QUEIROZ, E.F.; SILVA, A.R.R. *Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Editora Escuta Ltda, 2002.

RACKER, H. *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1959.

ROCHA BARROS, E. O conceito de transferência: uma síntese do ponto de vista kleiniano. In *Transferências*, Abrão Slavutzky (org). São Paulo: Editora Escuta Ltda, 1991.

ROSENFELD, H. *Impasse e Interpretação*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1988.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

SAMSON, F. *Freud e Ferenczi*. In: *A Contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, ano XXI, nº 29, 2002.

SEGAL, H. *A obra de Hanna Segal*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1983.

_____. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975.

SPILLIUS, E. B. *Melanie Klein hoje*. vol. I e II Nova Biblioteca de Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1991.

STEINER, J. *Refúgios Psíquicos*. Nova Biblioteca de Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1997.

WINNICOTT, D. Classificação: Existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? 1959-1964. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 1983.

_____. Contratransferência (1960). In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 1983.

_____. O ódio na contratransferência (1947). In *Da pediatria à Psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora S.A., 1982.

OBRAS CONSULTADAS.

ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 2000.

BARANGER, W. *Posición y objeto en la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman, 1976.

_____. *Elementos de Psicoanálisis*. Argentina: Ediciones Hormé. s.d.

BOLLAS, C. *O desejo Borderline*. Percurso, n° 30, 2003.

CARDOSO, M.R. *Limites*. São Paulo: Editora Escuta Ltda, 2004.

CINTRA, E.M.U.; FIGUEIREDO, L.C. *Melanie Klein – Estilo e Pensamento*. São Paulo: Editora Escuta Ltda, 2004.

FIGUEIREDO, L.C. *Elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Editora Escuta Ltda, 2003.

_____. *Recordar, Repetir e Elaborar*. 1914, vol. XII.

_____. *O Ego e o Id*. 1923, vol. XIX.

_____. *Luto e Melancolia*. 1914, vol. XIV.

_____. *Introdução ao Narcisismo*. 1914, vol. XIV.

GREEN, A. O conceito de fronteiroço. In *Sobre a Loucura Pessoal*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1988.

_____. La madre muerta. In *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrutu Editores, 1993.

HARTMANN, A. O que Donald Winnicott e Margaret Little nos ensinam. In: *A Contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, ano XXI, n° 29, 2002.

HAYNAL, A.E. *Disappearing and reviving-Sandor Ferenczi in the History of Psychoanalysis*. Londres: KarnacBooks Ltd., 2002.

HINSHELWOOD, R.D. *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. *Uma contribuição à psicogênese dos estados maníacos-depressivos*. 1935, vol.I.

_____. *Amor, Culpa e Reparação*. 1937, vol.I.

_____. *Narrativa da Análise de uma criança*. 1944, vol.IV.

_____. *Das obras completas de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1996.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1983.

LECLAIRE, S. O ouvido com que convém ouvir. In *Psicanalisar*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., Série Debates, 1977.

LIMA VAZ, N.L. Da contratransferência ao desejo do analista. In: *A Contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, ano XXI, n° 29, 2002.

LITTLE, M. Counter-Transference and the patients response to it. Reprinted from *Int. Journal of Psycho-Anal.* 1951 in *Classics in Psycho-analytic Technique*, Robert Langs. Editor, 1981.

_____. "R" – The Analyst's total Response To His Patient's Needs, Elargid from a paper given a Scientific meeting of the *British Psycho-Analytical Society* on 18 January, 1956, *Int. Journal of Psycho-Anal.*, 1957.

MARCONDES, D. A regressão na contratransferência. *Revista Bras. Psican.*, 1968.

OLIVEIRA, B.S.M. Paula Heimann. In *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 1994.

PETOT, J.M. *Melanie Klein I e II*. Série Estudos. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992.

RAMOS, H.M. Michael Balint e Donald Winnicott. In *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 1994.

SEARLES, H.F. *My Work with Borderline Patients*. London: Jason Aronson Inc., 1986.

SCHAFER, R. Vicissitudes do lembrar na contratransferência: devoção ao fracasso, colonização e outra maneira de lembrar. In *Livro Anual de Psicanálise* (1997) XIII, São Paulo: Editora Escuta Ltda.

WATSON, R.I. The discovery of the borderline patient through countertransference. In *Contemp. Psychoanal.*, vol. 32, n° 1, 1996.

_____. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In *O ambiente e os processos de maturação*, Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 1983.

_____. A capacidade para estar só. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 1983.

_____. Aspectos clínicos e metapsicológicos da repressão dentro do *setting* psicanalítico (1954). In *Da pediatria à Psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora S.A., 1982.

_____. Retraimento e regressão (1954). In *Da pediatria à Psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora S.A., 1982.

_____. Preocupação materna primária. In *Da pediatria à Psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora S.A., 1982.

_____. Nada no Centro (1959). In *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva (1967). In *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.