



*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*

O PROCESSO PSICANALÍTICO DE  
MELTZER REVISITADO –  
CONSIDERAÇÕES PARA UMA ÉTICA  
PSICANALÍTICA

LUÍS MIGUEL VICENTE TERESO

**Orientador da Dissertação:**

Prof. Dr. Nuno Torres

**Coordenador de Seminário de Dissertação:**

Prof. Dr. Nuno Torres

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:**

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Dr. Nuno Torres, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Nuno Torres, sempre disponível e paciente, incentivando-me e orientando-me, levando-me a percorrer caminhos desconhecidos de forma segura.

Aos meus colegas de Seminário, a discussão das teses, a minha e as suas, foi sempre algo de interessante e motivador, sempre suscitando a reflexão.

À Sandra e ao Diogo em especial, pelo amor e carinho, por serem sempre pontos de partida e de chegada, pontos de apoio e de conforto.

## Resumo

O Processo Psicanalítico foi um conceito que Donald Meltzer (1967) desenvolveu, procurando dar conta de uma atitude na análise, uma atitude do analista face ao paciente, baseada na integração, procurando a autonomia e o crescimento interno. Eu procuro fazer a revisão do conceito, actualizando-o e integrando-o nos desenvolvimentos recentes da psicanálise. Procuo tornar o conceito mais claro e delineado da forma mais ética possível, visando o seu uso mais alargado enquanto conceito psicanalítico, esperando que a sua delineação permita aos analistas terem uma ideia do que acontece na análise, uma ideia de para onde aquele processo que iniciaram com o paciente realmente vai ou deve ir. Procuo acima de tudo realçar a análise enquanto um espaço de liberdade e de desenvolvimento, de transformação e crescimento, um espaço que o paciente interioriza e que lhe permite, no futuro, lidar com os problemas de forma mais segura.

**Palavras-Chave:** Processo; Psicanálise; Meltzer; Ética.

## Abstract

The Psychoanalytic Process was a concept that Donald Meltzer (1967) developed, trying to reveal an attitude in the analysis, an attitude of the analyst facing the patient, based on integration, seeking autonomy and internal growth. I try to do a review of the concept, updating it and integrating it in the recent developments of psychoanalysis. I want to make the concept more clearly delineated and in the most ethical manner possible, aiming its use as a broader psychoanalytic concept, hoping that its delineation allows the analysts to have an idea of what happens in the analysis, an idea of where that process they began with the patient is actually going to. I want above all to highlight the analysis as a space of freedom and development, transformation and growth, a space that the patient internalizes, enabling him, in the future, to deal with the problems in a more secure basis.

**Key-words:** Process; Psychoanalysis; Meltzer; Ethics.

O PROCESSO PSICANALÍTICO DE  
MELTZER REVISITADO – CONSIDERAÇÕES  
PARA UMA ÉTICA PSICANALÍTICA

## **Introdução**

Este trabalho surge no seguimento da tese que efectuei no Seminário de Monografia, intitulada *Funções Familiares – No Modelo Família-Comunidade de Donald Meltzer e Martha Harris* (Tereso, L., 2004). Na Monografia, o trabalho era de operacionalização de um modelo teórico, pela construção de um questionário, e a respectiva aplicação a várias populações de diferentes patologias. A aplicação do questionário mostrou que existiam realmente diferenças entre as funções emocionais postas em jogo nas diferentes populações, e que existiam diferenças significativas entre as populações de diferentes patologias e a população normal (o termo Função Emocional, desenvolvido por Meltzer & Harris, 1976, refere-se à transformação da experiência emocional dos sujeitos e da família – um conjunto de acções com um objectivo). Mais ainda, numa patologia específica, a toxicodependência, o questionário foi aplicado a sujeitos ainda a consumir e sujeitos em tratamento, havendo entre ambos diferenças também realçadas pela análise estatística dos resultados obtidos com o questionário.

Os resultados obtidos na Dissertação Monográfica fizeram-me pensar em várias coisas, mas houve uma ideia que permaneceu com mais insistência: a de como se efectuaria a mudança psicológica num setting psicoterapêutico. A pessoa está em sofrimento e pede ajuda: em que medida é que a ajuda que nós, psicólogos, podemos dar ajuda realmente essa mesma pessoa? Desde logo me pareceu natural que ao pensar sobre a mudança psicológica, tinha que levar em conta não só o psicólogo e o paciente, mas também o espaço analítico onde eles se juntam e onde ocorre o trabalho que leva à mudança.

Das leituras que efectuei enquanto trabalhava na Dissertação de Monografia, ficou-me o pensar sobre um autor específico, Donald Meltzer; li vários dos seus livros nessa altura, podendo constatar a coerência de toda a sua obra. Uma obra em especial mereceu a minha reflexão: *The Psycho-analytical Process* (1967), uma das primeiras obras que escreveu, mas onde podemos ver já esboçados todos os assuntos que desenvolverá posteriormente. Uma obra acerca da mudança psíquica, vista de forma integrada, nas várias vertentes do trabalho do analista no espaço analítico. Uma obra que respondia a algumas das questões que levantei a mim mesmo; mas também uma obra que nalguns momentos me parecia algo insatisfatória, na medida em que, repleta da teoria pessoal que guiava o autor, estava, por isso mesmo, condenada a uma certa limitação no âmbito da sua aplicação mais alargada.

Foi a partir daí que surgiu a ideia de base desta tese: uma reflexão acerca do Processo Psicanalítico, do trabalho contínuo que ocorre na análise e que leva à mudança psicológica; mas também uma revisão do mesmo, des-saturando-o de teoria e tornando-o, por isso,

necessariamente mais universal. O trabalho implicaria também ver as polémicas recentes no pensamento psicanalítico acerca do posicionamento do analista face ao paciente, uma vez que é nesse ponto fundamental que assenta a definição do Processo Psicanalítico: uma forma de estar do analista. Revelou-se ainda necessário abordar o trabalho por um outro ângulo, que se tornou fundamental e norteador de toda a obra a que me dediquei: a questão da ética, nomeadamente através dos textos de Rachel Blass (1994; 2001; 2003a; 2003b) e de Robert Hinshelwood (1997b). É pela reflexão sobre a ética que podemos responder a várias questões fundamentais: como se efectua a mudança psíquica? Em que sentido essa mudança vai ao encontro das necessidades do paciente? Será que ocorre na análise uma imposição abusiva do analista sobre o paciente?

Fiquei assim com os três primeiros capítulos do meu trabalho: o Processo Psicanalítico tal como visto por Meltzer em 1967; a psicanálise enquanto ética; uma revisão do Processo Psicanalítico tendo em vista as mudanças mais recentes na técnica e teoria psicanalítica. O objectivo era o de construir um instrumento de auxílio para o analista, um instrumento que o permita situar-se, perante o progresso do paciente, perante o seu percurso na análise: nisso mantive-me fiel à ideia de Meltzer. No fundo, procurei delinear melhor um instrumento que ajude o analista a assegurar-se da rectidão da sua postura face ao paciente.

Um quarto capítulo pareceu necessário, possibilitando um olhar prático a uma obra que corria o risco de se tornar apenas teórica. Pegando nos resultados estatísticos obtidos no Seminário de Monografia, nomeadamente as duas populações de toxicodependentes estudadas, propus-me a ver o que na instituição terapêutica pôde levar à mudança psíquica que ocorreu. Olhei para uma Comunidade Terapêutica para toxicodependentes enquanto exemplo de um Processo Psicanalítico em acção. Uma vez que a instituição em questão segue uma orientação teórica específica, torna-se possível verificar se existe uma estrutura que leve à mudança nos termos que Meltzer (1967) intuiu e que eu espero aprofundar.

Foi a este trabalho que me propus. Posso ainda dizer que procurei, durante este trabalho, seguir algumas regras que o tornassem mais científico e menos uma reflexão pessoal acerca deste e daquele conceito. Seguindo Dreher (2000), para cada conceito procurei conhecer a sua origem, as principais alterações que sofreu ao longo do seu percurso de vida no seio da teoria psicanalítica, as discussões actuais que provoca e, então, transformá-lo, em função dos pontos anteriores e, naturalmente, também em função da minha percepção acerca do conceito. Tinha perfeita consciência de que o trabalho seria um pouco mais difícil do que uma mera investigação conceptual, uma vez que não se tratava somente de investigar um conceito, mas sim o que podemos chamar de “conceito composto”, isto porque ligados ao

Processo Psicanalítico estão muitos dos conceitos fundamentais da psicanálise; no limite, toda a teoria psicanalítica poderia ser referida numa reflexão como a que eu me propunha fazer.

Como tal, sabia que não poderia ser demasiado exaustivo na evocação retrospectiva dos conceitos, seja porque seria colocar-me perante um trabalho interminável, seja ainda porque vários dos conceitos em questão fazem de tal forma parte do património histórico e intelectual da psicanálise que a sua evocação exaustiva provocaria somente bocejos e a sensação de repetição. Conceitos como a Identificação Projectiva ou o Complexo de Édipo, por exemplo, são a florados de forma mais ligeira, o suficiente contudo para que se perceba a razão de ser dos conceitos terem aparecido daquela forma naquele determinado contexto – neste caso, a formulação de Meltzer (1967) do Processo Psicanalítico.

## **Capítulo 1 - Meltzer e o Processo Psicanalítico**

O livro *The Psycho-analytical Process* (Meltzer, 1967) é o ponto de partida para este trabalho. Nele, Meltzer descreve as fases d'*O Processo Psicanalítico*, enquanto instrumento para a mudança terapêutica e enquanto auxiliar do analista no seu trabalho diário, semanal, anual. O Processo que Meltzer descreve é um Processo dinâmico e integrador, como o são outras tentativas posteriores que o autor faz de modelar aspectos do desenvolvimento psicológico dos sujeitos e da actuação do analisa (nomeadamente, o *Modelo-da-criança-na-família-na-comunidade*, 1976).

Gostaria ainda de referir que o autor deixa claro no livro em questão que a ideia de um Processo Psicanalítico se aplica tanto à análise de crianças como de adultos, análises que o autor assume como semelhantes, ainda que com algumas diferenças naturais, como seja o uso do jogo na criança em detrimento da associação livre, por exemplo. Julgo ser necessária uma clarificação adicional: Meltzer, ao longo de toda a sua obra, usa com frequência uma terminologia muito própria. Um exemplo claro são os conceitos de Parte Adulta e Parte Infantil da personalidade. Com estes termos, o autor refere-se não a um desenvolvimento cronológico, mas a um desenvolvimento maturacional. A Parte Infantil será a parte imatura da personalidade, ao passo que a Parte Adulta será a parte madura, em desenvolvimento, em transformação.

Neste primeiro capítulo do trabalho, começarei por descrever brevemente as cinco fases do Processo descritas pelo autor, tentando dar conta de toda a riqueza conceptual e teórica explícitas na citada obra.

## ***1.1 - Reunião da Transferência***

Esta é a primeira fase do Processo e é uma fase de uma importância extrema em qualquer análise, uma vez que é nesta fase que se estabelece uma aliança de trabalho com as partes maduras do self do paciente, aliança baseada acima de tudo na responsabilidade. Existem dois indicadores que dão conta da importância primordial que Meltzer (1967) dá a esta fase da Reunião da Transferência: um dos indicadores está na descrição que o autor faz do Processo Psicanalítico como uma sequência de fases que evoluem por modificações na transferência; o outro indicador está no facto de em 1986, no artigo intitulado *The Psycho-analytical Process: Twenty Years On, the Setting of the Analytic Encounter and the Gathering of the Transference*, ao proceder a um olhar retrospectivo e transformador sobre a obra *The Psycho-analytical Process* (1967), as suas reflexões se centrarem todas numa redefinição do setting analítico e na relação de transferência que nele se instaura.

Mas o que é exactamente o setting analítico? Meltzer (1967) refere-se com o setting às condições mais gerais da análise, como sejam a incompatibilidade da análise com relações sociais exteriores com o paciente e com o contacto social pré-analítico, o efeito intrusivo nos pacientes de informação acerca do modo de vida do analista, das suas preferências políticas, estéticas, interesses não analíticos e saúde; refere-se ainda à questão financeira, aos arranjos do tempo, periodicidade das sessões, as faltas, etc., devendo todos estes aspectos mais formais do setting ser conhecidos e aceites pelo paciente.

Vemos portanto como paciente e analista se encontram debaixo de condições tão específicas, tão especiais. Encontram-se num espaço físico específico e é nesse espaço físico que se instaura entre eles uma relação especial, uma relação de transferência, em que o analista potencializa a vivência de fantasias precoces, possibilitando a sua resolução.

Meltzer (1967) acentua a necessidade primeira, na análise, de proceder à circunscrição e definição desse espaço físico, do setting analítico, como forma facilitadora para a instauração dessa relação transferencial. A circunscrição do setting é uma primeira engrenagem de um processo um pouco autónomo: a criação de uma experiência de contenção e acolhimento, uma invariante da análise que não está, à partida, dependente de humores e momentos de forma, um primeiro possibilitador da transformação. A instauração do setting como transformação e como uma invariante analítica fazem com que Meltzer (1967; 1986) o diga mais importante ainda do que a própria interpretação, uma vez que esta é uma ferramenta técnica demasiado dependente do analista e, portanto, falível.

Após estas primeiras considerações acerca do setting, podemos olhar então para a relação de transferência<sup>1</sup> propriamente dita. O embate inicial do paciente com o setting faz com que os primeiros tempos da análise sejam algo turbulentos, lutando ainda o paciente para interiorizar o setting e o seu funcionamento. Mas, rapidamente se institui um ritmo na análise, o que possibilita uma acalmia transferencial que permite que se comece realmente a trabalhar. As separações semanais da análise funcionam como um grande organizador desse ritmo analítico, sendo também, juntamente com as restantes experiências de separação (Natal, Carnaval, Páscoa, Férias grandes), os grandes organizadores da mente do paciente: face à angústia da separação, surge o alívio do acolhimento e da compreensão.

Existe uma constante na experiência de circunscrição do setting e de contenção das angústias de separação do paciente: essa constante é a atitude, ou o estado mental, do analista. Durante a instauração da transferência não ocorre somente uma vivência actualizada das fantasias precoces do sujeito, existe também uma transformação que surge dessas fantasias serem acolhidas numa relação que é diferente de qualquer outra relação que o paciente tenha tido na vida. E essa nova relação é marcada por uma forma de estar diferente por parte do novo interlocutor do paciente: o analista. O estado mental do analista cria e mantém uma atmosfera específica no consultório. O fundamento da atitude analítica deve ser, de acordo com Meltzer (1967), a dedicação ao método psicanalítico, um compromisso com o paciente de fazer o melhor trabalho que ele, analista, consiga, comprometendo-se o analista a aguentar a maior parte das projecções de dor mental do paciente. As qualidades necessárias para manter a atitude psicanalítica são simplesmente qualidades parentais, nomeadamente a bondade, a paciência e a não-intrusividade, devendo o analista seguir o material mas não procurar dirigi-lo (ideia que veremos mais tarde assumir uma importância enorme na concepção de um Processo Psicanalítico ético).

O analista traz, na verdade, algo de novo à relação estabelecida com o paciente. O analista não se perde na acção; também não responde ao paciente pela acção – a relação com o analista vai ser caracterizada pelo receber, compreender e conter as identificações projectivas (veremos já de seguida a importância do conceito de identificação projectiva na formulação de Meltzer). O paciente internalizará este processo, devido à sua constante repetição. Podemos ver de forma bastante clara neste processo toda a influência que a obra de Bion tem no pensamento clínico de Meltzer: o processo em questão é marcado pela externalização da situação interna pela identificação projectiva, acolhimento por parte do

---

<sup>1</sup> Processo pelo qual os desejos inconscientes do sujeito se actualizam em novos objectos. “Repetição de protótipos infantis vivida com uma sensação de actualidade acentuada” (Laplanche & Pontalis, 1967).

analista e posterior devolução ao paciente já de uma forma pensável e sem as emoções violentas que a compunham. Meltzer (1967) refere-se-lhe como o alívio derivado da compreensão.

## ***1.2 - Clarificação das Confusões Geográficas***

A dimensão geográfica da mente é um conceito que Meltzer desenvolverá de forma mais aprofundada em textos posteriores a este (1975; 1976; 1992). Voltarei mais tarde ao conceito, desenvolvendo-o então de forma mais completa. Por agora quero cingir-me à forma como Meltzer (1967) o descreve enquanto parte do Processo Psicanalítico, procurando mostrar a importância fundamental desta fase para a construção da identidade do paciente.

Esta fase lida com a experiência de separação e de identidade separada, tendo tendência a dominar os inícios e os finais dos ciclos analíticos: sessão, semana, período, ano. O que Meltzer (1967) afirma é que a primeira separação de fim-de-semana na análise dá início a uma modalidade relacional especial e profunda, em níveis profundos do inconsciente, modalidade essa que surgirá nas subsequentes experiências de separação que o paciente experimentará durante a análise. Meltzer (1967) descreve essa modalidade específica como a “tendência infantil para a identificação projectiva massiva”, ocorrendo primeiro em relação a objectos externos e depois também com objectos internos.

Antes de seguirmos na descrição desta fase, e face à introdução do conceito de “identificação projectiva massiva”, faz sentido proceder a um breve resumo histórico do conceito de identificação projectiva – permitindo assim perceber melhor de onde surge o conceito forjado por Meltzer (1967) e a razão da sua delimitação nesta altura do Processo.

Freud não falou especificamente de *identificação projectiva*, mas os seus conceitos de *identificação* e de *projectão* mostram como ele esteve perto de o poder fazer. A identificação é o processo pelo qual “um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa” (Laplanche & Pontalis, 1967). É um conceito chave na construção da personalidade do sujeito. A projecção, por sua vez, é descrita como a “operação pela qual o indivíduo expulsa de si e localiza no outro, pessoa ou coisa, qualidades, sentimentos, desejos e mesmo objectos que ele desdenha ou recusa em si” (Laplanche & Pontalis, 1967). Freud (1896) considerou a projecção como normal, sendo no entanto também o mecanismo de defesa típico da paranóia. Podemos ver, portanto, como o conceito de projecção se aproxima tanto do conceito de identificação projectiva descrito por Klein (1946), e como a união com o conceito de identificação dá aos termos a riqueza da descrição de Bion (1962).

De facto, Klein (1946) descreve a Identificação Projectiva como sendo o resultado da projecção de partes clivadas do self no objecto, que se identifica então com essas partes clivadas. É uma “necessária e estruturante defesa primitiva” (Zimerman, 2001), mas é também uma forma de penetrar no interior do corpo da mãe e de o controlar, apossando-se dos tesouros que, na sua imaginação, lá estão presentes. Com Bion (1962), a identificação projectiva ganhou uma nova dimensão, a comunicação, deixando de ser vista apenas nos seus aspectos defensivos como em Klein (1946). Passou a ser uma forma de comunicar algo a alguém, a base realmente de toda a empatia e de toda a comunicação humana, mas também uma forma de aprendizagem acerca das próprias emoções, pela sua exploração nos outros.

Meltzer (1967) usa o conceito de Identificação projectiva tanto no sentido de Klein como no de Bion; se mais tarde na descrição do Processo realça o uso comunicativo do conceito, nesta fase ainda tão precoce do Processo usa-o no sentido kleiniano, de forma evacuatória. É nesse sentido que fala na Identificação Projectiva Massiva, descrita pelo autor como um mecanismo de defesa ao qual se recorre para evitar a angústia de separação. O seu funcionamento é o seguinte: partes massivas do self são projectadas para o objecto e confundem-se com este, esbatendo desta forma as fronteiras entre o self e o objecto, permitindo a negação da separação. Cassese (2002) refere que Meltzer abandonará mais tarde o conceito, em favor de uma descrição mais qualitativa, e não quantitativa, da identificação projectiva: deixa de estar interessado na quantidade de self que é projectado para outra pessoa, para se interessar com a parte da pessoa onde a projecção e a identificação ocorreu.

Voltando à descrição desta fase do Processo Psicanalítico, recordemos que Meltzer (1967) definiu esta fase da Clarificação das Confusões Geográficas como sendo marcada essencialmente pela experiência de separação e de identidade separada (Meltzer, 1967, afirma que a possibilidade de construir uma identidade separada é a linha divisória entre a psicose e o desenvolvimento normal); pelo estabelecimento da diferenciação do Self e do objecto, ocorrendo este processo pela investigação sistemática da identificação projectiva massiva. O autor descreve depois os seis motivos que justificam a tendência à identificação projectiva: 1) A intolerância à frustração, que ocorre quando está presente uma dependência absoluta de um objecto externo, procurando assim manter a integração; 2) O controlo onnipotente, que pode surgir como uma pré-condição para uma relação de objecto, quando a diferenciação entre bom e mau está mal definida devido a uma clivagem-e-idealização do Self e dos objectos inadequada; 3) A inveja, tal como descrita por Klein em *Envy and Gratitude* (1957) e *On Identification* (1955) - um ataque destrutivo às fontes da vida, ao objecto bom, devendo ser distinguida da ambivalência e da frustração, sendo considerada de origem inata e exigindo o

mecanismo da clivagem como defesa arcaica a operar no começo; 4) Os ciúmes, baseados numa elaboração primitiva da inveja da mãe ou do pai, ou da sua relação coital; 5) A deficiência da confiança, consequência da projecção destrutiva excessiva; e 6) A ansiedade persecutória excessiva, referindo-se a ansiedades paranóicas insuportáveis, na sequência do “terror sem nome” de Bion (1962) ou no “terror” de Meltzer (1973).

A tendência à Identificação projectiva massiva vai ter manifestações bastante claras em comportamentos típicos do paciente no consultório, como podemos ver numa série de exemplos que Meltzer (1967) refere, retirados de análises com crianças: a utilização do corpo do analista como parte do Self (o tocar no analista, trepar-lhe para o colo, etc.), a utilização da sala como o interior de um objecto (a entrada impetuosa na sala, o olhar a sala como uma arena vasta, ou, de forma oposta, o esconder-se na sala de espera). Veremos mais tarde de forma mais pormenorizada como se processa este movimento por parte do paciente, a partir da descrição que Klein faz do tratamento de Richard (1975).

Podemos ver pela descrição do conceito de Identificação projectiva massiva como para Meltzer (1967) o que está em jogo nesta fase do processo é uma confusão entre a realidade externa e a realidade psíquica, interna, entre o interior e o exterior do objecto.

Meltzer (1967) introduz, então, um conceito que vai assumir uma grande importância na sua obra: o conceito de “toilet-breast”, que passaremos a traduzir como *seio-latrina*. O *seio-latrina* é um objecto parcial clivado, puramente expulsivo: o analista representa uma “latrina” na qual o paciente evacua partes do Self; um depósito sanitário onde o paciente descarrega as suas angústias. A introjecção<sup>2</sup> posterior dos aspectos bons do Self é vista como vindo dos objectos fora da análise (mãe, professores, pares, amigos), uma vez que o paciente ainda não consegue reconhecer a boa introjecção que ocorre na transferência. O analista, enquanto seio-latrina, é valorizado e visto como necessário para a construção de uma identidade separada, mas não é amado.

Se ao princípio a relação com o analista é puramente evacuatória e, como tal, parcial, a experiência repetida de separação e contenção da ansiedade de separação permite que a Identificação projectiva massiva se vá atenuando, dando lugar a uma visão mais completa do analista, correspondendo também a um mundo interno mais integrado.

---

<sup>2</sup> “O indivíduo faz passar, de um modo fantasmático, de ‘fora’ para ‘dentro’, objectos e qualidades inerentes a esses objectos” (Laplanche & Pontalis, 1967).

### ***1.3 - Clarificação das Confusões Zonais***

Se a clarificação da confusão entre o Self e o objecto permite a construção de uma identidade separada, a resolução do complexo de Édipo, nesta fase, divide a imaturidade da maturidade. Esse é o grande movimento desta fase da Clarificação das Confusões Zonais.

O abandono da Identificação projectiva massiva e a dependência que se estabelece com o seio-latrina começa a tornar possível o estabelecimento de um objecto no exterior que seja capaz de conter a dor. Isto possibilita o aparecimento do Complexo de Édipo nas suas formas genitais e pré-genitais, todos misturados no que Meltzer (1967) chamou de “confusão de zonas e modos”.

Freud falou no Complexo de Édipo como o “conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança experimenta relativamente aos pais” (Laplanche & Pontalis, 1967), realçando o seu papel fundamental na estruturação da personalidade. Klein (1928; 1955) fala no Complexo de Édipo primitivo, que seria a relação edipiana experimentada pelo bebé a partir do início da Posição Depressiva, sendo experimentado em termos pré-genitais (antes da instauração da genitalidade). Com a Posição Depressiva a criança começa a perceber o mundo de forma mais completa, apercebendo-se então que existem vínculos entre as pessoas, nomeadamente entre o pai e a mãe. No entanto, devido ainda à sua imaturidade, a criança apercebe o vínculo existente entre os seus pais projectando neles os seus próprios desejos libidinais e agressivos; é neste sentido que Klein fala num Édipo pré-genital. Mas à medida que o desenvolvimento se processa, trazendo consigo um crescente sentido de realidade, surge então o Complexo de Édipo no seu sentido clássico, freudiano, em termos genitais, portanto: a escolha entre os pais flutua cada vez menos (Segal, 1975), surge a percepção do próprio sexo.

Esta fase do Processo é marcada pela confusão. Meltzer (1967) refere que o conflito edipiano desta fase aparece na sua forma pré-genital, marcado pela necessidade de gratificação, pela excitação difusa e pela não diferenciação das zonas erógenas e das suas funções. A sensualidade das várias zonas erógenas dá lugar à confusão (os termos “zonas” e “modos” estão relacionados com a fantasia inconsciente, na medida em que descreve a interacção entre uma zona erógena e o seu objecto).

Se na fase anterior se alcançou já uma certa distinção entre a realidade externa e a realidade psíquica, essa distinção é, ainda assim, uma realidade distante, pelo que grande parte do trabalho feito nesta fase do Processo ocorre no meio de uma confusão constante e numa oscilação entre esses dois mundos das relações de objecto.

Esta é uma fase dominada pelo desejo e pelo ciúme, facto que, durante algum tempo, torna esta fase relativamente livre de tensão contratransferencial. No entanto, à medida que a

análise progride e começa a aparecer a ordem onde só havia confusão, esse encanto quebra-se e surge arrogância e desprezo pelo analista, visto como um mero receptáculo para a dor. O objectivo é o de manter separadas duas funções que o analista desempenha: a função *latrina* e a função *nutriente*. Vimos já como o analista se assumiu enquanto seio-latrina, acolhedor das projecções do paciente; nesta fase, o analista começa a aparecer enquanto seio-nutriente (*feeding-breast* – alguém que não só acolhe, como transforma as experiências do paciente), o que, ao princípio, é difícil de tolerar pelo paciente (pelo reconhecimento da dependência, pelos danos sentidos como tendo sido infligidos ao analista/latrina).

O analista tem que resistir às tentativas de sedução que o paciente faz. As confusões zonais devem ser clarificadas e os processos de clivagem e idealização interpretados. À medida que o consegue fazer, o paciente, confrontando toda a raiva, ansiedade, tensão, pode começar a estabelecer o seio-nutriente, assumindo o analista de uma forma muito mais completa, começando agora a entrar no limiar da Posição Depressiva.

#### ***1.4 - Limiar da Posição Depressiva***

Se nas duas fases anteriores (de Clarificação das Confusões Geográficas e Zonais) se dá uma certa revolução na mente, pela clarificação das confusões que têm regulado o seu funcionamento, esta fase do Limiar da Posição Depressiva é marcada por uma espécie de Período de Latência analítica. Recordemos que Freud caracterizou a Latência como um período de diminuição das actividades sexuais, a dessexualização das relações de objecto e dos sentimentos, com o predomínio da ternura sobre os desejos sexuais, e o aparecimento do pudor, da repugnância e de aspirações morais e estéticas. É portanto, e Meltzer (1967) dá bem conta disso, um período de redefinição afectiva, de redireccionamento dos afectos para a ternura e para o belo, em detrimento da exigência quase violenta que até então predominava.

O que permite esta Latência analítica é a diminuição dos estados confusionais e da tendência à acção, tendo a parte infantil da personalidade passado a estar melhor diferenciada da adulta, sendo melhor contida na análise e na vida onírica. Possibilitando o abandono da onnipotência e da arrogância em favor de uma dependência de bons objectos primários internos.

Nesta fase ocorrem dois movimentos de certa forma opostos, mas, no fundo, parte do mesmo processo de crescimento: a clarificação das confusões e a diminuição da força da parte infantil no viver do paciente levam à criação de um bom objecto interno mais forte; ao mesmo tempo, existe um ataque à força desse mesmo bom objecto. Esse ataque à força do bom objecto reflecte-se no material; a intolerância à dor depressiva e ao crescimento mental levam

a que comecem a aparecer sinais de actividade da parte infantil destrutiva a tentar preservar o que resta do seu narcisismo<sup>3</sup>, através de ataques cínicos à verdade e pelo agravamento de ansiedades depressivas com desconfiança, troça e insinuação provocadora de ciúmes. O ataque é aumentado pelas partes destrutivas mais clivadas da personalidade infantil. Pelo trabalho do analista, a clivagem<sup>4</sup> é gradualmente diminuída e os ataques à relação na transferência tornam-se gradualmente mais mentais e mais verbalizáveis.

Durante esta fase, e face aos ataques ao bom objecto, tem que se estabelecer a confiança na capacidade dos bons objectos para efectuarem as suas funções de reparação e protecção, resistindo ainda a ataques de mais objectos e partes destrutivas do Self. É pela experiência rítmica deste movimento de destruição e restauração, de desespero e esperança, de dor mental e de alegria, que surge a experiência de gratidão, onde se forja o amor e a preocupação pelos bons objectos.

O Limiar da Posição Depressiva marca um ponto de viragem na economia da dor mental no processo analítico (Meltzer, 1976, fala da dimensão económica como os princípios usados para lidar com a dor), uma vez que a diminuição das ansiedades persecutórias (uma forma bruta) abre caminho ao polimento da angústia depressiva (um trabalho de filigrana, digamos). É também marca desta fase o Complexo de Édipo Genital: a clivagem e a idealização diminuíram, pelo que a mãe é agora vista como um objecto total, sendo reconhecido também o papel reparador e criativo do pai, começando os pais a ser vistos como uma dupla (objecto combinado – conceito que retomarei mais tarde).

Para finalizar, não é de mais salientar uma vez mais que o grande objectivo desenvolvimental desta fase é o estabelecimento da confiança na capacidade dos bons objectos em reparar e proteger.

### ***1.5 - Processo de Desmame***

Ao alcançar esta fase, o paciente está já em condições de cooperar de forma muito mais interessada com o trabalho analítico. Existe um controlo do acting out<sup>5</sup>, dá-se o aparecimento de toda uma série de material da vida diária do sujeito; surge também, refere

---

<sup>3</sup> “Em referência ao mito de Narciso, amor que se tem pela imagem de si mesmo. O Narcisismo primário designa um estado precoce em que a criança investe toda a sua libido em si mesma. O Narcisismo secundário designa um retorno ao ego da libido retirada dos seus investimentos objectais” (Laplanche & Pontalis, 1967).

<sup>4</sup> “O objecto visado pelas pulsões eróticas e destrutivas, cliva-se num ‘bom’ e ‘mau’ objecto, que terão então destinos relativamente independentes no jogo das introjecções e projecções” (Laplanche & Pontalis, 1967).

<sup>5</sup> “Acting out é a actuação fora da situação analítica. (...) No lugar de lembrar e verbalizar determinados sentimentos reprimidos, o paciente substitui-os por actos e acções motoras, que funcionam como sintomas” (Zimmerman, 2001).

Meltzer (1967), um entusiasmo pela análise dos sonhos, devida ao reconhecimento por completo da realidade psíquica.

Meltzer (1967) refere dois feitos básicos, nesta fase do Desmame. Um desses feitos é o estabelecimento interno da dependência introjectiva infantil para com o seio da mãe (implica o reconhecimento da Posição Depressiva, de forma a que o paciente se possa perdoar de ter atacado a confiança da mãe); o outro é a diferenciação dos níveis pelos quais os segmentos mais maduros da personalidade, pela identificação introjectiva<sup>6</sup>, começam a desenvolver as suas capacidades para a introspecção, pensamento analítico e responsabilidade.

Estas realizações, sinal já de uma integração bastante desenvolvida por parte do paciente, têm uma dupla função: por um lado, servem de antecâmara para o trabalho de terminação da análise; por outro lado, preparam o caminho para esse trabalho interminável e contínuo que o acompanhará pelo resto da vida, a saber, o empenho pela integração pela análise e pela auto-análise.

O que caracteriza, essencialmente, esta fase, é a luta constante não só pela integração do Self (as relações internas e externas são já experimentadas como objectos totais, sendo o analista diferenciado das figuras que foram projectadas na transferência), mas também pela independência. Dá-se uma diferenciação dos vários níveis da personalidade, nomeadamente um nível mais maduro, obtido por identificação introjectiva, a base das já atrás referidas introspecção, pensamento analítico, responsabilidade, encorajando a autonomia, iniciando o Processo de Desmame pela aparição de ansiedades relativamente ao final da análise.

A consequência é uma visão mais completa e real do analista, não já somente objecto de projecções, mas uma pessoa real; o paciente é livre de desenvolver uma identidade separada, encorajado pela aliança terapêutica. A riqueza e a criatividade desta aliança num nível adulto são equiparadas às qualidades da dupla parental (enquanto objecto combinado) e pode ser, deve ser, introjectado no mundo interno do paciente, possibilitando um desenvolvimento posterior, pela auto-análise.

E é exactamente essa auto-análise que é, de acordo com Meltzer (1967), e sob o ponto de vista do Processo Psicanalítico, o objectivo da análise. Essa capacidade é obtida pela aliança com a parte adulta do paciente, que, pelo insight e controlo da consciência e do comportamento, leva a um modo de vida mais responsável.

Se no *Processo Psicanalítico* (1967), Meltzer considera a análise como estando completa com o reconhecimento e clarificação do Processo de Desmame, mais tarde (*Dream*

---

<sup>6</sup> “Reintrojecção modificada dos aspectos que previamente haviam sido projectados. As identificações introjectivas caracterizam a posição depressiva” (Zimerman, 2001).

*Life*, 1984; 1986) Meltzer vem dizer que para o fim da análise permanece uma área de incerteza, tanto no paciente como no analista, acerca do que ocorrerá no pós-análise, prescrevendo o autor, em consequência, um período de follow-up.

Podemos ver como Meltzer (1967) descreveu a Psicanálise como um Processo assente na relação transferencial estabelecida entre duas pessoas num setting específico. Podemos ver também que o autor descreveu esse Processo por uma série de fases que, ainda que sejam sequenciais, não devem ser vistas de forma demasiado rígida, ocorrendo avanços e recuos, consoante o ritmo que se estabelece, sessão a sessão, durante o período semanal, mensal, anual; essas fases descrevem a “história natural” do processo analítico, uma sequência ditada pela economia da vida psíquica: tendo em conta, portanto, os princípios usados para lidar com a dor psíquica (1976). Meltzer enuncia o Processo Psicanalítico como uma forma de pensar o material clínico após, e não durante, as sessões, conferindo-lhe um carácter de Notação, um pouco como o conceito da Grade (Bion, 1963).

Esta ideia está de acordo com a visão de Meltzer (1967) da prática da Psicanálise como um acto de virtuosismo, uma combinação de actividade artística e atlética: a “condição” do analista depende do treino, da prática, com base no esquema de actividade diária, semanal, mensal, anual; pretendendo esta prática ser um suporte da performance analítica, assumindo o Processo Psicanalítico como um instrumento efectivamente de suporte, permitindo que o analista se situe na análise do paciente.

Acima de tudo, para Meltzer (1967) o Processo Psicanalítico é uma atitude no consultório, uma atitude baseada na estrutura da mente, ou uma atitude de estruturação da mente do paciente e analista, envolvidos no processo analítico. Com o Processo Psicanalítico, o autor dá conta das transformações essenciais que devem que ocorrer no paciente.

Face ao Modelo de Meltzer do Processo Psicanalítico (1967), urge levantar uma questão fundamental: em que medida este modelo que Meltzer (1967) apresenta é um modelo ético? Um modelo assente numa sequência de fases não indicará uma ideia avaliativa (Rachel Blass, 1994, 2001, 2003a, 2003b) de como a pessoa deve ser? E querer moldar o paciente ao Modelo não será uma forma de coersão (Hinshelwood, 1997b)? Quando Meltzer (1967) fala em partes boas e partes más do objecto, maturidade e imaturidade, partes infantis e partes adultas da personalidade, não está o autor de facto a fazer um julgamento avaliativo, e como tal, não ético, acerca do que a pessoa deve ser? São questões importantes e é necessário responder-lhes de forma adequada. No próximo capítulo descreverei de forma mais profunda uma ideia para uma psicanálise mais ética, ou para uma ética da psicanálise.

## Capítulo 2 - A Psicanálise Enquanto Ética

O facto da Psicanálise enquanto terapia se basear na relação transformadora que se estabelece entre duas pessoas, relação essa tão especial, sujeita a regras tão específicas, devemos levar a questionarmo-nos acerca da ética dessa mesma relação. Em que sentido é que ajudamos de facto os nossos pacientes? O que diferencia a nossa ajuda da mera sugestão, logo influência sobre o outro? Esta questão tem sido discutida de forma periférica nos últimos tempos, enunciada enquanto um debate acerca da autoridade do analista, ou da subjectividade/objectividade/intersubjectividade. Ainda que sejam discussões interessantes, que serão mesmo objecto de discussão posterior neste trabalho, julgo que falham ao não colocar a devida ênfase na questão da ética da relação terapêutica.

Esta reflexão acerca da Psicanálise enquanto ética decorrerá em três momentos: num primeiro momento, uma reflexão acerca de Robert Hinshelwood e do seu livro *Therapy or Coercion? Does Psychoanalysis Differ From Brainwashing?* (1997b); depois, a análise de uma série de artigos de Rachel Blass (1994; 2001; 2003a; 2003b), em que a autora aflora o tema da ética na psicanálise a partir de vários pontos de vista diferentes; por fim, um olhar sobre o modelo de Meltzer (1967), procurando ver, a partir da discussão dos pontos anteriores, se este se assume como um modelo ético.

### 2.1 - Hinshelwood e a Ética: Terapia ou Coerção

Hinshelwood (1997b) dá um contributo muito interessante para o pensamento acerca da relação entre a ética e a psicanálise e o modo como a ética molda o agir do psicanalista, questionando-se acerca da natureza da acção psicanalítica. O que o autor sugere é que a nossa capacidade de aprender adequadamente acerca do mundo está intimamente ligada com a entrada nele enquanto um ser moral. A nossa visão do mundo é irremediavelmente influenciada pelos nossos valores. A consciência deste facto deve necessariamente fazer-nos reconhecer que quando lidamos com o inconsciente de uma pessoa, estamos de facto perante um acontecimento muito sensível, delicado, estamos a lidar com o ser moral da pessoa em questão. Isto sugere que a psicanálise não deve, talvez, procurar uma verdade: deve fazer com que o paciente concilie a sua verdade com os seus valores ou, dizendo-o de outra forma, deve fazer com que o paciente procure uma verdade que se lhe adequa.

R. Sagawa (2003), partindo de Freud (1913; 1924; 1930) fala de uma ética da honestidade, reafirmando-a depois como uma ética da sinceridade: a sinceridade terá um

único parâmetro ou valor, que é a sinceridade para consigo mesmo. Esta atitude/ética da sinceridade, refere Sagawa (2003), faz o paciente (re)conquistar a liberdade de escolha e liberta-o das normas e dos valores repressores que lhe são impostos pela civilização.

Um ponto que temos como assente é que a Psicanálise enquanto ciência e enquanto terapia deve basear-se numa ética – numa ética que se aproxime de uma ética médica, assumindo, no entanto, as especificidades que a prática psicanalítica exige. Hinshelwood (1997b) descreve os três princípios em que se baseia a ética médica geral: 1) Autonomia: a prática médica preocupa-se com fazer o bem ao paciente, devendo o médico respeitar o paciente enquanto árbitro final da escolha do tratamento – o paciente tem, portanto, autonomia e o médico deve permitir que este dê o seu consentimento informado ao procedimento que se deverá efectuar; 2) Paternalismo: nem todos os pacientes são capazes de tomar boas decisões, pelo que a autonomia só tem precedente se não ocorrerem situações excepcionais, em que se torne notória a incapacidade do paciente de tomar uma decisão – o psiquiatra, por exemplo, tem por vezes de adoptar uma posição de saber o que é melhor para o paciente, esta é uma atitude de paternalismo; 3) Racionalidade: como é que o médico decide se o paciente pode ou não tomar boas decisões? O critério é o grau de racionalidade do paciente, com toda a subjectividade que isso implica.

É nestes termos que a medicina coloca as questões éticas. Na prática, em último caso, acaba sempre por ser o juízo do médico a decidir, nem que essa decisão seja o acatamento de uma escolha aparentemente irracional do paciente. A relação não é de todo entre iguais ou cooperativa. E o que se passa com a Psicanálise? É sabido que nem sempre o paciente coopera com o analista; bem pelo contrário, surge constantemente a intenção, ainda que inconsciente, de frustrar o trabalho do analista, pela resistência, pelos sintomas, a transferência, o acting out, etc. A psicanálise deve seguir a ética médica, esse é um ponto essencial, mas deve adaptá-la em certos pontos às suas especificidades enquanto ciência. Direi de seguida algumas das formas que pode assumir essa adaptação.

Racker (1966) afirma que a psicanálise é uma ciência e, como tal, partilha a ética da ciência, cujo principal valor reside na verdade, a sua busca, descoberta, afirmação e defesa. Podemos dizer que é um objectivo muito importante para a psicanálise mas não é, realmente, o seu principal objectivo, ou, pelo menos, não é algo que o psicanalista busque a todo o custo. Basta que nos lembremos de Bion (1962) e a sua afirmação dos pensamentos que buscam um aparelho que os pense, ou atentar em Ferro (1995;1998) quando este afirma que não vale a pena fazer uma interpretação que o paciente não consiga ainda conter. Ainda que o

psicanalista procure, naturalmente, a verdade (a sua, a do paciente, a da situação em que estão), não é esse, ainda, o fundamento ético da psicanálise.

V. Andrade (1980) refere que existe um código de ética não explícito entre os psicanalistas, assente exactamente no código de ética médica. Andrade (1980) não considera suficiente este código, uma vez que não toma em consideração todas as peculiaridades da psicanálise. Desde logo, a psicanálise parte de um pressuposto absolutamente diferente da medicina, uma vez que a queixa não é física, é psíquica: não existe simplesmente um órgão do corpo perturbado que possa melhorar com a prescrição de um simples medicamento. Hinshelwood (1997b) diz que a chave para o que é permitido na prática médica é o grau de racionalidade (ou de irracionalidade) do paciente. Uma vez que a psicanálise lida com a própria irracionalidade, não pode simplesmente responder-lhe eticamente. O psicanalista é o agente da mudança que ocorre no paciente, pelo que está necessariamente envolvido um certo paternalismo, diríamos mesmo um perigo ético.

Hinshelwood (1997b) sugere que esse perigo ético é prevenido por esse acto aparentemente paternalista ser um acto de aprendizagem: não é o analista que faz algo ao paciente, é o paciente que aprende algo acerca de si próprio; esta diferença é, para o autor, crucial. O objectivo da psicanálise é que o indivíduo consiga ganhar gradualmente para si próprio partes perdidas da sua personalidade. Isso ocorre pela Integração.

Se o que a psicanálise procura é a integração, temos uma ponta por onde podemos pegar – a integração torna-se o marco da responsabilidade ética do analista. Hinshelwood (1997b) enuncia um Princípio de Integração: as práticas do analista são eticamente benéficas se procuram minimizar as distorções da identidade e a dispersão interpessoal, e são não-éticas as práticas que procuram fragmentar a personalidade e aumentar a dispersão interpessoal.

É claro que esta visão também está sujeita a objecções e dificuldades. A primeira é que a integração é algo difícil de medir. Outra dificuldade surge do facto de termos de levar em conta não só as acções do analista mas também as suas intenções, sejam estas conscientes ou inconscientes. Por muitas discussões éticas que tenhamos e por muito que tentemos desenhar a situação analítica da forma mais ética possível, a verdade é que não há ética que resista à falta de ética do profissional.

Importa realçar que existe sempre influência num contexto social e interpessoal: a própria psicanálise não existiria se o setting não tivesse um efeito nos participantes. Mas existe na psicanálise uma qualidade diferente, na medida em que não existe uma mera promulgação de papéis médico-doente. É pedido, na psicanálise, ao doente que tenha uma participação activa no seu processo terapêutico, na produção dos seus pensamentos e na

revelação do seu inconsciente. Isto implica um acto de aprendizagem por parte do paciente, e não somente uma prescrição. E um acto de aprendizagem envolve auto-reflexão: não é algo que possa ser feito por outrem, não há forma do paciente não ter um papel activo neste processo. O analista pode ajudar no processo mas não o pode impor. E estas ideias vão de encontro à postura que Meltzer (1967) delineou no Processo Psicanalítico: um Processo integrativo em que o paciente, pela auto-reflexão, se transforma com a ajuda do analista.

Mas falar em integração e numa ética psicanalítica não é por si só suficiente. Hinshelwood (1997b) questiona-se se a psicanálise é uma terapia ou uma forma de coerção. Quando descreve o Princípio de Integração, o autor parece assumir que a psicanálise, enquanto procurar a integração, é, efectivamente uma terapia. Ainda assim, é importante ver como ele se refere à coerção. Hinshelwood (1997b), ao referir-se à coerção, dá como exemplo a lavagem cerebral e a tortura nos estados totalitários. Está inerente a coerção enquanto forma de impor valores e atitudes, assumindo uma forma de reeducação da pessoa, mas destruindo-a verdadeiramente, nomeadamente pela remoção da capacidade de pensar. A coerção, pela destruição da capacidade de pensar, origina distúrbios na experiência temporal do sujeito, com subseqüentes tentativas irrealistas de reconstruir um sentido de continuidade na vida. O analista, ao lidar com pessoas numa situação de grande fragilidade, pode correr o risco de influenciar a pessoa de uma forma não admissível. Hinshelwood (1997b) descreve as formas em que a psicanálise se assume verdadeiramente como terapia e não como uma forma de coerção. Na coerção, a recolocação de partes da personalidade é instigada pelo opressor e resistida pela vítima; na psicanálise, todo o trabalho feito é em conjunto. Será coerção se os efeitos forem duradouros; na psicanálise, todo o trabalho é parte de um estágio interino que deve levar a pessoa a recuperar a sua capacidade de pensar, de responsabilização, de diferenciação e de apreciação da realidade.

## ***2.2 - Rachel Blass e a Ética nas Teorias Psicanalíticas***

Num primeiro artigo, Blass & Simon (1994) partem da hipótese da sedução, de Freud (da sedução real como determinante da neurose, hipótese posteriormente abandonada por Freud em favor da sedução fantasmática, fantasiada). Os autores referem que Freud abandonou a teoria da sedução inicial devido à descoberta das suas próprias fantasias (e da possibilidade destas serem vividas como reais) e do poder que estas tinham para distorcer as evidências, a teoria e as vidas dos seus pacientes, o poder de não só determinar quem somos, mas também a nossa experiência, comportamentos e escolhas.

Blass & Simon (1994) sugerem também que a questão da sedução não é mais do que o problema da influência e de como esta pode de certa forma perverter a relação terapêutica. Mas a influência é parte integral da mudança e do desenvolvimento, pelo que é necessário definir uma linha de separação entre as formas desejáveis de influência e as não desejáveis, o que é uma tarefa extremamente difícil. A psicanálise tem lidado com a questão usando conceitos como os da neutralidade ou da contratransferência (Hinshelwood, 1997b, como vimos, fala na integração).

A principal ideia a retirar deste primeiro artigo de Blass (1994) é que o analista influencia, de facto, e de alguma forma, o paciente. Sempre se tentou controlar essa influência, mas devemos assumir como certeza o facto de que exercemos uma influência sobre o paciente quando procuramos facilitar a sua auto-descoberta e o seu desenvolvimento.

Num segundo artigo Blass (2001) reflecte acerca das posições éticas/avaliativas subjacentes a dois modelos psicanalíticos de desenvolvimento e dos seus ideais de maturidade, nomeadamente o conceito de Freud (1905) da maturidade genital e o de Winnicott (1960) do Verdadeiro Self. Blass (2001) sugere que quando tentamos prevenir a imposição de ideais no analisando, não devemos levar em conta somente o analista enquanto pessoa, temos também que ter em conta as teorias que guiam o seu trabalho; se essas mesmas teorias incluem posições éticas/avaliativas, essas posições influenciarão de forma decisiva as teorias, tendo portanto um impacto directo sobre o paciente, mesmo que o analista esteja consciente do seu sistema de valores. A autora mostra então de que forma os modelos atrás referidos são ético/avaliativos.

Acerca do Modelo do Desenvolvimento da Maturidade Sexual, de Freud, desenvolvido em 1905, na obra *Three Essays on the Theory of Sexuality*, Blass (2001) afirma-o como não fornecendo, aparentemente, afirmações éticas/avaliativas, uma vez que o foco principal é a dimensão biológica do desenvolvimento. No entanto, quando Freud define o que considera o estado maduro do desenvolvimento sexual, emerge a natureza ética/avaliativa do seu modelo. Existe, para Freud, uma forma normal, apropriada e desejada de exprimir a sexualidade genital, sendo que as formas alternativas de o fazer são patológicas. Em última análise, existe para Freud somente um caminho desenvolvimental absolutamente desejável. E não é por causa dos possíveis benefícios que a maturidade sexual trás que as pessoas a devem alcançar; as pessoas devem atingir esse estado de maturidade porque é o que é inerentemente bom. Ou seja, Blass (2001) refere que o resultado final do desenvolvimento no modelo de Freud é determinado não por um julgamento ético e factual, mas pelos ideais de Freud acerca da maturidade sexual e do desenvolvimento humano em geral. E as afirmações

éticas/avaliativas do modelo de Freud não são somente um pormenor do modelo, definem-no, moldam-no na sua natureza essencial.

Após Freud, a autora centra-se em Winnicott (1960) e no seu Modelo do Desenvolvimento do Verdadeiro Self. Em termos gerais, podemos descrevê-lo da seguinte forma: face às necessidades da criança, esta obtém respostas da mãe; se as respostas são dadas por uma mãe suficientemente boa, forma-se o Verdadeiro Self; se as respostas são dadas por uma mãe que não é suficientemente boa, desenvolve-se o Falso Self. Blass (2001) refere que a descrição que Winnicott (1960) faz não é uma mera descrição de factos, mas a descrição de como as coisas devem ser. O Verdadeiro Self é descrito como bom, saudável e normal, ao passo que o caminho para o Falso Self seria insuficientemente bom, patológico. Winnicott (1960) refere-se ao desenvolvimento completo do Self como um estado de normalidade, de saúde, e não como algo que trará mais benefícios. Também este seria, então, um modelo ético/avaliativo.

Blass (2001) sugere, portanto, que qualquer modelo psicanalítico que descreva como uma pessoa deve ser, e não como é possível, normativo, inevitável ou benéfico ser, conterà afirmações éticas/avaliativas. Mais ainda, essas afirmações nunca encontrarão justificação em factos psicológicos, justificam-se com valores infundados. Assim, quando examinamos a validade de uma teoria do desenvolvimento, é importante explorar os ideais propostos e a natureza da sua fundação. Caso contrário, a prática e a teoria psicanalítica poderão estar a servir certos sistemas de valores, em vez de lidarem efectivamente com factos reais.

Blass (2001) fala de forma crítica dos modelos éticos/avaliativos, modelos que se baseiam nos valores pessoais dos seus criadores ou na ideia de como as coisas devem ser; parece pertinente adicionar a expressão “modelos éticos/não-avaliativos” para os modelos baseados nos factos, no que é possível, normativo, inevitável ou benéfico ser. Parece claro a partir do texto de Blass (2001) que um modelo ético/avaliativo incorre em limitações importantes, uma vez que, ainda que esteja neles presente uma ideia ética, essa ideia é unida a considerações avaliativas, morais, que de certa forma lhe dão um âmbito de aplicação mais restrito; parece também claro que um modelo ético/não-avaliativo responde de forma muito mais satisfatória às necessidades da psicanálise enquanto ciência e enquanto ética, na medida em que assenta em dados justificáveis ou mensuráveis, e não em ideias pessoais de um determinado analista.

Num terceiro artigo (Blass, 2003a), a autora reflecte acerca das questões éticas que estão subjacentes ao debate sobre a natureza dos objectivos da psicanálise. Blass (2003a) fala em questões éticas que são a base das diferenças na concepção dos objectivos da psicanálise e

que tornam difícil o diálogo entre as diferentes facções. A autora refere nomeadamente uma tensão ética acerca da auto-determinação. Com o termo *auto-determinação* Blass (2003a) refere-se a um estado em que a pessoa existe, age e vive determinada por quem é e pelo que quer. E a autora trata a auto-determinação como um valor, não no sentido de uma preferência pessoal, como norma social ou um hábito, mas enquanto expressão do que está correcto – uma prescrição ética. Os valores éticos estariam assim por detrás das nossas preferências pessoais, dando-lhes valor e significado. A psicanálise deverá, portanto, considerar eticamente desejável que uma pessoa exista e aja de forma determinada por quem ela é. Blass (2003a) afirma que ainda assim este valor tem em si uma certa tensão, tensão que anda muito à volta de duas noções distintas de Self: um Self psicanalítico, integrado, em que os desejos e fantasias já não guiam o indivíduo como forças cegas ou estranhas, um Self que é a expressão mais completa da verdade psíquica do indivíduo; e um Self “tal como é”, o Self da pessoa não integrada, com desejos e sentimentos que também devem ser respeitados, o Self consciente que é realmente encontrado na situação analítica.

Numa certa perspectiva, a noção de Self integrado é intuitivamente ética, uma vez que permite à pessoa ser mais honesta com ela própria e com os outros (está de acordo com a ideia desenvolvida por Hinshelwood, 1997b). Pode-se também argumentar que o processo desenvolvimental que se permite que siga o seu caminho pela integração leva naturalmente a um Self mais ético. Blass (2003a) afirma que, apesar destes argumentos, existe ainda assim lugar para a dúvida. A pessoa integrada, ao conhecer o seu Self, não se torna necessariamente uma pessoa melhor, no sentido ético do termo. Tornando-se integrada, a pessoa pode não mais ser compelida a agir de certa forma, mas isso não determina como a pessoa irá, de facto agir com os outros. E a autora afirma ainda que se a psicanálise promovesse não só a unidade e a auto-integração, mas também a acção ética/avaliativa, de certa forma o processo analítico deixaria menos espaço para a auto-determinação. A escolha entre o correcto e o errado tem que ser feita pela pessoa, tem que ser uma possibilidade aberta à pessoa auto-determinada, e não uma imposição analítica, ou seja, segundo a autora a psicanálise deve promover a acção ética/não-avaliativa.

Quanto ao Self consciente, o Self “tal como é”, o problema está em que a forma como o Self consciente, limitado, reage geralmente não corresponde ao que desejaria ou à forma como reagiria se estivesse mais em contacto consigo próprio. Isto poderá levar o analista a ficar dividido entre as obrigações éticas para com o Self nestas duas noções: não pode impor a análise a quem a não queira e não pode impedir a formação do Self integrado.

Ainda que as duas noções de Self que Blass (2003a) descreve (o Self integrado e o Self “tal como é”) levantem dúvidas e estejam abertas à crítica, vimos já com Hinshelwood (1997b) como uma postura analítica baseada na integração se torna eminentemente ética. Já o respeito pelo Self “tal como é”, consciente, com a sua busca do benefício terapêutico imediato (Renik, 2001), levanta dúvidas éticas muito importantes. Desde logo, implica uma ética médica pura, e não uma ética psicanalítica, uma vez que existe uma queixa do paciente que leva a uma prescrição de uma solução. Podemos-nos questionar quem é o responsável por essa solução: é o analista quem escolhe o caminho que o paciente deve percorrer? É o paciente que o faz, apesar das limitações que o seu problema levanta ao livre fluxo do seu pensamento? A busca do benefício terapêutico imediato leva a que não haja uma verdadeira aquisição de conhecimento; o que ocorre é um processo de construção: a pessoa surge com um problema e constrói-se uma solução. De certa forma significa uma quebra na continuidade da vida da pessoa. A ética psicanalítica enquanto integração implica, pelo contrário, um sentido de continuidade da pessoa: o paciente determina o seu caminho, é responsável por ele, as mudanças da personalidade que ocorram fazem-lhe sentido porque são por ele determinadas, o que leva necessariamente à sua melhor aceitação.

No derradeiro texto que quero referir desta autora (Blass, 2003b), a questão de base é a Associação Livre. Blass (2003b), ainda que reafirme a associação livre enquanto ideia chave da psicanálise, questiona se é legítimo eticamente para um paciente associar de forma livre. A autora afirma que, em certas alturas, podem surgir considerações éticas que façam com que o paciente restrinja as suas associações. As considerações éticas de que Blass (2003b) fala surgem de um desejo de fazer o que é ético, um desejo que é independente da análise (independente somente em certo sentido, uma vez que é já consequência desta) e que não é um mero desvio no caminho que leva à revelação final. Este desejo pode nem sempre estar de acordo com dizer ao analista tudo o que lhe vier à mente.

Blass (2003b) refere três formas de revelação não ética: revelar algo que foi dito em confidência; revelar algo que é prejudicial a outra pessoa; e revelar coisas cujo valor intrínseco é diminuído pelo próprio acto de contar. A autora questiona-se se as revelações que o paciente faz ao analista são suficientemente diferentes das que faz a um amigo, e se, sendo diferentes, essa diferença neutraliza o possível valor ético negativo do acto.

Blass (2003b) refere três argumentos que podem indicar que existe realmente uma diferença entre a revelação feita ao analista e a que é feita a um amigo. No entanto, para cada um desses pontos existem objecções sérias que, no mínimo, nos devem fazer pensar acerca do valor dos argumentos. O primeiro argumento é o objectivo da revelação: uma vez que a

revelação feita ao analista está ao serviço da análise, será sempre ética e justificada. Mas ainda que o objectivo da análise seja admirável, não legitima todo o comportamento: se a pessoa, para descobrir a verdade acerca de si própria, tivesse de roubar dinheiro para pagar ao analista, pensaríamos bem acerca do valor relativo do objectivo. O segundo argumento é o motivo para a revelação: o que é revelado na análise é determinado por motivos inconscientes, e não conscientes. Mas o facto da associação livre não envolver uma escolha intencional não livra o paciente da responsabilidade acerca do que é revelado. E ainda que o motivo para revelar possa ser inconsciente, o paciente permanece, apesar disso, consciente do que está a dizer e capaz de parar o fluxo associativo. Finalmente, o terceiro argumento refere-se à natureza especial do ouvir e da presença do analista: o analista seria alguém que está ao serviço do paciente. Mas a contratransferência mostra-nos que o analista reage como alguém implicado no processo – aliás, só assim é capaz de compreender o paciente. E, ainda, será a natureza da escuta do analista realmente relevante para o estatuto ético da revelação do paciente? Pode-se mesmo afirmar que é a própria intenção do paciente de revelar algo a alguém que determina o estatuto ético.

O valor ético da psicanálise não pode ser absoluto. Pode haver compromissos éticos que exijam uma restrição da associação livre, ainda que esta restrição se oponha aos interesses da análise. Podemos então supor a existência de uma realidade ética no setting analítico. A tensão ética que o paciente experimenta surge já da interiorização da análise como espaço de pensamento, espaço ético. A consequência desta afirmação é o reconhecimento que a realidade ética determina em parte o que o paciente exprime.

Blass, nestes quatro artigos (1994; 2001; 2003a; 2003b) parece afirmar a situação analítica como uma situação essencialmente ética. A autora propõe o ensino da ética, nas escolas psicanalíticas, não só como forma do analista conseguir acompanhar o paciente, mas também como forma de clarificação da própria situação analítica. A realidade ética da análise determina o que o paciente exprime; torna-se claro que nem sempre o analista consegue acompanhar o paciente. Parece claro que existe uma certa separação entre o próprio analista e a situação analítica. É a partir daqui que podemos começar a intuir a ideia de um Processo Psicanalítico. E podemos começar por o conceber como funcionando num certo grau independentemente do analista. Se é verdade que a situação só é analítica na medida em que existe um analista, também é verdade que nenhuma análise começa num vazio e é também verdade que a análise já começou muito antes que o analista abra a boca pela primeira vez (basta ver a atenção pormenorizada com que Meltzer (1967) descreve o setting analítico). Antes mesmo de começar a análise, existe já um paciente com expectativas e um analista que

tem uma formação analítica que o enquadra. Quando essa dupla específica começa essa análise específica, começa também um Processo que de certa forma lhes acaba por ser estranho, um Processo ao qual terão necessariamente que se adaptar e que é um Processo Histórico (implica também as análises de Freud, Klein, Bion, de todos os analistas que o analista leu; mas também as análises do próprio analista e as dos pacientes que ele já seguiu).

### **2.3 - Meltzer: Um Processo Ético ou um Processo Avaliativo?**

Estamos agora em condições de fazer um olhar retrospectivo ao modelo do Processo Psicanalítico que Meltzer (1967) descreveu e ver se essa descrição dá conta de um modelo ético/não-avaliativo ou de um modelo ético/avaliativo.

A preocupação de Meltzer com a ética psicanalítica é anterior ao Processo Psicanalítico: já em 1965 ele refere um imperativo ético como estando na base das descobertas psicanalíticas, devendo ser reconhecido que os problemas no relacionamento entre objectos podem ser compreendidos em termos da comunicação que estabelecem (ou não) entre si, sendo medidos em termos de um gradiente que vai do caos à ordem. Meltzer (1965) prossegue, descrevendo duas leis da realidade psíquica que podemos inferir das descobertas psicanalíticas: a primeira lei enuncia que a experiência das relações de objecto no mundo externo é limitada pela estrutura das relações de objecto interna; a segunda lei que o balanço de benevolência-malevolência dos objectos internos só pode ser melhorado pela integração das partes clivadas do self.

Ou seja, a preocupação ética não nos pode levar a centrarmo-nos somente no comportamento externo, ou comportamento com objectos externos, uma vez que o comportamento privado, afectando os objectos internos, afecta também a experiência do sujeito e, conseqüentemente, afecta também o comportamento, os objectos externos. A isto podemos ligar duas questões. Por um lado, a responsabilidade: podemos conceber os sujeitos como responsáveis pelos seus actos e pelos seus processos mentais, ainda que os seus erros possam ser atenuados pela sua imaturidade. E por outro lado, a integração: o balanço de benevolência-malevolência, essencial para a consolidação da personalidade do sujeito, melhora pela integração do sujeito. Deste texto, Meltzer (1965) parte para a construção de uma ideia baseada exactamente na integração e na ética para escrever o progresso do tratamento psicanalítico: estou a referir-me, naturalmente, ao *Processo Psicanalítico* (1967).

Uma questão levantada por Blass (1994) tem a ver com a influência. Meltzer (1967), ao definir como essencial ao tratamento a delineação de uma atitude psicanalítica que leve o paciente à auto-análise e ao auto-desenvolvimento, baseada na atitude que o analista tem na

análise, assume também a influência que o analista pode exercer e tenta instrumentá-la de uma forma ética. Essa atitude psicanalítica implica um respeito pelo outro, uma busca de conhecimento de si próprio e um percurso de autonomização. Não implica, de forma alguma, uma imposição.

A crítica que Blass (2001) faz ao Modelo da Maturidade Sexual de Freud (1905) é muito importante e temos que a ter em conta, na medida em que Meltzer (1967;1973) fala também num Modelo de Maturidade: impõe-se, portanto, averiguar se esse Modelo que Meltzer (1967;1973) descreve é também ético/avaliativo. Em certa medida existe uma avaliação em Meltzer (1967;1973), na medida em que, numa sequência de fases, o sujeito vai da imaturidade à maturidade, estando implícito na ideia de maturidade o pressuposto de que esta é mais saudável. A diferença entre o modelo de Meltzer (1967;1973) e o de Freud (1905) é que Meltzer (1967;1973) ao delinear o seu modelo fá-lo com base na integração, o que, como vimos com Hinshelwood (1997b), o torna mais ético e, podemos dizer, menos avaliativo. Outra diferença é que Meltzer (1967;1973), com o seu modelo, ao falar da maturidade e numa sexualidade adulta, fá-lo num pressuposto de abertura para o mundo, e não de fechamento do sujeito em si ou num ideal que lhe é imposto. E, nesse sentido, é um modelo tendencialmente ético.

Em termos da categorização dos objectos enquanto bons objectos ou maus objectos, ainda que essa caracterização pareça indicar que o modelo é, neste ponto, moral ou avaliativo, esse facto acaba por ser atenuado pela enunciação deste processo como um processo para a vida e que visa a comunicação e a adaptação. Não é simplesmente um momento que se ultrapassa ou não, é um estilo relacional que se manifesta e que pode ser alterado. O facto de se teorizar que, em termos óptimos, deverá haver um predomínio de bons objectos implica também uma certa avaliação, mas, ainda assim, julgo que a carga avaliativa que a expressão possa ter está de certa forma atenuada pela caracterização geral do Modelo do Processo Psicanalítico e que não o define de forma evidente e definitiva. O Processo Psicanalítico é definido pela Integração, pelo que é um Processo ético tendencialmente não-avaliativo.

Podemos, por exemplo, ver como na Fase da Reunião da Transferência Meltzer (1967) refere que o analista deve seguir o material que o paciente traz mas não deve procurar dirigi-lo – esta restrição é ao mesmo tempo uma imposição ética, marcada por uma autoridade própria mas não por um autoritarismo (distinção importante que Kernberg, 1996, descreve de forma acutilante).

É preciso ainda referir que um Processo que descreve a sua fase culminante (neste caso, a Fase de Desmame) como um caminho para a auto-análise, é um Processo

eminentemente ético. Se a delineação em fases pode levantar dúvidas éticas, pela possibilidade do ponto culminante dessas fases ser uma ideia do autor de como a pessoa deve ser ou em que é que se deve transformar, quando Meltzer (1967) define esse ponto culminante como uma busca da auto-análise e do auto-conhecimento, as dúvidas éticas ficam resolvidas, uma vez que fica claro que o resultado final do Processo que Meltzer (1967) descreve é a pessoa tomar as rédeas à sua própria vida – movimento que só podemos assumir como evidentemente ético.

Podemos portanto ver como o Modelo do Processo Psicanalítico que Meltzer (1967) descreve se assume essencialmente como um modelo ético/não-avaliativo, ainda que em pontos importantes tenda a assentar sobre pressupostos nalgum grau avaliativos. A riqueza do conteúdo do Modelo de Meltzer (1967) e o seu carácter ético latente tornam-no num modelo interessante, podendo dar uma ajuda fundamental na eterna discussão psicanalítica de como se processa a mudança terapêutica na análise. Os pontos em que o Modelo de Meltzer (1967) revela características avaliativas precisam de ser “limados”, melhor definidos, de modo a que o Modelo não perca legitimidade e se possa assumir como plenamente ético. Esse é o trabalho que me proponho efectuar no próximo capítulo.

### **Capítulo 3 - O Processo Psicanalítico Revisitado**

O paciente é alguém que chega à análise com uma narrativa de vida que corre com dificuldades, e como tal é alguém em sofrimento. O analista procura ajudá-lo, e o meio por que o faz começa numa delineação antecipada do que pode ocorrer na análise que os conduza efectivamente à mudança. O Processo Psicanalítico é o meio por que se faz essa mudança, é a forma de retomar a narrativa até então perturbada. Fá-lo seguindo algumas fases, fases que não são cronológicas nem demasiado rígidas; pelo contrário, são fases que têm movimentos muitas vezes opostos, para a frente e para trás, para dentro e para fora, fases que de certa forma são delineadas à medida das fases da vida de uma pessoa e que por isso ajudam o paciente no *treino* de funções, de conhecimentos e que lhe possibilitam aprender a lidar com os eventos de vida, por muito perturbantes que estes possam ser.

Este capítulo do trabalho está delineado em duas partes: numa primeira parte, procederei a uma revisão breve de algumas outras propostas para a conceptualização de um Processo Psicanalítico; numa segunda parte, delinearei por fim a minha proposta para um Processo Psicanalítico enquanto instrumento para a mudança terapêutica no setting analítico.

### ***3.1 - Algumas Teorias Sobre o Processo Psicanalítico***

Existem algumas delineações explícitas do Processo Psicanalítico enquanto conceito técnico/terapêutico; existem outras delineações que, não sendo explicitamente acerca de um eventual conceito de Processo Psicanalítico, sugerem ideias que têm um impacto fundamental se queremos pensar no Processo enquanto conceito psicanalítico.

Winnicott (1967), por exemplo, refere algumas ideias curiosas. Diz o autor que o trauma implica uma quebra na continuidade na vida (portanto, uma descontinuidade na narrativa de vida) e que a psicanálise deve permitir que se efectue a retoma necessária nesse rumo, ideia também defendida por Ticho (1972). É uma ideia que está inerente à concepção faseada que Meltzer (1967) faz do Processo Psicanalítico; como vimos com Blass (2001), ver a psicanálise como uma retoma desenvolvimental dá-lhe um carácter ético/não-avaliativo. Winnicott (1967) afirma ainda que “podemos curar o nosso paciente e não saber o que o faz continuar a viver. A ausência de doença psiconeurótica pode ser saúde mas não é vida”; como tal, a psicanálise deve preocupar-se com algo mais do que curar o paciente da sua doença, deve acima de tudo abrir-lhe caminhos que o façam procurar a vida.

No mesmo ano, Grinberg, Langer, Liberman & De Rodrigué (1967) conceptualizam o Processo Psicanalítico enquanto uma sucessão temporal de ciclos dinâmicos, estruturais e económicos no paciente, ciclos baseados numa relação bipessoal e assimétrica entre paciente e analista, em que o ciclo repetido de conflito-crise-progresso acontece em ambos os participantes, sendo a relação entre ambos estruturada à volta de fantasias inconscientes mútuas (uma relação de transferência, naturalmente, e como Meltzer, 1967, referiu).

Os autores vão realçar o Processo Psicanalítico na sua temporalidade: um caminho que vai do período pré-analítico, quando o paciente está a ponderar acerca do seu desejo de ser analisado, passando pela sua consolidação durante toda a situação analítica propriamente dita, até se transformar numa disposição, ou seja, uma necessidade de auto-análise baseada no analista internalizado (tal como Meltzer, 1967, referiu, ainda que os autores o digam de forma mais explícita e simples). Os autores referem ainda que apesar do Processo se centrar na situação analítica, a sua visualização e objectivação só pode ser feita fora do “acontecimento temporal imediato”, ou seja, o diálogo analítico, e fora do contexto terapêutico. Ideia também defendida por Ticho (1972) (o Processo enquanto parte do processo de vida) e que vai também de encontro ao que Meltzer (1967) referiu, do Processo como instrumento do analista fora da sessão, e da instauração do Processo enquanto uma realidade psíquica sob a forma da auto-análise, ou a disposição para a continuação do processo de auto-descoberta levado a cabo durante o tratamento.

McDougall (1974) fala no Processo Psicanalítico como um processo criativo, na medida em que restabelece vínculos separados e forja novos vínculos. Refere ainda que a estruturação da psique é um processo criativo destinado a dar ao indivíduo a sua identidade única. Assim sendo, a criatividade tem que jogar um papel importante no Processo Psicanalítico; vejo-a como uma etapa final, quando o sujeito está verdadeiramente pronto para se descobrir e para descobrir o mundo que o rodeia. Levanta de novo, claro, a questão ética: tem, naturalmente, que ser o paciente o responsável pela construção da sua identidade, só assim poderá ficar bem na sua pele, só assim é verdadeiramente o seu processo.

Mas não houve, na verdade, uma definição clara do Processo Psicanalítico enquanto conceito (o facto de ser um conceito composto, representando uma amálgama de toda uma série de conceitos, torna difícil a enunciação de uma definição do tipo “O Processo Psicanalítico é...”); nem sequer houve uma explicitação da sua utilidade terapêutica (tentarei fazê-lo no decorrer deste capítulo). Este facto levou a que caísse, de certa forma, em desgraça, até que uma série de autores o tentaram reabilitar, dando-lhe uma forma bastante pragmática, ainda que o tenham feito, de um modo geral, de forma algo insatisfatória e limitada.

Abrams (1987) foi um dos autores que tentou a reabilitação do conceito. E fê-lo propondo, por fim, uma definição do conceito: o Processo Psicanalítico conceptualiza a via para ultrapassar os mecanismos neuróticos; a essência do processo é a acção terapêutica da psicanálise. Refere que, na ciência, ao termo “processo” associamos termos como força ou ímpeto, sequência, organização e direcção. O Processo Psicanalítico teria portanto um fim, uma direcção, (o de ultrapassar os mecanismos neuróticos); teria ainda uma força ou ímpeto que o moveria (a acção terapêutica da psicanálise por um lado, mas também a capacidade contínua do aparato psíquico para a transformação); teria uma organização, sequências esperadas. Todo este processo ocorreria em consequência de uma interacção terapêutica óptima que possibilitasse o florescimento da situação analítica. Mais tarde, Abrams (1990) sublinha que o trabalho terapêutico é um trabalho de integração, e não uma mera sequência biológica ou um puro processo de desenvolvimento. Também Hinshelwood (1997b) refere que é o facto do trabalho psicológico procurar a integração que o salvaguarda do abuso e o torna mais ético.

Boesky (1990) refere catorze mudanças/passos que definem o Processo Psicanalítico: revelação do material histórico relevante aos sintomas; desdobramento desse material na transferência; interesse cooperativo em compreender os sintomas; mudança duradoura dos sintomas; mudança na relação com o analista; aparição de novo material; aparição de sintomas regressivos; alterações em imagens do self de membros da família e do analista;

mudanças no conteúdo temático predominante; maior tolerância para a expressão de derivativos sexuais e agressivos; maior resistência à regressão; maior capacidade para lidar com afectos desagradáveis; menor necessidade de auto-punição; e maior capacidade para gratificação realista.

Podemos ver pelo parágrafo anterior como a definição do conceito de Processo Psicanalítico é uma estrutura já montada onde o paciente tem que encaixar, um percurso já com todas as curvas assinaladas: um mapa técnico para o analista. Procuram descrever as mudanças mais importantes que o tratamento pode originar e como essas mudanças ocorrem. O objectivo é tornar o tratamento mais científico; o que procuram é, portanto, a previsão. Esta é, aliás, uma ambição recorrente nos autores contemporâneos. O objectivo óptimo seria o de poder dizer no início do tratamento tudo o que viria a ocorrer nesse mesmo tratamento.

A questão da previsão e do incómodo que é não poder fazê-la de forma exacta e satisfatória é perfeitamente visível em Abend (1990), quando este afirma que um grande motivo para pegar no conceito de Processo Psicanalítico e o desenvolver é “a natureza imprevisível do progresso analítico mesmo nos casos mais satisfatórios”. O mesmo autor refere que inerente à noção de processo está a mudança durante um período de tempo, e que essa mudança tem que ter uma direcção. O que estes autores (Abrams, 1987; Boesky, 1990; Abend, 1990) parecem procurar é a definição antecipada da direcção que se pretende atingir e da forma de a atingir. O incómodo é a imprevisibilidade do progresso terapêutico. Se a natureza imprevisível os incomoda, a resposta que propõem parece ser a de acabar com essa imprevisibilidade: tentam delinear as fases esperadas da forma mais profunda que conseguem, enunciando o que o analista tem que fazer e quais as respostas do paciente, numa sequência linear que poderiam ver a desenrolar no consultório. Implícito a esta descrição está um grande controlo que o analista terá sobre o tratamento do paciente, ideia que choca de certa forma com o modelo descrito por Meltzer (1967), mas também com a descrição que Freud (1913, citado por Abend, 1990) faz do Processo Psicanalítico. Diz Freud (1913) que o analista não pode saber exactamente o que vai ocorrer; o analista põe em movimento um processo e, ainda que o inicie, o aprofunde e vicie a maior parte deste, no geral, uma vez começado, o processo segue o seu próprio caminho.

Ainda que Abend (1990) tente reduzir o processo descrito por Freud a um puro processo de desenvolvimento biológico, acaba por admitir que por muito confiante que o analista possa estar acerca das suas compreensões do paciente e na aplicação da sua técnica, muito do que surge na análise está fora da capacidade de previsão, influência ou explicação

do analista. Podemos então perguntar se faz sentido definir o Processo Psicanalítico em termos de uma tentativa de previsão se depois se afirma essa previsão impossível.

Em 2001, Abend vem dizer que o principal objectivo da psicanálise é maior liberdade de escolha. Com “escolha”, o autor refere-se a um universo expandido de possibilidades psicológicas, em oposição ao conjunto restrito com que o paciente vivia antes do tratamento. A psicanálise procura, portanto, expandir a compreensão que o analisando tem acerca da sua própria mente inconsciente; e espera-se que pela análise se tornem disponíveis melhores escolhas para o paciente, que velhos dilemas da sua vida sejam abordados de forma mais satisfatória. Podemos, de acordo com Blass (2001), afirmar que o objectivo da análise não é, na verdade, que o paciente faça melhores escolhas, mas que faça as suas escolhas de forma racional, em consciência, aceitando as consequências após as ter medido bem.

Ferro (2002) assume face ao Processo Psicanalítico uma postura não linear, revelando, de resto, a influência que as obras de Meltzer e Bion têm na sua obra; Ferro (2002) diz que o Processo Psicanalítico não é uma progressão linear ou um processo desenvolvimental, mas antes uma espiral de introjecções e projecções. O aparato psíquico do analista não é uma invariante do processo; é, antes um factor variável significativo: o paciente cresce pela interacção com o analista, tal como o analista cresce com a interacção com o seu paciente. O analista deve efectuar na análise todas as operações mentais que falharam anteriormente na vida do paciente. A análise decorre numa alternância contínua entre a transferência e a relação, sendo as identificações projectivas o motor que leva a análise em frente.

Ornstein (2004) diz, por sua vez, que quando o paciente e o analista se encontram com o objectivo de fazer uma análise, independentemente do que fazem no nível manifesto, começa simultaneamente, e largamente fora da sua consciência, um segundo diálogo, um diálogo que depende da natureza do que é experimentado em relação com o outro, de como cada um reage a esse encontro e o que cada um espera do outro. Inerente a este diálogo está a confusão inevitável dos dois participantes face ao que cada um espera e o que cada um consegue transmitir. A resolução de cada um destes episódios específicos de confusão é essencial para a clarificação do que é terapêutico em cada análise.

Podemos ver, a partir dos autores referenciados, que se ao princípio a descrição do Processo Psicanalítico se apoiava numa visão quase poética do que ocorre quando se está numa análise, as descrições mais recentes tendem a levar o pragmatismo ao extremo oposto de querer ter tudo tão definido que se fosse efectivamente levado a cabo daquela forma restaria tão pouco espaço para o paciente ser ele próprio, da forma que quer, na sua própria

análise. Procurarei de seguida encetar uma redefinição do Processo Psicanalítico. Parto da obra de Meltzer (1967) mas espero ir para além dela.

### ***3.2 - O Processo Psicanalítico enquanto modelo***

O que é o Processo Psicanalítico? Se virmos, por exemplo, no Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2003), vemos a entrada Processo com a seguinte definição: “Acção de proceder; acção continuada, realização contínua e prolongada de alguma actividade; sequência contínua de factos ou operações que apresentam certa unidade ou que se reproduzem com certa regularidade; modo de fazer alguma coisa”. A palavra Processo vem do étimo latino *Processus*, que significa a acção de adiantar-se, o movimento para diante, acontecimento, êxito. O Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa (1952) atribui ao étimo *Processus* também o sentido de avançar, progressão, dando-lhe o acrescento curioso do sentido de progresso feliz, sucesso.

Podemos então conceber o Processo Psicanalítico como uma sequência contínua de acontecimentos psicanalíticos (o facto de serem acontecimentos psicanalíticos e não de qualquer outro tipo dá-lhe um sentido de unidade, como referido no parágrafo anterior); sequências que se reproduzem com uma certa regularidade e que se dirigem para um fim, um progresso feliz, bem sucedido. Conceber como objectivo final do Processo Psicanalítico o progresso feliz, bem sucedido, não faz necessariamente do Processo Psicanalítico um modelo avaliativo, uma vez que podemos conceber a transformação da pessoa, transformação por ela própria efectuada, como sendo um progresso feliz; seria um modelo tendencialmente avaliativo se simplesmente concebêssemos o progresso feliz como a transformação da pessoa numa pessoa “melhor”, em que melhor seria relativo a um modelo avaliativo imposto ao sujeito pelo terapeuta.

No parágrafo anterior descrevi uma possível definição do Processo Psicanalítico. Em termos práticos, e seguindo Meltzer (1967), podemos dizer que, no fundo, o Processo Psicanalítico é uma forma de estar com o paciente, um processo de estruturação da mente de ambos, paciente e analista, para que o paciente possa continuar a sua vida da forma mais verdadeira possível. Vou agora debruçar-me sobre a Revisão do Processo que Meltzer (1967) descreveu, sugerindo algumas alterações à formulação do autor. Já muito ocorreu, na psicanálise, desde 1967. É necessário que a reformulação do Processo reflecta essa passagem do tempo e a afinação conceptual que tem havido na psicanálise.

Uma última nota antes de continuar: ainda que a ideia de Processo Psicanalítico possa parecer indicar um caminho infalível para a saúde mental, ou pelo menos um caminho linear e

definitivo, em que o paciente procura aproximar-se do estado mental do analista, presidindo este ao processo, não é assim que eu vejo o Processo, nem parece ser assim que Meltzer (1967) o intui. O Processo Psicanalítico não é um caminho infalível nem linear. Assemelha-se mais a um labirinto, com desvios aqui e ali, com avanços e retrocessos, mas também com uma instrução geral que ajuda a chegar ao centro do labirinto. Essa instrução é não só a presença do analista (também ele por vezes perdido no labirinto), mas também a estrutura da mente do paciente na análise. Podemos ver na análise do pequeno Richard (Klein, 1975) como numa mesma sessão existe um balancear entre as fases do Processo, dando conta da experimentação que o paciente faz, procurando descobrir terreno firme antes de fincar pé na nova terra descoberta.

### **3.2.1 - Reunião da Transferência**

Esta é a fase introdutória da análise, o processo essencial, como Meltzer (1967) lhe chama. Podemos dizer, como Grinberg, Langer, Liberman & De Rodrigué (1967), que a análise já começou realmente antes do paciente pela primeira vez entrar no consultório. Já o paciente sonhou o analista e já o analista sonhou o paciente<sup>7</sup>. O primeiro *embate*, digamos, entre ambos ocorre, no entanto, no consultório, no espaço onde passarão a encontrar-se tendo como objectivo específico lidar com a queixa do paciente. O consultório assume, assim, uma importância extraordinária. Meltzer (1967) refere que a criação do setting é a grande tarefa do analista, e é uma afirmação com a qual só podemos concordar. É no setting (ou o Espaço Analítico Físico) que os processos transferenciais da mente do paciente se podem exprimir, é o primeiro passo na experiência que o paciente tem de ser acolhido e contido. É também uma constante na análise, um refúgio de segurança com o qual se deve poder contar.

Ferro (1995) diz que o que torna possível e dá o direito de interpretar, ou melhor, de propor um sentido, é a constituição do setting e de um contrato com o paciente: só esses dois factos combinados nos colocam perante uma situação terapêutica compartilhada. Podemos mesmo dizer que só o facto de haver um espaço físico para a análise, e de um contrato que a fundamente, nos coloca efectivamente perante uma situação analítica. Essa formalização legitima aquele encontro, assumindo-o como sendo efectivamente Psicanálise.

Enquanto o Espaço Analítico se quer uma constante, o Tempo Analítico é, na sua maior parte, um Tempo Circular. Mas não uma mera circularidade, não uma mera repetição do que já aconteceu, esse é o movimento da perturbação. Meltzer (1976) diz que o conceito de

---

<sup>7</sup> Ferro (1998) diz: “O primeiro encontro poderia ser imaginado como o mais neutro. Nada mais ingénuo: já desde o telefonema, e mesmo antes dele, começam a estruturar-se por parte do paciente e do analista as fantasias da dupla”.

Tempo Circular gera atitudes de cinismo: apesar das formas poderem mudar, a substância da condição humana permanece a mesma (não existiria, assim, espaço para a transformação psíquica). Portanto, quando falo em Tempo Circular, entendo uma circularidade que se encaminha para a ideia do Tempo Linear, caracterizado por Meltzer (1976) como uma espécie de atitude científica, com o infinito como postura assumida, em que o significado do mundo é criado fazendo com que a imaginação se apoie em factos. Entendo então a repetição na análise como uma repetição mediada pelo analista e pela constante Espaço, uma repetição que se faz sempre sobre algo em certa medida diferente, novo. Uma circularidade que se move para o infinito, com retornos, mediados pela memória, e avanços, evocativos; o voltar atrás para desbastar mais um pouco, e o andar em frente na evocação da descoberta.

Defendo que a perturbação psicológica tem, então, um tempo circular, em que a circularidade vai ficando sempre mais perra, tornando mais difícil a progressão; na análise, a circularidade, pelo contrário, vai ficando mais solta, e ficando mais solta vai progressivamente ficando menos circular. Alarga-se, começa a trilhar novos caminhos, regressando periodicamente atrás, ao conhecido, como que a ganhar alento para continuar na exploração do desconhecido. A experiência rítmica das sessões possibilita esta transformação. A sequência de sessões semanais<sup>8</sup>, quebras de fim-de-semana, as férias, tudo isso serve como organizador da mente do paciente, dando-lhe também um sentido de tempo, sentido esse sempre marcado pela memória (pelo que foi dito) e pela evocação (não só o que será dito, mas o sentido de aspiração do paciente, a forma como este se projecta no futuro).

Se ao princípio a nova relação que o par analista-paciente experimenta pode estar sujeita a alguma turbulência, na medida em que o paciente tem que se adaptar a um rigor que lhe poderá parecer algo estranho, o ritmo da análise, as rotinas que se vão instaurando, a aprendizagem daquele novo tipo de relação, permitem um abrandamento da desorganização e a instauração plena da relação transferencial. A apreensão do ritmo analítico e a aceitação das rotinas estabelecidas e do movimento constante de separação e acolhimento são a marca do início da interiorização, por parte do paciente, da atitude psicanalítica: a forma de estar do analista que possibilita o acolhimento e transformação das angústias do paciente, atitude que é reflexo da postura que o paciente deve ter na análise – não um mero actor secundário, mas parte essencial do processo, ou como Meltzer referiu em 1986, o paciente não só experimenta

---

<sup>8</sup> Meltzer (1986) diz que prefere começar a análise de forma gradual, com duas ou três sessões por semana, aumentando este número caso essa necessidade se torne clara para o autor e para o analisando. De qualquer forma, com três sessões semanais já podemos falar num ritmo analítico.

e tolera a relação de transferência, como também participa activamente na descrição e investigação que o analista faz a esta mesma relação.

### **Transferência**

Uma vez que se fala numa relação de transferência, é importante tentar fazer uma breve resenha do conceito psicanalítico de Transferência. É um conceito que sofreu algumas transformações ao longo do tempo, não só nos diferentes autores, mas também na própria obra de Freud. Se em 1895 Freud se lhe referia como o pior obstáculo que podemos encontrar, vendo-o como uma resistência, em 1909 vê-la já como um caminho penoso mas necessário, definindo-a pela primeira vez como uma arma terapêutica. Também em 1909, Ferenczi descreve a transferência como existindo em todas as relações humanas, sendo que na análise o paciente colocava inconscientemente o analista numa posição parental. Laplanche & Pontalis (1967) avançam com uma definição freudiana do conceito: é o processo pelo qual os desejos inconscientes se actualizam sobre determinados objectos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles, ou seja, na situação analítica manifesta-se como a “repetição de protótipos infantis vivida com uma sensação de actualidade”.

Em Klein (1952) o conceito assume-se como a repetição no analista, por parte do paciente, dos seus objectos primitivos e das suas relações objectais. É, de certa forma, uma reencenação das fantasias inconscientes do paciente. Mas é com Bion (1962; 1963) que o conceito pode verdadeiramente começar a ampliar-se. A grande alteração que Bion (1962; 1963) realmente traz, em termos transferenciais, é que o analista deixa de procurar verdades históricas ou objectivas, passando a procurar obter um mesmo estado emocional, oferecendo ao paciente um modelo de relação mental que ele possa introjectar. Esta introjecção (no fundo, introjecção de um “aparelho para pensar os pensamentos”, Bion, 1962), não passa por fazer grandes descobertas no decorrer da análise, mas pela introjecção progressiva das qualidades mentais do analista (ou, como Meltzer, 1967, diz, a introjecção da atitude psicanalítica).

Ferro (1995; 1998) conceptualiza uma postura na análise, constituída por um ciclo oscilatório entre a transferência (entendida como repetição e exteriorização) e a relação (entendida como reescrita dos factos emocionais pelas duas mentes juntas). Este ciclo oscilatório cria uma História do par: é nessa história conjunta que a transferência é continuamente avaliada e transformada pela relação, que é redepositada e reestruturada, criando um sentido de continuidade que está na base do sentido de identidade.

Finalizando a reflexão sobre o conceito de transferência, resta dizer que o paciente não é um ser que tenha vivido absolutamente isolado. Pelo contrário, viveu imerso na cultura

emocional-afectiva da família. O que Meltzer & Harris (1976) mostram é que as crianças têm uma grande permeabilidade para assumir as identificações projectivas do grupo familiar, sendo quase sempre o “portador” da doença, frequentemente silenciosa, de todo o grupo familiar. A criança apropria-se do modo de funcionamento inconsciente do grupo familiar e assume a sua angústia. Se assim acontece na perturbação, podemos supor que o mesmo possa acontecer na promoção da saúde mental. Parece ser isso que Meltzer (1967) conceptualiza quando fala na atitude psicanalítica. O paciente, pela interiorização da atitude psicanalítica, afasta-se da perturbação e aproxima-se da saúde. Assim, o trabalho do analista não consiste numa doutrinação do paciente, mas na elaboração atempada e vagarosa de uma postura face ao outro, face ao mundo.

### **Contratransferência**

A reflexão sobre o conceito de transferência impõe também que se reflecta sobre o conceito de contratransferência. Freud (1910) caracterizou a contratransferência como as reacções inconscientes do analista para com o analisando, vendo-a como algo a eliminar pelo auto-controlo e pela auto-análise do analista. Heimann (1950) aprofundou o conceito, fazendo-o tomar em consideração os aspectos relacionais do funcionamento do próprio analista. A contratransferência do analista passa a ser um instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente – não mais uma interferência, antes, sim, uma ferramenta. Money-Kyrle (1956), por sua vez, afirma que os processos normais de interacção entre pessoas são mediados por processos intrapsíquicos de projecção e introjecção: até mesmo uma mera conversa entre duas pessoas, no dia-a-dia, consiste em colocar sentimentos no ouvinte e da sua aceitação em ter essa experiência na sua mente. Um processo normal consiste, então, em ciclos de projecção, pelo paciente, e introjecção, pelo analista.

Rosenfeld (1987; citado por Hinshelwood, 1997) dizia que na psicanálise temos sempre que fazer um contacto suficiente com os sentimentos e pensamentos do paciente para sentirmos e experimentarmos por nós próprios o que está a ocorrer no paciente. Naturalmente que este processo de entrar em contacto emocionalmente com o paciente pode correr mal; Rosenfeld (1987) afirma que pode correr mal exactamente da mesma forma como a contenção por parte da mãe da ansiedade da criança pode correr mal. Ou seja, e como Hinshelwood (1997) parece querer afirmar, o analista pode falhar, mas a forma como o faz é interessante e traz informação importante. A forma como a sua mente foi posta fora de acção informa-o sobre o estado mental que o paciente está a apresentar e para o qual precisa de ajuda.

### **Reunião de Transferência: Revisão**

A fase da Reunião de Transferência é a primeira fase do Processo Psicanalítico e a enunciação que dela faço não difere substancialmente da de Meltzer (1967). Esta primeira fase do Processo Psicanalítico é marcada pelo encontro analítico, num espaço físico específico, o setting, encontro que inaugura uma relação especial, com um ritmo e uma temporalidade especial. É um espaço livre, onde o paciente pode dizer tudo que lhe vier à mente, mas, ainda assim, é um espaço com algumas regras, as regras básicas da análise, como sejam a periodicidade, os honorários, as faltas, mas também a postura de ambos na sala, a salvaguarda física e psíquica de cada um dos participantes.

A relação estabelecida entre paciente e analista não é uma relação de iguais, existirá sempre uma certa assimetria, na medida em que existe alguém que precisa de ajuda e alguém que a fornece. Mas é uma relação transformadora, uma relação em que ambos os participantes se influenciam, chamemos-lhe transferência, contratransferência ou qualquer outro termo técnico. No fundo, o que o analista faz, como refere Meltzer (1978) acerca do trabalho de Klein com Richard (1975), é mostrar ao paciente que existem formas de comunicar as ansiedades que sente e que o analista tem não só o equipamento mas também a capacidade de lidar com essas ansiedades e dores.

Na medida em que é uma relação marcada pela influência, como aliás qualquer relação humana, tem que existir um factor que a diferencie de todas as outras relações que o paciente tem na vida. Esse ponto de diferenciação é a ética, não só do analista mas também de toda a situação em que os participantes estão envolvidos, todo esse processo a que chamamos o Processo Psicanalítico. A sua estruturação é também uma salvaguarda tanto do paciente como do analista. Podemos afirmar que uma reflexão ética sobre a análise não deve redundar numa enunciação explícita e rígida de regras, uma vez que o seu cumprimento será sempre algo de particular, escolha consciente de cada analista. É muito mais útil enunciar eticamente uma postura na análise, uma postura cuja estruturação forneça pontos de suporte terapêutico, pontos que apoiem o analista e o informem da rectidão do caminho que está a seguir.

A fase da Reunião de Transferência consiste exactamente no começar a desenhar dessa postura ética do analista face ao paciente, na interiorização por parte do paciente dessa postura, que não é mais do que uma postura perante a vida: o ser acolhido e contido, o pensar sobre si e sobre o mundo, a curiosidade e a empatia, a descoberta e a criatividade; no fundo, a transformação. Este deve ser o primeiro movimento analítico.

### 3.2.2 - Clarificação da Noção Geográfica

Se na fase anterior, da Reunião de Transferência, falei no Espaço Analítico enquanto um espaço Físico, gostaria agora aqui de falar do Espaço Analítico enquanto espaço Mental. A regulamentação do setting, a sua instituição como o espaço onde ocorrerá a transformação psíquica, leva a que este seja muito mais do que o sítio onde o paciente e o analista se reúnem. Aliás, a análise só começa realmente quando o espaço deixa de ser somente o espaço onde o analista e o paciente se encontram, para passar a ser o sítio onde vão ao encontro um do outro, onde se projectam no futuro e se transformam. É o estabelecimento de um espaço psíquico, no qual o analisando possa dar um significado pessoal e um novo significado transferencial aos seus sintomas.

Quando falamos de um Espaço Mental, estamos já na ordem da Geografia da mente, e nesse aspecto a obra de Meltzer é fundamental. Meltzer (1992) diz que Klein ao ouvir as crianças a falar acerca do interior dos seus próprios corpos e dos corpos das suas mães elaborou um novo modelo da mente, que Meltzer (1992) chama de “geográfico”, um modelo em que existem dois mundos: o interno e o externo. Se podemos facilmente perceber que o mundo externo é o mundo exterior à criança, o mundo real, Klein, no conjunto da sua obra, vem afirmar que o mundo interno é um espaço-vital tão real quanto o externo, é um lugar onde os objectos internos interagem entre si. Não só a realidade interna é tão importante quanto a externa, como é no espaço interno do indivíduo que acontecem verdadeiramente os factos das fantasias inconscientes. A própria noção de identificação projectiva, enquanto mecanismo para tirar algo perturbador de dentro do sujeito e de o colocar fora deste, ou mesmo dentro de outro que se tornará um receptor das projecções, é indicativa da geografia enquanto elemento essencial para a construção de qualquer pessoa.

Na teoria de Bion (1962), tudo acontece dentro da relação mãe-criança, na qual a criança depende da rêverie<sup>9</sup> da mãe para ordenar a sua experiência caótica. Mais tarde, será a ansiedade experimentada pela ausência da mãe que estimula a função alfa<sup>10</sup> da criança na busca de significado das experiências emocionais. A teoria de Bion (1962) de um espaço interno para a rêverie parece referir-se mais a um espaço mental interno no qual se contém e dá significado às emoções da criança no decurso da relação mãe-criança. A ausência da mãe cria um estado de frustração e dor depressiva que estimula o bebé a representá-la simbolicamente. Isto é a base do pensamento e do conhecimento. Meltzer (1967) vai mais

---

<sup>9</sup> Capacidade da mãe sonhar o filho, ou do analista sonhar o paciente (Zimmerman, 2001).

<sup>10</sup> Refere-se à capacidade da criança desenvolver a capacidade de pensar as sensações emocionais (Zimmerman, 2001).

longe. Diz que o desejo de desenvolvimento, conhecimento e criatividade surge não só da representação do objecto desejado ausente, mas da necessidade de descobrir o interior do objecto real.

Meltzer (1976) fala na Dimensão Geográfica, os *Espaços onde as experiências* ocorrem; o autor aplica os princípios da dimensionalidade ao funcionamento mental – mais especificamente, à relação entre o self e os objectos. Meltzer (1976) enuncia esses princípios. Diz que Dimensão é um termo usado na geometria: um ponto não tem dimensão; uma linha tem uma dimensão, o comprimento; uma superfície tem duas dimensões, comprimento e largura; um sólido tem três dimensões, comprimento, largura e espessura. O espaço é experimentado como tridimensional. A geometria algébrica leva à concepção de espaços abstractos com mais de três dimensões, baseados na ideia do continuum; essa concepção leva Meltzer (1976) a enunciar uma possível dimensão quadridimensional, como um continuum hipotético que implica a possibilidade do desenvolvimento da pessoa no tempo.

Podemos ver estas dimensões de forma um pouco mais pormenorizada. Na unidimensionalidade, o centro do mundo é o self, do qual partem sistemas de linhas para objectos para os quais é atraída. A unidimensionalidade é atemporal. Na bidimensionalidade, não existe espaço interno, somente são experimentadas as superfícies dos objectos e do self. Não se pode pensar os acontecimentos ou os objectos, uma vez que não têm interior. Na bidimensionalidade o tempo é oscilante, cada acção tem uma reacção igual e oposta, o que faz com que nada possa ser feito para alterar o que quer que seja. Na tridimensionalidade, o objecto adquire a dimensão do espaço e é então experimentado na sua função continente. Uma vez formada a ideia do espaço dentro do objecto, o objecto torna-se tridimensional, tal como o self, pela identificação com o objecto. Na tridimensionalidade o tempo é circular. Por fim, existe a quadridimensionalidade. O tempo, enquanto dimensão, aplicada à personalidade, significa a possibilidade de desenvolvimentos futuros, de maturação. Uma vez que a posição depressiva tenha sido alcançada, a identificação projectiva pode ser substituída pelo mecanismo de identificação introjectiva: um espaço interno no qual as qualidades dos objectos externos podem ser recebidas, um espaço no qual o objecto é “livre de vir e partir” porque a relação foi internalizada e a separação aceite. Na quadridimensionalidade o tempo é linear.

Uma parte essencial da análise é esta consolidação, no paciente, da noção geográfica. Trata-se da diferenciação entre o mundo interno e o mundo externo. Trata-se ainda da diferenciação do que ocorre na análise e do que se passa lá fora. Trata-se também de construir no paciente um espaço interno onde este possa se redefinir, um espaço que o leve ao

crescimento psíquico. É um processo necessariamente lento, uma vez que não basta interpretar, é preciso construir no paciente um espaço onde possa conter e pensar as interpretações do analista e onde possa ir além destas, onde possa efectivamente começar a existir de forma mais autónoma.

A análise que Klein (1975) fez a Richard permite-nos fazer algumas considerações acerca da noção geográfica da mente e da análise. Podemos, por exemplo, ver como Richard nas primeiras sessões usa de forma muito acentuada um mapa da Europa que está numa parede do consultório. O mapa assume, de certa forma, o papel de um espaço geográfico, um protótipo para a construção do seu espaço interno: vemos a forma como Richard lida com os países, dividindo-os entre amigos, inimigos e neutros, os países pequenos e agradáveis, os grandes e assustadores, etc.

Richard faz, também desde o início, uma demarcação muito forte entre o interior e o exterior analítico. O interior da sala, quente e acolhedor, com a possibilidade de se ligar ou desligar o aquecedor e assim modular a temperatura analítica; e o exterior, perigoso, com pessoas que passam e que podem ouvir o que se passa lá dentro, sendo por vezes necessário fechar as cortinas para proteger a sala daqueles intrusos. Com o decorrer da análise, o sentimento de perseguição abranda e o exterior torna-se menos aterrador, sinal claro de um espaço interior mais securizante, sinal no fundo indicador de uma melhor delimitação do interior e do exterior, manifestando um claro abrandamento das confusões geográficas. A sessão 37 de Richard é paradigmática: a diminuição das preocupações geográficas permite um aumento de referências a preocupações com a genitalidade (visível nas últimas sessões). Klein (1975) fala, nas notas a esta sessão, num aumento do desejo de ser crescido, considerando esse desejo sinal de uma diminuição do sentimento de impotência em relação aos adultos. Face à teoria de Meltzer (1967; 1973), preferimos considerar esse desejo de ser crescido como sinal de uma maior maturidade, de um abrandamento da sexualidade infantil e da possibilidade de a vivenciar de forma já mais adulta. Em consequência deste movimento interno de Richard, este pede a Klein (1975), na sessão 38, para ver todos os desenhos que fez até então. Os desenhos, todos juntos, representam a análise, a sequência, no fundo, a temporalidade. A noção do tempo é já uma característica adulta, denotadora de um certo crescimento maturativo interno.

### **Intersubjectividade**

Julgo ser necessária aqui uma breve reflexão acerca de conceitos como a subjectividade e a objectividade, no fundo, sobre a intersubjectividade, na medida em que são conceitos que reflectem a relação que se estabelece entre analista e paciente, as fronteiras de

ambos e a forma como se influenciam. E esta tem sido uma questão que tem estado muito em debate nos últimos anos.

Renik (1993) criticou a visão prevalecente acerca da postura que o analista deve ter na análise: essa visão baseia-se no facto de que é útil o analista ter consciência das suas motivações pessoais mas não é útil a sua expressão em acção. É contra esta proibição que Renik (1993) se insurge, defendendo exactamente que à consciência que o analista tem das suas respostas emocionais deve-se necessariamente seguir a respectiva tradução em acção. O autor afirma que tudo o que o analista faz na situação analítica é baseado na sua psicologia pessoal, pelo que é escusado pedir-lhe que coloque de lado os seus valores ao escutar o paciente ou ao interpretar.

Renik (1998) diz que se a objectividade é a capacidade de observar realisticamente os objectos, o analista, sendo irredutivelmente subjectivo, não o conseguirá verdadeiramente fazer. Renik (1998) afirma que o analista tem que assumir que na análise, como em tudo na vida, as observações da realidade são constructos, formados a partir de interesses objectivos específicos. Cavell (1998), critica Renik (1998), afirmando que o facto de se observar um objecto a partir de uma perspectiva particular não implica que não se consiga ver como ele realmente é. A autora concorda que toda a percepção é subjectiva e que o analista não é um observador imparcial, como também concorda que existe um mundo de influências desconhecidas presente numa interpretação e numa escuta analítica, mas diz também que quando estamos com um paciente, existe uma verdade objectiva que está lá, nem que seja algo tão óbvio que passa quase despercebido, como seja o simples facto de estarem lá, no consultório, duas pessoas, a falar, juntas, numa sala, etc. Haver algumas áreas de concordância acerca do que existe objectivamente é a premissa de qualquer tipo de conversa. Cavell (1998) afirma que a subjectividade e a objectividade andam de mãos dadas (ideia também defendida por Smith, 1999, que diz que devemos argumentar não contra a objectividade, mas sim contra a certeza patológica). Porque se é verdade que não podemos eliminar a subjectividade, é falso que não possamos reduzir os factores subjectivos que limitam a percepção.

Inerente às posições de Renik (1993; 1998; 2001; 2002) está a ideia de que face à subjectividade do analista, este não precisa de fazer esforços para ser objectivo, deve usar a sua subjectividade e desta forma influenciar o paciente para a mudança; esta é uma posição que levanta, naturalmente, sérias questões éticas. Para além desse aspecto ético fundamental, parece acima de tudo que o autor está a propor uma espécie de salto em frente para o desconhecido, ou seja, face ao que o autor vê como um problema, a sua resposta é deixar de o

ver como um problema e usá-lo para levar o paciente a um benefício terapêutico o mais imediato possível, pela mediação subjectiva do analista.

Esta é uma postura analítica eticamente insustentável, naturalmente. A solução para o dilema da subjectividade parece-me muito mais simples. Devemos naturalmente reconhecer a situação analítica como uma situação intersubjectiva, o que implica desde logo o respeito pelas duas subjectividades em jogo, a do analista e a do paciente. O reconhecimento por parte do analista da sua própria subjectividade deve dar-lhe a humildade de reconhecer que a sua contribuição para a mudança do paciente não é tão importante quanto habitualmente se reconhecia: ele é só uma peça do jogo, e nem sequer é a peça mais importante, uma vez que se queremos que o Processo Psicanalítico seja verdadeiramente ético, terá que ser o paciente o principal responsável pela sua própria mudança.

### **Clarificação da Noção Geográfica: Revisão**

Tenho que começar por realçar que ainda que em termos *gráficos*, de estruturação escrita das fases do Processo, as fases pareçam ser lineares, umas em seguimento a outras, a realidade do Processo Psicanalítico mostra-nos uma estrutura na verdade muito mais dinâmica. Se em termos estruturais a fase da Clarificação da Noção Geográfica surge em seguimento da primeira fase, a Reunião da Transferência, a realidade mostra-nos que esta fase da Clarificação da Noção Geográfica inicia-se no exacto momento em que o paciente entra no consultório, quando se está também a iniciar o processo transferencial. A partir do momento que se estabelece que aquele local será o local onde se encontrarão para o trabalho que empreenderão juntos, inicia-se esse processo de construção de uma geografia interna do paciente, que é tão fundamental para que este consiga construir uma personalidade própria e separada.

É isso que está em questão nesta fase de Clarificação Geográfica, a construção de uma personalidade. Efectua-se pela delimitação de um mundo interno e de um mundo externo, pelo reconhecimento do que é da pessoa e do que é dos outros, do que é da análise e do que é do mundo fora da análise; essa consolidação de uma personalidade própria e forte efectua-se também pelo afirmar que o paciente tem que fazer da sua voz face à voz do analista, pelo reconhecimento do papel do analista na mudança psíquica e do seu próprio papel nessa mesma mudança e, acima de tudo, a sua afirmação passa sempre por não se deixar subjugar para um papel de actor secundário nesse processo transformativo. Joyce McDougall (1974) colocou a questão de uma forma bastante concisa e elucidativa: “a ausência e a diferença são as duas grandes experiências da realidade a partir das quais a identidade é construída”. Pela

ausência do analista, rotinizada nas separações semanais, e pela diferença, no fundo, diferenciação do eu e do outro, constrói o paciente a sua identidade própria.

### **3.2.3 - Clarificação da Genitalidade**

Meltzer (1967) referia-se a esta fase como a fase da Clarificação das Confusões Zonais. Eu prefiro falar na fase da Clarificação da Genitalidade; Meltzer (1967) nomeou a sua fase a partir da obra de Freud (1905), *Three Essays on the Theory of Sexuality*. Freud delineou um caminho faseado de construção psicosexual por zonas erógenas, daí o termo Confusões Zonais que Meltzer (1967) utiliza. Eu trabalho a partir de Meltzer (1967; 1973) e da sua diferenciação entre sexualidade infantil e sexualidade adulta. Uma vez que o desenvolvimento psicosexual adulto resulta na genitalidade, julgo que a expressão Clarificação da Genitalidade estará mais adequada para nomear esta fase específica do processo.

Meltzer, na sua obra *Sexual States of Mind* (1973), faz uma revisão das ideias de Freud (1905) sobre a sexualidade. São o prelúdio que faz para a exposição das suas próprias ideias acerca da sexualidade e do seu papel no desenvolvimento psicosexual. Meltzer (1973; ver também Cassese, 2002) diz que para Freud (1905) o instinto erótico ou sexual está activo desde o nascimento. As suas manifestações são, primeiro, auto-eróticas, depois narcísicas e, finalmente, aloeróticas (amor por um objecto externo). No decurso do desenvolvimento normal, a sexualidade infantil, que em fases diferentes está ligada a zonas erógenas diferentes, converge na sexualidade adulta e contribui para a gratificação genital. No desenvolvimento patológico da sexualidade, um aspecto da sexualidade infantil torna-se a fonte de gratificação sexual predominante no adulto (devido a fixação ou regressão).

Freud (1905) define a sexualidade infantil como polimorfa devido à primazia de diferentes partes ou zonas do corpo, de acordo com a fase desenvolvimental. A sexualidade infantil também é definida como perversa devido à possibilidade da sexualidade se fixar numa dessas zonas. Na teoria de Freud (1905), a orientação sexual da criança é considerada como originalmente bissexual, porque a diferença entre masculino e feminino não está ainda clara na fase pré-genital de escolha de objecto.

Temos portanto que para Freud (1905), no início, a pulsão sexual está localizada somente em certas zonas erógenas sendo como tal parcial, e que, progressivamente, tenderá a ser unificada numa mesma organização libidinal, sob o primado da genitalidade.

### **Sexualidade infantil e adulta**

Embora reconhecendo completamente o papel das fases psicosexuais na formação do carácter, e a importância da cena primária e do complexo de Édipo, Meltzer (1973) difere de

Freud (1905) na definição da sexualidade adulta. Meltzer (1973) afirma que existe uma distinção clara entre sexualidade infantil e adulta. Neste sentido, os conceitos de sexualidade polimorfa e perversa, e o da bissexualidade, são rediscutidos e diferenciados nos seus aspectos infantis e adultos.

Para Meltzer (1973), a sexualidade infantil não participa directamente (como na teoria de Freud, 1905), mas de forma secundária no acto sexual adulto, porque foi substancialmente modificada pelo processo de integração e identificação introjectiva com o objecto combinado. Assim, a bissexualidade introjectada na forma de uma relação recíproca entre a mãe e o pai internos, reflecte a integração dos papéis femininos e masculinos e a capacidade de se identificar com as necessidades e desejos do parceiro. Os aspectos polimorfos integrados enriquecem a relação com fantasias vinculadas com a ligação de objectos internos.

De acordo com Meltzer (1973), a sexualidade infantil é baseada numa relação directa entre o ego e o id. A necessidade da criança resolver a ansiedade edipiana, de manter os pais como bons objectos e de negar as partes destrutivas do self leva à imitação e à identificação projectiva com os pais. Assim, os mecanismos predominantes na sexualidade infantil usados para os impulsos libidinais e destrutivos são clivagem-idealização e identificação projectiva.

Pelo contrário, a sexualidade adulta baseia-se na integração e na identificação introjectiva: introjecção de ambos os papéis parentais no objecto combinado, e identificação introjectiva com a união sexual do objecto combinado interno. Meltzer (1973) afirma que a sexualidade adulta não tem como objectivo a busca de um parceiro para uma ligação, mas o estabelecimento da intimidade sexual. É caracterizada pela tendência a encontrar expressão através de identificações projectivas mútuas.

Em termos do Processo Psicanalítico como o estou a tentar descrever, este processo de clarificação da genitalidade ocorre pelo abandono da sexualidade infantil em detrimento de uma sexualidade adulta, passagem efectuada pelo trabalho integrativo e de transformação da mente do paciente. Há que realçar que a genitalidade é muito mais do que o acto sexual genital, é toda uma envolvência afectiva, emocional, que se baseia na capacidade para estar com o outro, de se envolver, de se disponibilizar, da partilha – se a fase anterior de Clarificação da Noção Geográfica tinha a ver com a delineação das fronteiras pessoais que definem a pessoa enquanto ser humano, esta fase de Clarificação da Genitalidade tem a ver com a pessoa se assumir como uma pessoa por inteiro, pelo afirmar da sua autoridade pessoal e da sua responsabilidade. O que Bion (1970) afirma é que este processo de maturação, que envolve a subordinação do princípio do prazer e a emergência do princípio da realidade, é dificultado pela natureza dolorosa da mudança em direcção à maturação.

## **Autoridade**

Se lidamos aqui com um assumir de responsabilidade e de autoridade pessoal, a questão da autoridade na situação analítica deve merecer uma atenção especial, até porque é também uma questão que tem levantado alguma polémica na psicanálise contemporânea. E a questão tem-se centrado à volta de uma interrogação (que é também uma interrogação ética): será a postura do analista face ao paciente uma imposição autoritária dos pontos de vista do primeiro sobre o segundo?

Kernberg (1996) tenta responder a esta interrogação fazendo uma distinção entre autoridade e autoritarismo: a autoridade referir-se-ia aos aspectos “funcionais” do exercício de poder (e seria, como tal, natural e saudável), ao passo que o autoritarismo referir-se-ia ao exercício do poder para lá do que é requerido para efectuar a tarefa. O autor, fazendo a analogia com a natureza da relação analítica, acredita que a autoridade psicanalítica é não só legítima como um aspecto indispensável do trabalho analítico. O analista tem uma função de liderança num processo colaborativo em que parte da sua autoridade é delegada no paciente. Se o paciente não assumisse que o analista tem alguma autoridade legítima, a relação psicanalítica tornar-se-ia absurda. E para Kernberg (1996), o conceito de neutralidade analítica assegura que a autoridade do analista se mantém funcional e protege o paciente de uma imposição dos desejos do analista, uma vez que a neutralidade consiste numa atitude objectiva e preocupada em relação ao paciente (e não uma indiferença distanciada), um esforço do analista para manter o paciente no foco do tratamento analítico em curso.

Mitchell (1998) vem dizer que os analistas sempre afirmaram ter um conhecimento privilegiado do inconsciente e que, como tal, compreenderiam melhor do que ninguém a mente do paciente. Isto contribui para que o analisando atribua geralmente uma grande autoridade ao analista, tendo também por base a natureza assimétrica da relação analítica. O que Mitchell (1998) vem afirmar é que não existe nada no paciente à espera de ser descoberto pelo analista; e se não existe nada na mente do paciente para ser descoberto pelo analista, o analista não se pode advogar de um conhecimento privilegiado acerca dessa mesma mente. A mente do paciente deve ser compreendida somente por um processo de construção interpretativa: os eventos que ocorrem na mente do paciente só podem ser compreendidos pelo paciente e pelo analista por um processo activo de compô-los e arranjá-los. E Mitchell (1998) diz que, se ao princípio o paciente atribui uma autoridade não merecida ao analista, no final do tratamento a autoridade do analista é produto da participação do analista no tratamento.

As conclusões de Mitchell (1998) parecem um pouco insatisfatórias. Se por um lado parece afirmar que a construção da mente do paciente é uma tarefa partilhada, ideia com a qual não posso deixar de concordar, por outro lado acaba por atribuir ao analista uma autoridade final, fruto do desenrolar do processo analítico, o que parece demonstrar que afinal, para Mitchell (1998), a mudança terapêutica é efectuada pelo analista e não de forma intersubjectiva, partilhada. Se o processo analítico deve expandir e enriquecer a experiência do paciente acerca da sua própria mente, como o autor defende, então só podemos conceber esse processo como originando uma diminuição da autoridade e não como um processo de conquista, por parte do analista, de uma autoridade merecida. E ficamos ainda mais de pé atrás quando Mitchell (1998) afirma que ainda que o analista não deva advogar a sua autoridade como analista para impor o seu ponto de vista, por vezes tem mesmo que manter uma posição de forma firme, independentemente do que o paciente diz ou mesmo perante a recusa deste.

Mitchell (1998) quer rejeitar a ideia de uma “organização estática” da mente e quer enfatizar a susceptibilidade da mente para ser organizada de formas diferentes em função da “relação intersubjectiva” particular que se estabelece entre paciente e analista: no entanto, como Eagle, Wolitzky & Wakefield (2001) afirmam, as pessoas que procuram tratamento (e, em certa medida as pessoas em geral) mostram de facto padrões repetitivos e “estáticos”, sublinhando os conteúdos mentais e representações. Se as pessoas fossem tão prontamente susceptíveis de ser moldadas e reestruturadas por cada nova relação intersubjectiva, como Mitchell (1998) sugere, a mudança terapêutica seria muito mais fácil (e, podemos dizer, muito mais previsível). As pessoas são capazes de mudar, naturalmente, mas a mudança é dificultada pela nossa tendência muito forte para operar com base em estruturas relativamente estáveis.

Mitchell (1998) e Renik (1998) questionam a natureza da autoridade e conhecimento do analista. Dizem eles que o analista silencioso propicia a idealização. A alternativa que oferecem é a do analista absolutamente participante, activamente participante. Podemos, naturalmente, objectar dizendo que o tipo de analista que eles assumem ser acaba por ser muito mais autoritário, na medida em que oferece uma solução para o paciente. Os autores parecem querer dizer que o analista, pela sua experiência e pelo seu conhecimento teórico sabe à partida que certa solução será a mais adequada para o paciente. E não querem esperar que o paciente lá chegue. Querem dar a solução ao paciente e, dessa forma, apressar o tratamento. O problema deles parece, portanto, ser com o tempo que um tratamento psicanalítico demora, e com a incapacidade efectiva de haver uma previsão exacta de

resultados. Querem uma psicanálise rápida e capaz de prever problemas e soluções. Mas para o processo de mudança ser sentido pelo paciente como seu, como lhe fazendo sentido, a mudança tem que ser lenta, progressiva.

### **Clarificação da Genitalidade: Revisão**

Se na fase anterior de Clarificação da Noção Geográfica o que estava em causa era a construção de um sentido corporal, a delineação do dentro e do fora, a separação do próprio e dos outros, nesta fase de Clarificação de Genitalidade está em causa já a transformação da vivência problemática do paciente, que lhe causa dor e insatisfação e que, naturalmente, o leva ao consultório, uma integração que ocorre pela integração das partes infantis, pela desenvolvimento de uma personalidade mais adulta e responsável, mais aberta à mudança.

Neste processo integrativo, o paciente deve assumir a sua responsabilidade e erigir-se a si próprio como instrumento da transformação. Desta forma, a autoridade natural do analista enquanto agente facilitador da mudança psíquica é contida e esbatida, prevenindo o abuso e impedindo que a autoridade redunde num autoritarismo; e, acima de tudo, num processo óptimo, o paciente assume a autoridade do seu próprio tratamento: é um processo contínuo que visa a construção de um sentido de responsabilidade que se espera crescente e que atravessa a totalidade das fases que estou a descrever.

### **3.2.4 - Limiar da Posição Depressiva**

Meltzer (1967) foi essencialmente um kleiniano; a construção do conceito Processo Psicanalítico que faz é com base na teoria de Klein, ainda que seja também influenciado por outros autores, como Bion, e que aos conceitos de base destes autores dê um toque pessoal, construindo uma obra bastante original e independente. Os conceitos de Posição Esquizo-paranóide e de Posição Depressiva são conceitos que ele usa de acordo com a descrição de Klein (1946;1955). Farei uma breve descrição desses conceitos, sublinhando ainda a contribuição extraordinária de Bion (1963).

Zimerman (2001) diferencia o termo posição dos termos fase/etapa/estágio: enquanto que estes últimos termos denotam uma evolução linear transitória, o conceito de posição, na psicanálise, refere-se a uma estrutura definitiva, em evolução constante e permanentemente activa na organização da personalidade. É dessa forma aparentemente rígida que Klein (1946;1955) começa por definir os conceitos de Posição Esquizo-paranóide e Depressiva. O que Klein (1946; 1955) descreve é um processo de desenvolvimento, da desorganização inicial a uma organização progressiva, marcada pela tendência inata da criança humana para a integração. Klein (1946) afirma que existe já no bebé recém-nascido ego suficiente para

experimentar ansiedade; é um ego primitivo e desorganizado que está sujeito ao impacto extraordinário da realidade externa. A Posição Esquizo-paranóide é a primeira fase de desenvolvimento da criança, iniciando-se no princípio da vida, e é uma fase caracterizada pela clivagem e pela ansiedade paranóide. Desde o início da vida da criança que existe uma clivagem do objecto e do self do bebé entre as partes boas e as partes más, partes separadas e desconhecidas uma da outra; o objecto, percebido de forma parcial, é sentido como bom quando oferece gratificação, e sentido como mau quando frustra. As partes más, que a criança é incapaz de conter dentro de si, são projectadas para fora de si, de forma a evitar a ansiedade, originando no entanto um mundo de perseguidores, o que origina, também, ansiedade.

Face à ansiedade de aniquilação que a perturba, a criança desenvolve uma série de mecanismos de defesa, a começar no uso defensivo da introjecção e da projecção, de forma a introjectar o bom e projectar o mau, e na ampliação da clivagem, separando as partes passíveis de conflito e mantendo-as separadas e debaixo de controlo. O mecanismo de defesa predominante na Posição Esquizo-paranóide é a Identificação Projectiva, marcado exactamente por essa clivagem e projecção de partes do self e dos objectos internos, projecção para objectos externos que se tornam então possuídos e controlados pelas partes projectadas. Tem que se realçar que os mecanismos usados nesta primeira fase do desenvolvimento que Klein (1946) descreve são não só formas de proteger o ego das ansiedades fortíssimas que o perturbam quando ainda é tão frágil e primitivo, mas também são etapas graduais no caminho para o desenvolvimento. O predomínio das experiências boas, de gratificação, sobre as más, de frustração, faz com que gradualmente a Posição Esquizo-paranóide dê lugar à Posição Depressiva.

A Posição Depressiva é marcada pelo reconhecimento do objecto total<sup>11</sup>, dando conta do progressivo desenvolvimento e integração da personalidade da criança. Face ao predomínio das experiências boas sobre as más, o mundo torna-se menos assustador e a criança torna-se mais capaz de conter dentro de si os seus impulsos maus. O bebé começa a reconhecer a mãe e outras pessoas que o rodeiam; ao fazê-lo, reconhece-a enquanto um objecto total, completo, um objecto que dá prazer mas que também frustra, o que constitui um passo enorme no seu desenvolvimento. O reconhecimento dos objectos enquanto objectos totais implica ainda reconhecê-los como separados de si, com uma vida própria, fazendo com que a criança comece a reconhecer o seu desamparo e a sua dependência. O reconhecimento

---

<sup>11</sup> O objecto total é uma conquista da passagem com êxito para a Posição Depressiva, dando conta do movimento interno em que a criança consegue perceber a mãe já como uma pessoa total, completa, integrando partes más e boas; em oposição, no objecto parcial, a criança percebe os seus objectos como, exactamente, parciais, separando as partes boas, gratificadoras, e más, frustrantes (Zimerman, 2001).

da mãe enquanto objecto total traz ainda um outro desenvolvimento, que é o da criança se reconhecer a ela própria como objecto total, fazendo com que o seu ego seja menos dividido nos seus componentes bons e maus. Na Posição Depressiva, a principal ansiedade da criança é que os seus impulsos destrutivos tenham destruído o objecto que ama e do qual depende. Surge o sentimento de culpa e de perda, mas também o desejo de reparação.

Com a Posição Depressiva, a criança torna-se mais consciente de si e da sua realidade psíquica, torna-se consciente dos seus impulsos e fantasias, começando conseqüentemente a distinguir a fantasia da realidade externa. A criança altera a sua forma de estar com o outro, passando a baseá-la não na onnipotência inicial nem na dependência, mas no amor e no respeito, no reconhecimento da separação, diferenciação e diferença. Segal (1973) refere que o sofrimento do luto experimentado na Posição Depressiva e a reparação que tenta restaurar os objectos danificados constituem a base da criatividade e da sublimação, o que, em termos do Processo Psicanalítico a partir de Meltzer (1967), dá a esta fase do Limiar da Posição Depressiva uma importância fundamental.

Bion (1963) introduz uma diferença fundamental. As Posições Esquizo-paranóide e Depressiva deixam de ser fases sequenciais para passarem a ser alvo de uma alternância que se quer integradora da personalidade do sujeito, assumindo-se numa interdependência, um jogo constante entre dispersão e integração. Com o conceito  $Ps \leftrightarrow D$ , Bion (1963) dá conta não só da interdependência das posições, como do processo transformativo que leva da doença à saúde mental, através do desenvolvimento do pensamento integrativo. E com Bion (1963) deixa de ser possível falar em atingir a Posição Depressiva, falando-se antes no oscilar contínuo entre Ps e D. Meltzer (1967) dá conta desse facto quando fala no Limiar da Posição Depressiva: é uma posição que se procura, à qual nos aproximamos, ainda que nunca, efectivamente, a cheguemos a atingir por completo. Quando se fala em  $Ps \leftrightarrow D$ , torna-se também bastante claro que essa oscilação, esse jogo de crescimento psíquico, é uma tarefa para a vida, um trabalho de Sísifo, o aproximar-se de D para depois voltar a Ps, reintegrando de novo para D, e por aí fora. Se é um trabalho para a vida, é também o ritmo essencial da análise – a análise mimificando, de certa forma, a vida: crescemos, desenvolvemo-nos na análise de forma análoga ao desenvolvimento da vida.

Uma consequência adicional de falarmos em  $Ps \leftrightarrow D$  é que temos necessariamente de passar a ressaltar o papel do analista e da sua disponibilidade mental para o paciente (afinal, talvez tenha sido essa a maior contribuição do conjunto da obra de Bion: a delineação de uma nova forma do analista estar com o paciente). O analista deixa de ser um ponto de ancoragem, constantemente em D, fidedigno; passa a fazer parte também desse jogo oscilatório de

avanços e recuos integrativos, passa também a ser um factor mais que pode perturbar o paciente mas também podendo empurrá-lo de forma definitiva para a integração psíquica. Ou seja, também a mente do analista está em Ps↔D, também o analista tem momentos de menor disponibilidade psíquica, é, portanto, necessário, para que ocorra o crescimento psíquico desejado, que ambos, paciente e analista, trabalhem em conjunto.

### **Interpretação e Insight**

Esta fase do Limiar da Posição Depressiva é marcada portanto pelo impulso para o desenvolvimento, para a integração, um caminho que ocorre pelo insight<sup>12</sup> e pela interpretação. A interpretação é, para Freud, e desde a *Interpretação dos Sonhos* (1900), o meio por excelência para o desenvolvimento psicológico; é a forma de revelar o inconsciente e resolver os conflitos defensivos que perturbam o sujeito; falamos em interpretação, poderíamos antes falar em clarificação, pois é provavelmente uma forma mais correcta de descrever o que ocorre por este processo. O conceito não sofreu grandes alterações ao longo da história psicanalítica; as modificações surgiram sim na forma como cada analista interpreta, em função do seu modelo teórico de referência: temos, assim, analistas que interpretam de forma mais definitiva e impositiva, ou analistas que preferem deixar um grande espaço de manobra para que o paciente possa preencher a interpretação com o seu próprio significado. Mas é sempre uma descoberta conjunta de um significado do que ocorre naquele par paciente-analista.

Já o insight está geralmente relacionado com a “luz” que surge na mente do paciente face às interpretações do analista. É pela constante elaboração dos insights que surgem as mudanças psíquicas. Ainda que a forma como o termo é geralmente usada pareça indicar um processo repentino de iluminação do paciente, o que ocorre é um processo contínuo de desenvolvimento e de criação no paciente de uma disponibilidade crescente para o pensar criativo e para a auto-reflexão. O insight não é uma súbita iluminação, mas consequência de um trabalho prolongado e conjunto da dupla analista-paciente. É um resultado do Processo e uma continuidade, e não um objecto estranho que surge como que de uma operação mágica. Julgo não fazer grande sentido falar do insight e da interpretação de forma separada, uma vez que estão tão ligados, sendo antes etapas tão próximas de um mesmo processo de mudança.

Podemos, como Bezoari, Ferro & Politi (1994) falar da interpretação como algo que perturba o paciente e que, conseqüentemente, o faz pensar. Toda a interpretação origina

---

<sup>12</sup> “Luz que o analisando vem a adquirir por meio de uma actividade interpretativa do analista. A lenta e continuada elaboração dos insights parciais vão possibilitar a obtenção de mudanças psíquicas, objectivo maior de qualquer análise” (Zimerman, 2001).

algum grau de perturbação sobre quem a recebe, uma vez que leva algo de novo. O analista tem, portanto, que ter em conta a disponibilidade mental do paciente: não faz sentido dar a um paciente uma interpretação que este não consiga conter dentro de si. Uma interpretação para a qual o paciente não tenha disponibilidade só poderá ser vista como persecutória, tornando-se uma mancha naquela relação. O conjunto da obra de Bion parece apontar para uma maior restrição do analista na hora de interpretar; mais do que interpretar, o analista deve mostrar-se disponível para acolher o paciente. Modo geral, o paciente descobrirá o seu caminho para a integração, pela orientação do analista; o facto de ser responsável pela sua própria “cura” é mais um estímulo para o desenvolvimento. Desta forma, podemos dizer que a interpretação não deve revelar, não deve fechar caminhos, mas sim abri-los, abrir o paciente para si e para o mundo.

Renik (2001), juntamente com Gabbard & Westen (2003), critica a posição central da interpretação como arma terapêutica do analista. Diz Renik (2001) que a interpretação só tem alguma utilidade na medida em que origine benefício terapêutico ao paciente. Em acordo com esta afirmação de Renik (2001), Gabbard & Westen (2003) afirmam o valor não só da capacidade técnica do analista, como da nova relação criada entre analista e paciente. Vão buscar influências às neurociências cognitivas e propõem que o analista deve focar-se não só nos pensamentos e sentimentos inconscientes, mas também nos conscientes, que produzem mudanças de curta duração mas que respondem de forma mais rápida ao pedido terapêutico do paciente. Podemo-nos perguntar em que medida é que um tratamento psicológico que se foque no consciente e que subalternize a interpretação em favor de técnicas como a confrontação, a exposição aos estímulos ou a auto-revelação, permanece ainda assim um tratamento psicanalítico. Seja como for, é difícil perceber a utilidade de um tratamento que origine somente mudanças de curto prazo e que sujeitará o paciente a uma nova recaída, a um sofrimento adicional: se não responder de imediato às necessidades do paciente é visto por Renik (1998; 2001) como uma falha do analista, maior falha parece ser responder às necessidades do paciente de forma inadequada, maquilhando as dificuldades mas não as resolvendo.

### **Limiar da Posição Depressiva: Revisão**

Esta fase do Limiar da Posição Depressiva surge naturalmente em consequência da fase anterior de Clarificação da Genitalidade. Face ao crescimento mental provocado pelo pensar adulto, surge a possibilidade de nos separarmos definitivamente dos outros objectos sem deles termos que abrir mão de forma definitiva: ou seja, separados, mas com eles no pensamento, no coração. Separados, mas não abandonados. Com confiança suficiente para

partir à descoberta de nós próprios. Implica o luto por um mundo interno perdido, e a restauração de um novo mundo interno, mais adulto. Implica um impulso para a integração, para a possibilidade de estar só, de se sentir triste e de lidar com o desamparo. Implica também já uma grande capacidade de auto-reflexão; o paciente, enquanto agente impulsionador da sua própria mudança psíquica, desenvolve armas interiores que lhe permitem seguir o seu caminho sozinho. O treino dos processos integrativos que ocorreu na análise, com a ajuda do analista, pela interiorização da função analítica, permitem-lhe, ao paciente, pela auto-análise, continuar o seu tratamento longe da presença física do analista. O analista passa a ser para o paciente uma presença interna, um analista dentro dele próprio.

### **3.2.5 - Para Lá da Posição Depressiva**

Meltzer (1967) nomeou esta última fase do Processo Psicanalítico como o Desmame; eu prefiro chamá-la de Para Lá da Posição Depressiva. Passo a explicar a razão desta renomeação. O Processo de Desmame que Meltzer (1967) descreve é um processo regido pelo analista; o follow up que Meltzer (1986) erige como forma de se assegurar dos progressos do paciente prende o paciente ao analista e ao tratamento e impedem-no de seguir verdadeiramente o seu próprio caminho. O Para Lá da Posição Depressiva que eu pretendo descrever é um processo que ocorre na ausência do analista. A análise só faz sentido como um projecto de responsabilização do paciente; tem que estar sempre presente a ideia de que algures no caminho a percorrer, ele seguirá sozinho. Faz sentido pôr uma fase que ocorre fora já da análise enquanto espaço físico, longe já da presença estruturante do analista, pôr esta fase como pertencendo ao Processo Psicanalítico? Julgo que sim. Aponta pelo menos para um sentido de aspiração. De esperança consciente. Responde talvez às questões de para onde vai uma análise ou em que se transformará um paciente. Ainda que o analista não esteja presente fisicamente, está presente enquanto interiorização; e é um culminar de um percurso, que se vai esboçando e deixando-se entrever ao longo da terapia.

Ferro (1998) tem uma ideia curiosa. Diz ele que se considerarmos a análise como um campo emocional, será o próprio campo o lugar de “sinalização” do fim da análise. A contratransferência, os sonhos de contratransferência, as personagens ou narrações do paciente, começarão a sinalizar este evento. A sinalização que o paciente dá de que está pronto para seguir sozinho é um sinal notório da maturação do “aparelho para pensar os pensamentos” (Bion, 1962). A ideia a reter é que o paciente diz quando está pronto a seguir sozinho. O nosso papel é saber ouvir esse pedido e deixar o paciente “voar” por si.

A maturidade adquirida pelo paciente que lhe permite seguir sozinho o seu caminho e responsabilizar-se de forma segura e absoluta por si próprio manifesta-se de várias formas, no fundo todas elas reflexo de um mesmo movimento psicológico: a abertura ao mundo de uma mente segura e confiante, auto-reflexiva. Meltzer, ao longo da sua obra, descreveu essas várias formas de manifestação do crescimento psíquico do paciente, ainda que não o tenha feito de forma directa, ou não o tenha verdadeiramente assumido como tal. Mas o que são as ideias de Atitude Psicanalítica ou Auto-Análise, o Objecto Combinado, a Criatividade e a Estética senão formas de descrever o desenvolvimento do paciente no Processo Psicanalítico?

### **Atitude Psicanalítica**

Meltzer (1967) diz que o paciente tem que adquirir a atitude psicanalítica, um sentido de auto-análise. Se ao princípio essa atitude é assumida pelo paciente quase de forma mimética, imitando o analista, depressa começa a manifestar-se como interiorização de uma função reflexiva: o pensar sobre si, o pesar os prós e os contras e agir em conformidade, a responsabilização. E nesse sentido vai para lá da análise. Vai para lá daquela integração mediada pelo analista, assume-se como uma conquista muito própria que o paciente faz.

Bion (1970) fala também na atitude psicanalítica, e fá-lo de uma forma semelhante a Meltzer (1967). Bion (1970) diz que pela constância da atitude psicanalítica podemos comunicar essa mesma atitude ao paciente, procurando que provoque uma transformação nele. Mas a comunicação que o analista faz ao paciente não deve procurar transmitir um conhecimento que o analista supostamente tenha. Se o tentar, falhará sempre. A instauração desta atitude psicanalítica, transformadora e sem doutrina, actuando não pela memória mas pela notação, não a partir de um episódio mas de uma constelação, a instauração dessa atitude, dizia eu, é a especificidade da psicanálise. Todas as teorias psicológicas têm sido teorias acerca do paciente, em que o terapeuta conhece e procura transmitir esse conhecimento ao paciente. Bion (1970) diz-nos que nem o terapeuta conhece o que se passa com o paciente (até porque o próprio paciente não o conhece) nem o terapeuta o pode comunicar ao paciente, e nem o paciente poderá compreender um conhecimento que lhe é alheio. A psicanálise não deve procurar o conhecimento e a sua transmissão, deve procurar a atitude psicanalítica, por si própria transformadora.

### **Objecto Combinado**

A descrição que Meltzer (1973) faz do Objecto Combinado difere fortemente da visão kleiniana (ainda que em 1978 Meltzer diga que Klein chegou a considerar a possibilidade de o objecto combinado ser o núcleo da força na personalidade, hipótese que abandonou face à dúvida originada pela intensidade da inveja que o objecto combinado parece levantar).

Hinshelwood (1991) refere a visão kleiniana acerca do objecto combinado; diz que uma das mais profundas experiências do bebé é o desejo de penetrar o corpo da mãe por raiva e frustração e fazer coisas prejudiciais aos órgãos e objectos lá encontrados. O terror profundo e crescente é que a mãe e os objectos dentro dela retaliem contra o bebé. A fantasia da figura combinada dos pais é a de que os pais, ou antes, os seus órgãos sexuais, se acham entrelaçados em permanente relação sexual. É a fantasia mais antiga e primitiva da situação edipiana. A fúria e a raiva do bebé levam-no a impregnar essa relação de tanta violência entre os pais quanto a que está a sentir em relação a eles (Klein, 1923). A figura combinada dos pais é um dos perseguidores mais terríveis nos dramas pessoais da infância.

Meltzer (1973) descreveu o desenvolvimento da sexualidade e da criatividade na personalidade em termos da luta para ir além de uma visão objectal parcial, de maneira a reconstruí-la em objectos totais com versões mais realistas da mãe e do pai, processo inerente à Posição Depressiva. Internamente, uma relação sexual realista desse tipo forma um objecto interno que constitui a base da criatividade pessoal: sexual, intelectual e estética. Não existe aqui nada de terror: estamos no campo do crescimento mental. O reconhecimento do Objecto Combinado, em Meltzer (1973), é já marca das forças integradoras e promotoras do pensamento. Em termos do Processo Psicanalítico, assume especial importância na medida em que permite ao paciente efectuar a separação do analista, pelo seu reconhecimento enquanto objecto total e lhe dá a segurança e o impulso para a busca de novos caminhos.

### **Criatividade e Estética**

Em 1988 (*The Apprehension of Beauty*), Meltzer desenvolve de forma mais marcada as ideias da Criatividade e da Estética. Diz o autor que, desde o início da vida, a presença da mãe amada, o impacto da sua beleza externa, estimula os sentidos estéticos da criança. Mas esta percepção da mãe contrasta com a mãe enigmática, cuja disposição, tom ou expressão pode mudar misteriosamente, causando incerteza e estimulando a imaginação criativa. Forma-se assim a imagem de um espaço dentro da mãe do qual surgem não só a beleza e o prazer, mas também as sensações de dor mental. A beleza torna-se ambígua. Tolerar a incerteza da beleza é sinal de maturação. É com base no conflito estético que se forma um espaço secreto dentro do self, um espaço no qual se pode retirar periodicamente para reintegração. A ideia do sublime baseia-se no desenvolvimento da teoria do espaço interior (o espaço-vital): um “espaço enigmático” ou espaço secreto de intimidade derivando do conflito estético, essencial ao desenvolvimento e a fonte da criatividade artística.

Grinberg, Langer, Liberman & De Rodríguez (1967) dizem que com o working through da sessão fora da sessão, a análise muda de uma relação bipessoal para uma relação tripessoal.

Esse é um aspecto fundamental do Processo Psicanalítico: se no início, submetidos ao poder envolvente da relação bipessoal, o que ocorre na sessão é realmente bipessoal, com o tempo, e com o desenvolvimento psicológico do paciente, dá-se uma maior abertura ao mundo. Nesta fase culminante do Processo, neste Para Lá da Posição Depressiva que é um Para Lá da Análise, existe uma triangulação afectiva e relacional, o paciente no mundo, levando consigo o analista interiorizado, na forma da auto-reflexão.

### **O Processo Psicanalítico enquanto Labirinto**

Gostaria, ainda, de introduzir uma derradeira ideia, a ideia do Labirinto. A ideia do Labirinto percorreu toda a obra de Jorge Luis Borges, alcançando o expoente máximo no conto *O Jardim dos Caminhos que se Bifurcam*, inserido na sua obra maior, *Ficções* (1944). Neste conto, Borges (1944) imagina um labirinto de labirintos, um sinuoso labirinto crescente que abrange o passado e o porvir, um labirinto de símbolos e de tempo. E refere que para descobrir o caminho para o centro do labirinto, o procedimento comum era virar sempre à esquerda nas bifurcações do labirinto. O labirinto que Borges (1944) descreve é um livro, um livro infinito, aberto à possibilidade de continuar indefinidamente. E o tema é o tempo, não um tempo absoluto, mas um tempo intrincado, divergente e convergente, que se aproxima e se bifurca, abrangendo todas as possibilidades.

Ainda que Borges (1944) defina o seu labirinto como um livro, podemos assumi-lo como uma metáfora para a vida. Também na vida existe um caminho sinuoso e bifurcado a percorrer, também a vida tem como marca o tempo, o presente mas também o passado e o futuro, enrodilhados como estão sempre, também a vida é um abrir e fechar de possibilidades.

E o Processo Psicanalítico imita a vida, de certa forma, e nesse sentido assume-se como um Processo labiríntico. As etapas do Processo são etapas da vida. O acolhimento inicial, seguido da construção de um sentido corporal e de separação do outro, o crescer para se tornar “um homenzinho”, como se costuma dizer, seguido de uma crescente autonomização, culminando no seguir sozinho, de forma autónoma. É um retomar de uma vida que estava “perra”. O Processo Psicanalítico é, em certa medida, como a instrução que permite chegar ao centro do labirinto, na medida em que indica uma possibilidade de percurso. E o interessante é que imita também a vida ao não definir o que a pessoa irá ser. O labirinto é infinito porque, no fundo, não existe um centro, um resultado a obter. Existem opções a tomar, um abrir de possibilidades e uma responsabilização pelos caminhos que tomamos, pelas bifurcações que vamos fechando e abrindo.

A ideia do Labirinto como metáfora para a vida e para o Processo Psicanalítico é interessante; e se procurarmos a origem etimológica da palavra, a questão aprofunda-se e

complexifica-se. No Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa (1952) o étimo Labirinto é definido como vindo do grego *labyrinthos*, construção com muitos caminhos sinuosos e entrecruzados, inextricáveis; qualquer local muito sinuoso; discurso inextricável; objecto que se dobra sobre si próprio. Está de acordo com o que Borges (1944) descreveu, não acrescenta nada de novo. A surpresa vem se virmos o étimo inglês. Os ingleses têm duas palavras que correspondem ao português *Labirinto*: *Labyrinth* e *Maze*. Em termos etimológicos, ainda que apresentadas como sinónimos, o seu uso é diferente. Assim, *Labyrinth* é descrito como uma rede de passagens ou caminhos que se encontram e se cruzam e nos quais é difícil a uma pessoa encontrar o seu caminho. Ou seja, o labirinto como uma rede intrincada de caminhos onde nos podemos perder. E *Maze* é descrito como um sistema de caminhos sinuosos que levam a um ponto central, um puzzle no qual temos que encontrar um caminho. Ou seja, o labirinto onde existe efectivamente a possibilidade de encontrar o caminho. O interessante desta descrição etimológica é que o Processo Psicanalítico pode abarcar as duas definições: é um caminho sinuoso onde nos podemos perder, mas é também um caminho onde nos podemos encontrar.

### **Para Lá da Posição Depressiva: Revisão**

Ponto culminante do Processo Psicanalítico, esta é uma fase de abertura, e não de fechamento. O paciente não descobre uma verdade fundadora acerca de si próprio. O paciente assume, antes, uma nova postura perante a vida. Mais em contacto consigo próprio, o paciente está, agora, mais capaz de lidar com os percalços que inevitavelmente lhe aparecerão pela frente. As ideias do belo, da criatividade, da busca do conhecimento e da curiosidade não intrusiva dão conta de uma abertura de possibilidades, na medida em que denotam que o paciente, face aos problemas, responde não sempre com a mesma solução, mas com a solução que lhe pareça mais adequada naquela altura.

E o Processo Psicanalítico, enunciado desta forma, assume-se como um Processo Ético porque é um Processo que abre e não um Processo que fecha: abre o sujeito para o mundo, não o fecha numa solução ou num ponto final fixo originado por uma ideia de como as coisas devem ser. A ética tem a ver com uma individualidade e uma responsabilidade, e é esse o resultado que este Modelo do Processo Psicanalítico propõe: não há finais standard que devem ser atingidos, existe, para cada caso, um caminho particular, definido pelo próprio após um percurso de autonomização e auto-responsabilização, de maturação e crescimento, de ímpeto para a descoberta.

## **Capítulo 4 - Um Processo Psicanalítico em Acção**

Após a revisão do Processo Psicanalítico intentada no capítulo anterior, é importante ver na prática como se pode comportar um Processo Psicanalítico em acção. Não sendo um conceito que esteja operacionalizado para uma aplicação prática, a tentativa de ver um Processo Psicanalítico em acção pareceria algo que teria que ficar como projecto. No entanto, a Dissertação para o Seminário de Monografia que eu efectuei (Tereso, 2004; ver em Anexo um pequeno resumo da Monografia) oferece uma possibilidade interessante. Nesse trabalho, de operacionalização do Modelo Família-Comunidade de Meltzer e Harris (1976), apliquei questionários a várias populações, de diferentes patologias. Apliquei questionários, entre outras populações, a toxicodependentes que consumiam drogas e a toxicodependentes em tratamento numa Comunidade Terapêutica. Entre estas duas amostras da mesma patologia surgiram diferenças estatísticas em relação ao tipo de Funções Emocionais que punham em jogo nas relações que estabeleciam com a família e com a comunidade. Uma vez que a Comunidade Terapêutica em questão (C.T. do C.A.T. do Restelo) segue um modelo teórico que guia o seu funcionamento terapêutico, o desenvolvimento prático que apresentarei de seguida é o ver se esse modelo teórico de base da C.T. do Restelo assenta num pressuposto equiparável ao de um Processo Psicanalítico.

Existem objecções óbvias ao trabalho que me proponho efectuar neste capítulo. Desde logo o facto de o tratamento na C.T. não ser efectivamente uma psicanálise; podem, ainda assim, ser feitos alguns paralelismos entre um tratamento psicanalítico e o tratamento da C.T., o que eu faço mais adiante neste capítulo.

Uma segunda objecção é a de não estarmos a falar nos mesmos sujeitos. Seria muito mais interessante se a população em tratamento tivesse respondido aos questionários enquanto ainda estavam a consumir ou, pelo menos, nos primeiros dias do tratamento. A comparação do mesmo sujeito no início e no fim do tratamento é interessante e poderá dar informação importante acerca das mudanças efectuadas na estrutura psíquica do utente. Uma vez que os questionários aplicados na C.T. do Restelo foram aplicados a utentes nas últimas fases do tratamento, podemos-nos perguntar se o facto de até então terem aguentado o tratamento terapêutico não poderá indicar que possuem alguma força mental e segurança psíquica, força e segurança ausentes na generalidade dos toxicodependentes em consumos com os quais estou a fazer a comparação.

Outro ponto discutível é o facto de a diferença no número de questionários obtidos com cada amostra ser enorme. De facto, 48 toxicodependentes em consumo responderam ao questionário, contra apenas 10 questionários de toxicodependentes em tratamento. Ainda

assim, mesmo com tanto ponto discutível, julgo que o trabalho que proponho fazer de seguida poderá ter algum interesse, uma vez que mesmo que tenhamos que ter algum cuidado na análise dos resultados estatísticos obtidos, a análise ao modelo teórico que sustenta a prática terapêutica da C.T. do Restelo permanece um ponto de contacto prático interessante e importante.

Farei em anexo um breve resumo da Dissertação de Monografia. Este capítulo propriamente dito consistirá na análise do modelo teórico de base da C.T. do Restelo e da sua comparação com o Processo Psicanalítico tal como o descrevi. De seguida apresentarei os gráficos que obtive na Monografia e procederei a uma análise explicativa dos mesmos tendo em conta o impacto do tratamento da C.T.

#### **4.1 - Considerações Gerais Sobre a C.T. do Restelo**

O setting é organizado com a intenção de ser ele próprio terapêutico: o primeiro terapeuta. O objectivo é criar processos de aprendizagem ao vivo, processos que resultam da vida e trabalho comum. A C.T. tem uma estrutura organizacional que a enquadra, seguindo um modelo hierárquico: hierárquico porque os residentes fazem um percurso dentro da Comunidade (De Leon, G., 1995; Prata, I., 1993). Podemos ver neste parágrafo, desde logo, semelhanças de base com o Processo Psicanalítico, também ele com o setting como primeiro terapeuta, como meio facilitador e propulsor da mudança, também ele assente no percorrer de um caminho.

A perspectiva da C.T. assenta na visão da toxicoddependência como um sintoma, e não como a essência do distúrbio. O abuso de drogas é visto como perturbando a pessoa no seu todo. O toxicoddependente distingue-se por dimensões de disfunção psicológica e deficits sociais: tem uma fraca tolerância à frustração, baixa auto-estima, problemas com responsabilidade, pouco controlo de impulsos, etc. A C.T. pretende promover uma vida saudável, uma vida correcta, assentando na verdade e honestidade, na responsabilidade social, a responsabilidade pessoal pelo seu destino, no aprender a aprender e no envolvimento comunitário. Os objectivos do tratamento são as mudanças globais no estilo de vida e na identidade (De Leon, G., 1995; Gurfinkel, D., 1993; Prata, I., 1993).

A C.T. vê a recuperação como um processo de desenvolvimento, com mudanças através de estádios de aprendizagem progressiva. O tratamento não é fornecido mas está disponível, ou seja, a pessoa tem que se empenhar no seu próprio processo de mudança. Existe também uma aprendizagem social, uma vez que a mudança não é possível em isolamento. O tratamento é um episódio no processo de recuperação, estando, portanto,

implícito um caminho a seguir para lá do tempo do tratamento. Ou seja, está implícita a ideia de um Para Lá do Tratamento, à semelhança do Para Lá da Posição Depressiva como eu descrevi. A necessidade da pessoa ser a responsável pelo seu próprio tratamento e a contínua responsabilização são também eventos descritos no Processo Psicanalítico (De Leon, G., 1995; Prata, I., 1993).

A C.T. usa de forma intencional o grupo como principal método na facilitação da mudança social e psicológica dos residentes. Todas as actividades têm a intenção de produzir mudanças terapêuticas e educativas nos residentes, sendo todos os residentes mediadores dessas mudanças. A equipa técnica tem o papel genérico de figuras de autoridade e de facilitadores e orientadores no método comunitário de entreajuda. Os residentes que demonstram e reflectem (nos comportamentos e atitudes) os valores e ensinamentos da C.T., são encarados como modelos e espera-se que todos possam partilhar esse papel. Estes modelos são necessários para manter a integridade da comunidade e assegurar a transmissão dos efeitos da aprendizagem social, uma vez que a mudança é vista como possível. O planeamento e estruturação dos tempos e das actividades ajuda a regular a anterior desorganização da vida dos residentes (De Leon, G., 1995; Prata, I., 1993).

Podemos ver como os utentes funcionam como um modelo no qual o toxicodependente se deve rever. Estamos, portanto, a falar na interiorização de uma atitude. Meltzer (1967) referiu-se-lhe como Atitude Psicanalítica; seja qual for o nome que atribuamos a este aprender de papéis que ocorre na C.T., o movimento psíquico é idêntico ao da Atitude Psicanalítica: a interiorização de uma postura face à vida, face ao tratamento, conducente à mudança.

Hinshelwood (1997b) fala nas Comunidades Terapêuticas e da forma como os utentes exercem uma pressão uns sobre os outros; o autor questiona-se se este facto não dará conta de uma forma de coerção exercida sobre as pessoas e se um tratamento assente numa coerção deste tipo poderá ser um tratamento ético. Podemos dizer que na medida em que um tratamento use como princípio a integração, será sempre um tratamento ético (como, de resto, o próprio Hinshelwood, 1997b, afirmou). Podemos dizer ainda que, de acordo com a enunciação de Blass (2001), o modelo da Comunidade Terapêutica que estamos a descrever é um modelo ético porque, como mostrarei de seguida, assenta numa responsabilização do sujeito e na sua progressiva autonomia, assenta numa postura individual, sujeito a sujeito, e não numa ideia geral de como os sujeitos devem sair do tratamento.

Este ponto, extremamente importante, merece uma clarificação adicional. Temos que reconhecer que, naturalmente, a C.T. tem um componente avaliativo muito forte. Todo o

tratamento com uma datação temporal tão vincada quanto a C.T., com uma estrutura delineada de base como a C.T., todo o tratamento que assente na extinção de comportamentos negativos e na promoção de comportamentos positivos é, necessariamente um tratamento tendencialmente avaliativo. Ainda assim, tem também uma componente não-avaliativa extremamente vincada e que o define de forma decisiva, uma vez que o tratamento da C.T. é reflexivo e promotor da autonomia, nomeadamente nas fases finais do tratamento (também Meltzer, 1967, defende uma progressiva diminuição interpretativa ao longo do tratamento psicanalítico), uma vez que o seu fito é não só essa promoção de autonomia, mas também esse impulso para a integração. Por fim, não é demais lembrar que o tratamento da C.T. ainda que possa ter paralelismos com um Processo Psicanalítico, não é efectivamente uma psicanálise: na C.T., o primeiro momento terapêutico é o de uma reeducação comportamental, uma contenção física e psicológica extremamente forte e, em certa medida, autoritária, faceta que não está, não pode, não deve nunca estar presente numa psicanálise. Este é um facto que é necessário reter, nomeadamente quando, de seguida, descrever as fases do tratamento da C.T. de forma mais pormenorizada.

Viver na C.T., com várias pessoas, implica a necessidade de lidar com a proximidade e a distância; implica também o aprender a regular esse jogo de aproximação do outro e de afastamento, movimento que Meltzer (1967) descreve como de Clarificação Geográfica: uma clarificação do interno e do externo, uma segurança corporal e de identidade.

Na C.T. procura-se que o jovem adquira uma mudança pessoal e de estilo de vida. A aquisição desse objectivo passa pela aquisição de outros mais específicos: a nível comportamental, passa por interromper padrões de comportamento destrutivos e pela responsabilização do residente pelo seu próprio comportamento; a nível emocional-afectivo, passa por uma mudança do isolamento afectivo e do agir dos sentimentos e emoções ao desenvolvimento do interesse pelo outro, à partilha e à (re)aprendizagem da expressão emocional; a nível cognitivo, passa pelo aumento do auto-conhecimento e da capacidade elaborativa, conduzindo à possibilidade de retomar o processo de construção/reconstrução da identidade.

### **A Entrada na C.T.**

A admissão na C.T. implica uma desintoxicação física. O futuro residente tem de elaborar uma carta dirigida à equipa técnica da C.T. pedindo a sua admissão: tem que explicar as suas motivações para o tratamento e dar a conhecer a sua história de vida. A aceitação do novo residente conduz de imediato à sua integração nas actividades da casa e no grupo. Existe um período de habituação, no qual o residente não poderá, nos primeiros 15 dias, andar

sozinho pela casa. É-lhe atribuído um padrinho/madrinha, que é um residente mais velho (em tempo de tratamento, e não tempo biológico), e é alguém que protege e ensina, dá conselhos e suporte. Primeiro existe uma extrema dependência, que vai avançando para uma progressiva autonomia.

O programa terapêutico tem um mínimo de 13 meses. Está dividido em 4 fases, diferenciadas por uma progressiva responsabilização, autonomia e aumento de aberturas ao exterior. Inclui técnicas e abordagens terapêuticas diversas, no âmbito da dinâmica de grupos. Passarei agora a descrever as 4 fases do tratamento (Campos, A.M., 1982; De Leon, G., 1995; Prata, I., 1993; Prata, I. & Manso, L., 1997; Sanches, M., 1993).

### **1ª Fase – Renascer**

Duração mínima de 4 meses. A entrada na fase, e no programa terapêutico propriamente dito, implica um corte com o exterior, o que leva a um maior envolvimento entre o residente e a comunidade. O residente entrega-se, procurando uma mudança de actividades e relações. Está nesta fase de forma passiva, essencialmente pela observação.

O objectivo desta fase é a tomada de consciência das suas dificuldades e das razões que o levaram à toxicodependência. Pretende-se que mostre como é na realidade e que aprenda a ser ele mesmo. Nesta fase o residente não pode possuir objectos pessoais, fazer telefonemas, escrever ou receber cartas, ter visitas, sair da C.T. sozinho, permanecer no quarto, passar para o Hall da porta da rua. Após 3 meses na C.T., o jovem inicia os contactos com a família, através de sessões de família, que se mantêm durante o seu internamento na C.T.

Para passar de fase, o residente realiza o seu pedido por escrito, dirigido à equipa técnica. O pedido tem de ser fundamentado, o residente aponta a sua motivação e as razões por que se considera apto a aceder à fase seguinte. Se o pedido é aceite, é marcada uma reunião para a apresentação do pedido à restante comunidade. O grupo de residentes da fase a que se destina a passagem emite um parecer por escrito, onde ditam a aceitação ou não do pedido. A opinião final é, no entanto, dada pela equipa técnica. Se a passagem de fase é negada, a equipa técnica e o grupo expõem as razões, sugerindo pontos que faltam ser trabalhados. Se a passagem é autorizada, o grupo realiza uma reunião com o novo elemento, onde é comunicada a passagem, onde é sugerido um trabalho pessoal em determinados pontos, bem como comportamentos a realizar. Este é um movimento semelhante em todas as passagens de fase.

Esta é a fase inicial do programa terapêutico, e é uma fase construída para a dependência do sujeito. É um corte radical com a sua vida, tendo por objectivo instaurar uma

relação do utente com a C.T., uma relação de transferência, naturalmente, com todos os pressupostos inerentes à transferência que descrevi no Processo Psicanalítico: o acolhimento no setting, a instauração de um tempo terapêutico, assente nas rotinas que se instalam. O corte com o exterior funciona também como uma medida de contenção do sujeito; o padrinho/madrinha, primeiro, mas também os restantes utentes e a C.T. no geral, funcionam como um modelo de comportamento, ditam uma postura face ao tratamento que o utente deve interiorizar. Mas o corte com o exterior funciona também como o início da Clarificação Geográfica, com o delinear do interior seguro e do exterior ainda demasiado assustador para ser abordado a solo.

Os grandes movimentos desta primeira fase têm uma correspondência bastante clara com as duas primeiras fases do Processo Psicanalítico: a Reunião de Transferência e a Clarificação da Noção Geográfica. De facto, esta primeira fase do tratamento é definida por esse movimento inicial de instauração de uma relação de transferência e pela separação com o exterior, primeiro passo para a clarificação geográfica essencial para a construção de um sentido identitário. A diferença óbvia entre o tratamento da C.T. e o Processo Psicanalítico, revelado por esta fase, é que na C.T. tudo tem que ocorrer de forma rápida e sob pressão do grupo, ao passo que no Processo Psicanalítico a consolidação geográfica é uma construção muito mais progressiva, feita de avanços e recuos, de uma progressiva integração feita em conjunto com esse crescimento interno que dá origem à personalidade adulta.

## **2ª Fase – Reencontrar-se**

Duração mínima de 3 meses. Contacto progressivo com o exterior. A evolução pessoal e no grupo é tomada em conta. O residente é confrontado com uma maior responsabilidade perante a comunidade e com novos deveres, como sejam os de coordenar um sector ou apadrinhar um residente.

O residente adquire também novos direitos, como possuir alguns objectos pessoais, receber/fazer dois telefonemas semanais (registados e realizados na presença do padrinho), poder sair ao fim de semana, acompanhado por um residente mais velho, e poder levar dinheiro nas saídas.

Esta fase intitula-se de Reencontrar-se e é esse o movimento geral da fase, uma redescoberta de si, à qual está inerente também uma redescoberta do outro, um processo de Clarificação Geográfica presente em todo o tratamento mas aqui visível de forma marcada. O passo desenvolvimental essencial é o contacto progressivo, e de forma o mais segura possível, com o exterior, um processo de acolhimento e de contenção das ansiedades. Os primeiros

passos de um assumir de responsabilidades são dados, assumindo o utente alguns deveres, fase inicial de um crescimento mental e de uma maturação a desenvolver.

Comparativamente com o Processo Psicanalítico, esta fase tem uma correspondência marcada com a fase de Clarificação da Noção Geográfica, como referi acima, manifesta no contacto progressivo com o exterior e na aprendizagem da doseação desse contacto e da melhor forma de com ele lidar. Ao mesmo tempo, existe já uma tentativa de promoção do crescimento interno, pela atribuição de responsabilidades, num movimento que podemos equiparar à Clarificação da Genitalidade do Processo Psicanalítico. A diferença óbvia é que este movimento no tratamento da C.T. é uma imposição terapêutica, para a qual o utente pode não estar preparado mas que não pode recusar, ao passo que no Processo Psicanalítico o crescimento é um ganho terapêutico que o paciente conquista após um processo de crescimento que ele reconhece e aceita.

### **3ª Fase – Responsabilizar-se**

Duração mínima de dois meses. Continuação e aprofundamento da reflexão pessoal, aumento da responsabilidade e autonomia em relação a si próprio e ao grupo de residentes, mais oportunidades de saídas ao exterior, previamente programadas.

Um dos objectivos é o procurar de novos interesses e relações, o investimento afectivo, para preencher o “vazio” que o conduziu à toxicoddependência. Para este objectivo, existe um incentivo do jovem para que procure uma modalidade de ocupação dos seus tempos livres (desportiva, cultural, ecológica, literária, artística, etc.). Para isto, conta com mais uma saída semanal e de fim-de-semana.

Na fase do Responsabilizar-se, o processo fundamental tem mesmo de ser o crescimento mental, assente na responsabilidade e na autonomia, mas também num contacto mais livre com o exterior; o exterior, é de notar, não já um espaço assustador, mas antes um espaço onde se podem criar interesses e do qual podemos tirar prazer. Estamos a descrever a construção de uma personalidade adulta, e o modo como é descrita é equiparável à descrição de Meltzer (1967). Começa-se também a esboçar a separação do utente em relação à C.T., por este construir de novas relações e interesses fora da C.T. e não relacionados com o tratamento. Ainda que este possa ser um movimento importante, não atingirá, naturalmente a riqueza do momento semelhante de autonomia que ocorre no Processo Psicanalítico, uma vez que no Processo todo o tratamento decorre “em liberdade”, sendo portanto experimentado num continuo e não como imposição terapêutica.

### **4ª Fase – Recomeçar**

Duração mínima de quatro meses. Preparação da saída da C.T., continuando a existir, no entanto, por parte do residente, um investimento no grupo e na casa. Existe uma alteração na rotina diária, devido à participação em actividades fora da C.T., mas a presença e participação nos grupos terapêuticos deve ser feita sempre que possível.

O residente deve elaborar um projecto de vida pessoal e profissional que será apresentado à equipa técnica e discutido com esta. O projecto é iniciado ainda dentro do período de internamento. Por este facto, o residente adquire maior flexibilidade de horário, maior flexibilidade no uso do telefone.

A festa de alta ocorre no dia em que o residente tem alta clínica. É um símbolo de vitória e conquista de uma nova forma de viver. Simboliza o início de uma nova vida, mais autónoma, responsável e livre. Mas representa também a perda de uma rotina diária vivida intensamente ao longo de mais ou menos um ano e que fornece sentimentos de protecção.

É a fase final do tratamento, e é uma fase que marca uma postura ética da terapia face ao sujeito: existe uma preparação atempada e cuidada da saída; existe uma separação progressiva do utente, com movimentos de regresso e afastamento, num experimentar securizante da capacidade de estar só. Falo numa postura ética porque é o sujeito quem elabora um projecto de vida, é o sujeito que define o que vai ser de si. Tal como no Processo Psicanalítico, não existe um caminho correcto a seguir, existe um jogo de opções, decisões e responsabilidade pelo percurso escolhido.

Podemos talvez dizer que esta fase do tratamento é equiparável ao Limiar da Posição Depressiva e ao Para Lá da Posição Depressiva do Processo Psicanalítico. A equiparação na prática não é tão imediata, uma vez que este é um momento bastante inquietante no tratamento da C.T., sentido por vezes de forma angustiada, ao passo que no Processo Psicanalítico surge como uma conquista extraordinária. Ainda assim, talvez possamos considerar este facto com uma consequência inevitável de um tratamento necessariamente datado e que exige uma rapidez por vezes não condizente com as necessidades reais dos utentes.

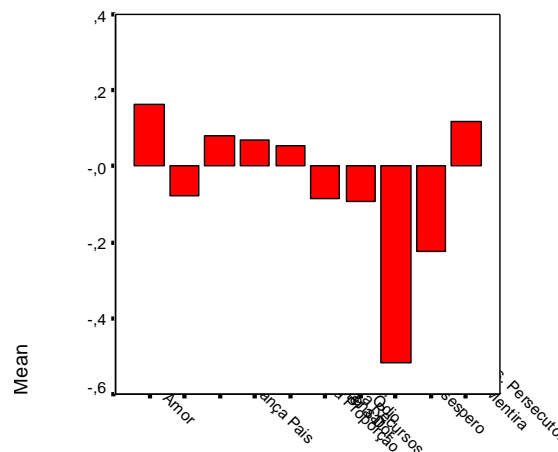
Não existe, nem podia existir, uma extrapolação clara do Processo Psicanalítico no programa terapêutico da C.T., uma vez que o Processo Psicanalítico não é, nem pretende ser, um guia terapêutico explícito de como deve correr uma análise ou uma terapia. O Processo Psicanalítico é uma construção para o analista usar, para o analista se situar na análise. Permite-lhe posicionar-se face ao seu paciente, aperceber-se dos movimentos de progressão ou de regressão que este manifesta nas diferentes alturas do seu tratamento. Podemos, no

entanto, reconhecer no programa terapêutico da C.T. que estão presentes os movimentos essenciais do Processo Psicanalítico, nomeadamente o acolher e conter do paciente numa relação transferencial, a contenção das suas ansiedades pela clarificação do seu mundo interno e pela regulação da sua relação com o mundo externo, a crescente responsabilização do paciente e o seu movimento para a autonomia, dando conta de uma maior maturidade e da construção de uma personalidade adulta, a crescente capacidade de estar só, de se saber separado do outro, de o manter, ainda assim, dentro de si. E o movimento essencial da separação com a análise, assente nas opções pessoais tomadas e assumidas, assentes numa abertura para o mundo, uma abertura de caminhos, de possibilidades. Assumindo-se, portanto, também o programa terapêutico da C.T. como um programa ético, de forma semelhante ao Processo Psicanalítico.

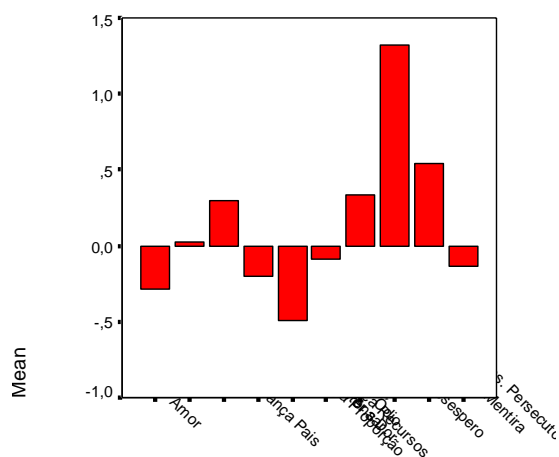
## 4.2 - Resultados Estatísticos

Vou-me debruçar agora sobre os resultados estatísticos obtidos na Monografia (Tereso, 2003/2004), nomeadamente os resultados obtidos com a População sem Patologia (como forma de comparação, um olhar sobre o para onde o tratamento deve caminhar), os toxicodependentes em consumos e os toxicodependentes em tratamento. Podemos ver abaixo os referidos gráficos.

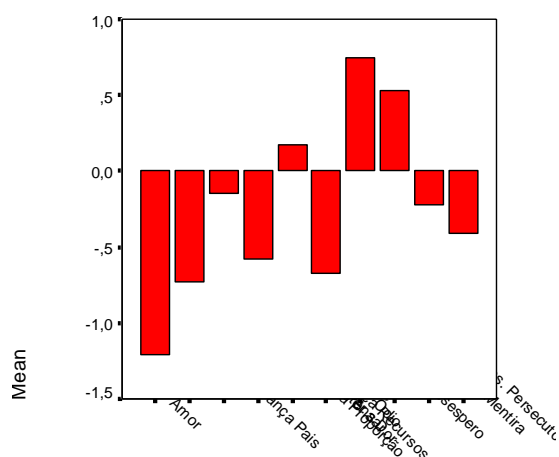
Gráfico 1 - População sem Patologia



**Gráfico 2 - Toxicodependentes em Consumos**



**Gráfico 3 - Toxicodependentes em Tratamento**



Na discussão dos resultados vou deixar de lado a Função Mentira, uma vez que foi uma escala que originou resultados difíceis de explicar (teve valores positivos na população sem patologia e valores negativos nas populações com patologia, exactamente o contrario do que seria de esperar), precisando portanto de um posterior desenvolvimento para poder ser analisada com uma maior confiança.

No gráfico da População sem Patologia podemos claramente ver a obtenção de valores positivos para todas as funções introjectivas (características do nível emocional adulto), com duas excepções, a função que intitulei Esperança relacionada com o Casal Parental, podendo dar conta de uma separação saudável, ou desidealização do par parental, essencial ao viver autónomo; e com excepção também da função introjectiva Pensar, o que pode ser visto como uma surpresa, levando a supor que na População sem Patologia a forma de relação é marcada pelo afecto da Função Gerar Amor, e não pelo processo mais rígido da Função Pensar. Em

relação à Função Pensar, podemos avançar com algumas tentativas explicativas do valor aparentemente anormal obtido. Desde logo, uma possibilidade que tem necessariamente que ser levantada é a de a escala psicométrica não avaliar efectivamente o que pretendia medir; há ainda a possibilidade de ser um resultado efectivo, levando então a implicações na teoria: será que a população sem patologia não precisa de uma Função Pensar estruturada de forma tão rígida? Será que as pessoas bem estruturadas psicologicamente não precisam do pensamento tal como descrito? Será que a Função Pensar tal como descrita aponta mais para um Pensar ruminativo, justificando os valores positivos que esta Função obtém nas escalas aplicadas em sujeitos com Anorexia, nas aplicadas na Pedopsiquiatria, nos Maníaco-depressivos e nas Tentativas de Suicídio? É, de qualquer forma, uma escala que deverá ser futuramente trabalhada de forma mais exaustiva, de forma a determinar a sua melhor clarificação. As funções projectivas (mais primitivas, de expulsão e projecção nos outros) obtêm valores negativos, com especial relevo para o Desespero e a Ansiedade Persecutória, funções mais ameaçadoras da estabilidade do sujeito.

Por sua vez, os toxicodependentes em consumo revelam valores bastante altos exactamente nestas funções de Desespero e da Ansiedade Persecutória, o que junto com o valor também elevado da Função Promulgar o Ódio, dá conta da relação persecutória que esta população mantém com a sociedade. As funções introjectivas têm valores negativos, com especial relevância para a Função Conter a Dor, dando conta verdadeiramente da incapacidade de lidar com a frustração e a tristeza. São surpreendentes os valores positivos das Funções Esperança relacionada com o Casal Parental e com um Sentido de Proporção, justificáveis talvez pela idealização e pela esperança algo desproporcionada, senão mesmo maníaca.

Por fim, os toxicodependentes em tratamento mostram já uma Ansiedade Persecutória mais controlada, tendo no entanto valores positivos fortes nas funções Ódio e Desespero. O Ódio está relacionado com um ataque ao vínculo, implicando, portanto, e desde logo, uma relação. A predominância desta Função Ódio foi por mim interpretada já como consequência do tratamento, uma vez que se dá nas fases que responderam ao questionário um aprofundamento do relacionamento com a família, assentando no questionamento da sua disfuncionalidade, ao mesmo tempo que o tratamento empurra o utente para a autonomia e para a separação. As funções introjectivas têm valores negativos fortes, dando conta ainda da tempestade emocional que o tratamento origina, nomeadamente nesta fase de confronto do utente com a desadequação emocional dos pais e o medo perante a autonomia que se aproxima. O valor positivo da Função Conter a Dor parece indicar o desenvolvimento de

alguns apetrechos de contenção necessários para experimentar as emoções (nomeadamente o ódio), sem que isso seja demasiado desorganizador. É já um ganho considerável do trabalho terapêutico.

Podemos, portanto, ver que existem diferenças nos resultados obtidos nas duas populações diferentes de toxicodependentes. Essas diferenças, em termos mais resumidos, revelam-se, como se viu nos gráficos obtidos, numa população de toxicodependentes em tratamento com menos ansiedade persecutória, com menos esperança, com mais ódio e, acima de tudo, com uma maior capacidade de modulação da dor depressiva. Em que medida essas diferenças são devidas ao tratamento terapêutico, é algo que pode ser polémico; eu defendo que as diferenças obtidas dão conta já do trabalho que a C.T. proporciona, nomeadamente da sua experiência enquanto espaço contendor que possibilitou a criação de alguma capacidade de contenção no utente, possibilitando-o questionar os vínculos que o marcavam de forma decisiva; possibilitando também a C.T. um trabalhar do sentimento persecutório, sempre tão definidor desta população, o que permitirá certamente também um progresso terapêutico.

## **Conclusão**

O modelo do Processo Psicanalítico descrito por Meltzer (1967) mantém, ainda, um potencial extraordinário, como “arma” para o analista na regulação da sua relação com o paciente, como forma de elucidação do que se passa na análise, de elucidação de possíveis movimentos progressivos ou regressivos que possam estar a ocorrer fora da consciência do analista.

Mas é um modelo que tem, também, alguns pontos a necessitarem de ser trabalhados. É necessário, desde logo, fazer uma actualização em termos de teoria, em termos conceptuais, uma vez que é um texto já com 40 anos, uma vez que o próprio Meltzer, na sua obra posterior, reformulou ou afinou conceitos presentes no texto em questão. Procurei fazer essa reformulação, tentando ao mesmo tempo manter-me o mais fiel possível ao corpo do texto de Meltzer (1967), de forma a manter a sua riqueza conceptual. Outro ponto que caracteriza o Processo Psicanalítico que Meltzer (1967) descreveu e que pode também levantar barreiras à sua plena aceitação como conceito psicanalítico alargado é o facto de estar repleto da teoria pessoal do autor, dificultando de alguma forma o seu uso alargado, restringindo o modelo a autores que se assumam como meltzerianos ou, no máximo, como kleinianos. Procurei, então, “despir” um pouco o texto dessa carga teórica que, em certa medida, o saturava; procurei tornar o texto mais universal pela sua simplificação, tornando-o o mais possível um modelo

insaturado, tentando que fosse um modelo simples mas não um modelo simplista ou simplório. Entendi que poderia deixar cair certos conceitos de Meltzer (1967), como o de Identificação Projectiva Massiva ou mesmo o de Seio-latrina (ainda assim, descrevi os conceitos no 1º capítulo, disponibilizando-os para quem os queira acolher), mantendo, no entanto, e naturalmente, porque se trata de um modelo psicanalítico, conceitos de base da psicanálise, como os de projecção, introjecção ou clivagem, por exemplo, conceitos que lhe dão uma consistência psicanalítica, que o definem essencialmente como um modelo psicanalítico.

O uso de conceitos como os de bom objecto ou mau objecto, a delineação do modelo em fases culminando num estado final, pode indicar uma postura ética/avaliativa do modelo, o que poderia ser um ponto de desgaste do modelo, tornando-o incómodo ou, de alguma forma, desajustado. Procurei, então, olhar o modelo de um ponto de vista ético, escrutinando-o de acordo com os princípios enunciados no 2º capítulo desta tese. Entendi que o modelo não é, de todo, um modelo ético/avaliativo, ainda que conceda que em certos pontos possam surgir dúvidas. Procurei, então, na reescrita do modelo do Processo Psicanalítico que intentei no 3º capítulo, reescrever o modelo de uma forma o mais ético/não-avaliativa possível. Fi-lo acentuando o papel da integração da pessoa, do assumir das responsabilidades por parte do paciente, do impulso para a sua autonomia e do multiplicar de possibilidades, símbolo de uma vida mais plena e livre, originando ainda assim ansiedades por, face às múltiplas opções, ter que se escolher uma e arcar com as consequências, assumindo também essa ansiedade como a ansiedade natural de estar vivo. Este ponto, da ética dos modelos psicanalíticos, assume-se como um ponto essencial, devendo merecer um cuidado especial na delineação de qualquer modelo.

O Processo Psicanalítico é, acima de tudo, uma postura terapêutica conducente, propiciadora, da mudança terapêutica. Como tal, não é somente um apetrecho do analista na sessão, é também um “esqueleto” de suporte para qualquer instituição terapêutica, como tentei demonstrar no 4º capítulo. Também uma instituição consegue ser construída, teoricamente, à volta da ideia da transmissão de uma atitude e da progressiva autonomização, também uma instituição pode ser suficientemente ética para, ainda que assente na pressão/coerção dos indivíduos uns sobre os outros, manter uma liberdade de escolha no caminho terapêutico a seguir que permita ao utente ser verdadeiramente livre de escolher ser quem quer ser. No 4º capítulo, *Um Processo Psicanalítico em Acção*, dei conta que na minha tese de monografia (Tereso, L., 2004) construí um instrumento psicométrico; esse mesmo instrumento pode vir a servir, eventualmente, para avaliar a progressão do processo psicanalítico, nomeadamente

numa perspectiva de funções introjectivas e projectivas, salvaguardando o facto de ser um instrumento que precisa ainda de ser afinado e que está, naturalmente, sujeito a ser abandonado em favor de um outro que se revele mais adequado.

Naturalmente que a reescrita que efectuei ao Processo Psicanalítico de Meltzer (1967) é apenas uma das tentativas possíveis de definição do conceito. E não é, de todo, uma obra fechada. Está, sempre e necessariamente, aberta à crítica, ao afinamento e reescrita, ao apagar e juntar de ideias; outros psicólogos podem pegar no assunto de forma diferente, não assentes sobre Meltzer (1967), influenciados por um qualquer outro autor. O Processo Psicanalítico, enquanto conceito psicanalítico alargado, de certa forma enquanto amálgama de conceitos psicanalíticos, ou, como eu referi anteriormente, enquanto conceito psicanalítico composto, está aberto a todas as abordagens que possamos imaginar. Julgo, no entanto, que a minha abordagem tem pelo menos o mérito de ter seguido certos preceitos éticos e técnicos fundamentais, podendo, como tal, ser um instrumento de alguma utilidade para a reflexão acerca da postura do analista na análise, da justeza dessa postura, de como essa postura pode ajudar a propiciar um espaço para o paciente conduzir a sua própria mudança psíquica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abend, S. (1990). *The Psychoanalytic Process: Motives and Obstacles in the Search for Clarification*. *Psychoanalytic Quarterly*, 59: 532-549.

Abend, S. (2001). *Expanding Psychological Possibilities*. *Psychoanalytic Quarterly*, 70: 3-14.

Abrams, S. (1987). *The Psychoanalytic Process: a Schematic Model*. *International Journal of Psychoanalysis*, 68: 441-452.

Abrams, S. (1990). *The Psychoanalytic Process: the Developmental and the Integrative*. *Psychoanalytic Quarterly*, 59: 650-677.

Andrade, V. (1980). *A Ética na Psicanálise*. *Boletim Científico da SPRJ*, pp. 40-43.

Azevedo, A. Andrade de (1994). *Validation of the Psychoanalytic Clinical Process: the Role of Dreams*. *International Journal of Psychoanalysis*, 75: 1181-1192.

Bergmann, M. (2001). *Life Goals and Psychoanalytic Goals From a Historical Perspective*. *Psychoanalytic Quarterly*, 70: 15-34.

Bezoari, M., Ferro, A. & Politi, P. (1994). *Listening, Interpreting and Psychic Change in the Analytic Dialogue*. *International Forum of Psychoanalysis*, 3: 35-41.

Bion, W.R. (1961). *Experiences in Groups*. Bristol: Tavistock Publications.

Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. Londres: Karnac Books.

Bion, W.R. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. Londres: Karnac Books.

Bion, W.R. (1967). *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

Blass, R. (2001). *On the Ethical and Evaluative Nature of Developmental Models in Psychoanalysis*. *Psychoanalytic Study of the Child*, 56: 193-218.

Blass, R. (2003a). *On Ethical Issues at the Foundation of the Debate Over the Goals of Psychoanalysis*. *International Journal of Psychoanalysis*, 84: 929-943.

Blass, R. (2003b). *On the Question of the Patient's Right to Tell and the Ethical Reality of Psychoanalysis*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51: 1283-1304.

Blass, R. & Simon, B. (1994). *The Value of the Historical Perspective to Contemporary Psychoanalysis: Freud's 'seduction Hypothesis'*. *International Journal of Psychoanalysis*, 75: 677-694.

Boesky, D. (1990). *The Psychoanalytic Process and Its Components*. *Psychoanalytic Quarterly*, 59: 550-584.

Borges, J.L. (1944). *Ficções*. In *Obras Completas 1923-1949*, 1º volume. Lisboa: Editorial Teorema.

- Borges, J.L. (1979). *Borges Oral*. Lisboa: Veja Limitada.
- Brusset, B. (2004). *Le Débat Avec Owen Renik*. Revue Française de Psychanalyse.
- Campos, A.M. (1982). A Experiência de uma Comunidade Terapêutica de Toxicodependentes. *Psicologia III*, 3 e 4. 141-150.
- Caper, R. (2001). *The Goals of Clinical Psychoanalysis : Notes on Interpretation and Psychological Development*. *Psychoanalytic Quarterly*, 70: 99-116.
- Cassese, S. (2002). *Introduction to the Work of Donald Meltzer*. Londres: Karnac Books.
- Cavell, M. (1998). *In Response to Owen Renik's "The Analyst's Subjectivity and the Analyst's Objectivity"*. *International Journal of Psychoanalysis*, 79: 1195-1202.
- Clément, E.; Demonque, C.; Hansen-Love, L. & Kahn, P. (1994). *Dicionário Prático de Filosofia*. Lisboa : Terramar.
- De Leon, George (1995). Therapeutic Communities for Addictions: A Theoretical Framework. *The International Journal of the Addictions*, 30(12), 1603-1645.
- Dias, C.A. (1983). *Espaço e Relação Terapêutica*. Coimbra: Coimbra Editora, Limitada.
- Dias, C.A. (1995). *(A) Re-Pensar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dias, C.A. (1999). *O Negativo ou o Retorno a Freud*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda.
- Dias, C.A. (2003). *Modelos de Interpretação em Psicanálise*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Dias, C.A. & Fleming, M. (1998). *A Psicanálise em Tempo de Mudança – Contribuições Teóricas a Partir de Bion*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2003).
- Dreher, A.U. (2000). *Foundations for Conceptual Research in Psychoanalysis*. Londres: Karnac Books.
- Eagle, M., Wolitzky, D. & Wakefield, J. (2001). *The Analyst's Knowledge and Authority: a Critique of the "New View" in Psychoanalysis*, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49: 457-488.
- Ferro, A. (1995). *A Técnica na Psicanálise Infantil*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Ferro, A. (1998). *Na Sala de Análise – Emoções, Relatos, Transformações*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Ferro, A. (2002). *Superego Transformations Through the Analyst's Capacity for Reverie*. *Psychoanalytic Quarterly*, 71: 477-501.

- Fleming, M. (2004). *Sobre a Intersubjectividade*. Texto da Internet.
- Freud, S. (1900). *A Interpretação dos Sonhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. VII, pp.123-245.
- Freud, S. (1912). *The Dynamics of Transference*. The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. XII, pp.97-108.
- Freud, S. (1920). *Beyond the Pleasure Principle*. The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol.XVIII, pp.1-64.
- Freud, S. (1921). *Group Psychology and the Analysis of the Ego*. The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. XVIII, pp.65-144.
- Freud, S. (1923). *O Ego e o Id*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. XX, pp.75-178.
- Freud, S. (1930). *Civilization and its Discontents*. The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. XXI, pp.57-146.
- Freud, S. (1937). *Constructions in Analysis*. The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. XXIII, pp.255-270.
- Gabbard, G. (2001). *Overview and Commentary*. *Psychoanalytic Quarterly*, 70: 287-296.
- Gabbard, G. & Westen, D. (2003). *Rethinking Therapeutic Action*. *International Journal of Psychoanalysis*, 84: 823-841.
- Greenberg, J. (2001). *Thinking, Talking, Playing: the Peculiar Goals of Psychoanalysis*. *Psychoanalytic Quarterly*, 70: 131-148.
- Grinberg, L., Langer, M., Liberman, D. & De Rodrigué, G. (1967). *The Psychoanalytic Process*. *International Journal of Psycho-analysis*, 48 : 496-503.
- Grotstein, J. (1981). *A Divisão e a Identificação Projectiva*. Rio de Janeiro : Imago Editora.
- Heimann, P. (1950). *On Counter-transference*. *International Journal of Psychoanalysis*, 31: 81-84.
- Hinshelwood, R.D. (1991). *Dicionário do Pensamento Kleiniano*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, Ltda.
- Hinshelwood, R.D. (1997a). *The Elusive Concept of "Internal Objects" (194-1943). Its Role in the Formation of the Klein Group*. *International Journal of Psychoanalysis*, 78: 877-896.

- Hinshelwood, R.D. (1997b). *Therapy or Coercion? Does Psychoanalysis Differ From Brainwashing?* Londres: Karnac Books.
- Hinshelwood, R.D. (1999). *Countertransference*. *International Journal of Psychoanalysis*, 80: 797-818.
- Hinshelwood, R.D. *Countertransference and the Therapeutic Relationship – Recent Kleinian Developments in Technique*. Texto da Internet.
- Holmes, J. (1998). *The Changing Aims of Psychoanalytic Psychotherapy: an Integrative Perspective*. *International Journal of Psychoanalysis*, 79: 227-240.
- Kernberg, O. (1993). *Convergences and Divergences in Contemporary Psychoanalytic Technique*. *International Journal of Psychoanalysis*, 74: 659-673.
- Kernberg, O. (1996). *The Analyst's Authority in the Psychoanalytic Situation*. *Psychoanalytic Quarterly*, 65: 137-157.
- Kirshner, L. (1999). *Toward a Postmodern Realism for Psychoanalysis*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47: 445-463.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. In Klein, M. (1975). *Envy and Gratitude and Other Works*. Londres: The Hogarth Press.
- Klein, M. (1955). On Identification. In Klein, M. (1975). *Envy and Gratitude and Other Works*. Londres: The Hogarth Press.
- Klein, M. (1975). *Narrative of a Child Analysis*. Londres: The Hogarth Press.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1967). *Vocabulário da Psicanálise*. Lisboa: Editorial Presença.
- Legrand, G. (1983). *Dicionário de Filosofia*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Longman Dictionary of English Language and Culture (1992).
- Loparic, Z. (1996). *Ética Neo-Pragmática e Psicanálise*. *Revista de Psicanálise*, vol. III, nº3, pp. 445-459.
- López-Corvo, R. (2003). *The Dictionary of the Work of W.R. Bion*. Londres: Karnac Books.
- Machado, J. P. (1952). *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. Lisboa: Livros Horizonte, Lda.
- Mancia, M. & Meltzer, D. (1981). *Ego Ideal Functions and the Psychoanalytical Process*. *International Journal of Psychoanalysis*, 62: 243-249.
- Manhães, M. (?). *Ética*. *Boletim Científico da SPRJ*, pp. 7-14.
- McDougall, J. (1974). *The Psychosoma and the Psychoanalytic Process*. *International Review of Psychoanalysis*, 1: 437-459.

Meltzer, D. (1965). Return to the Imperative: An Ethical Implication of Psychoanalytic Findings. In Meltzer, D. (1994). *Sincerity and Other Works* (pp. 142-151). Londres: Karnac Books.

Meltzer, D. (1967) *The Psycho-analytical Process*. Perthshire: The Clunie Press.

Meltzer, D. (1973). *Sexual States of Mind*. Perthshire: The Clunie Press.

Meltzer, D. (1975). *Explorations in Autism*. Perthshire: The Clunie Press.

Meltzer, D. & Harris, M. (1976). A psychoanalytic Model of the Child-in-the-family-in-the-community. In Meltzer, D. (1994). *Sincerity and Other Works* (pp. 387-454). Londres: Karnac Books.

Meltzer, D. (1986). The Psycho-analytical Process: Twenty Years On, the Setting of the Analytic Encounter and the Gathering of the Transference. In Meltzer, D. (1994). *Sincerity and Other Works* (pp. 551-556). Londres: Karnac Books.

Meltzer, D. (1988). *The Apprehension of Beauty*. Perthshire: The Clunie Press.

Meltzer, D. (1994). *Sincerity and Other Works*. Londres: Karnac Books.

Meltzer, D. (1998). *The Kleinian Development*. Londres: Karnac Books.

Meltzer, D. (1992). *The Claustrium – An Investigation of Claustrophobic Phenomena*. Perthshire: The Clunie Press.

Mitchell, S. (1998). *The Analyst's Knowledge and Authority*. *Psychoanalytic Quarterly*, 67: 1-31.

Mitchell, S. (2000). *Response to Silverman*. *Psychoanalytic Psychology*, 17: 153-159.

Money-Kyrle, R. (1956). *Normal Counter-transference and Some of its Deviations*. *International Journal of Psychoanalysis*, 37.

Mora, J. F. (1974). *Dicionário de Filosofia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, Lda.

The New Oxford Dictionary of English (1998).

Ornstein, P. (2004). *The Elusive Concept of the Psychoanalytic Process*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52: 15-41.

Portugal, A. & Prata, I. (1991). *Adolescência Interminável*. In *Actas de Psicologia Clínica 1990*. Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica. Pg. 121-128.

Potamianou, A. (2004). *Commentaires sur le Texte de Owen Renik*. *Revue Française de Psychanalyse*.

Prata, I. (1993). *Comunidade Terapêutica do Restelo – Quatro A nos Depois...* In *Colectânea de Textos II Congresso Internacional V Encontro das Taipas*. Pg. 112-114.

Prata, I. & Manso, L. (1997). Um Tempo Entre Dois Mundos: Contributo para a Reflexão Sobre as Perspectivas de Futuro das Comunidades Terapêuticas para Heroinómanos. *Toxicodependências*, nº3, 3-8.

Prata, I. (1999). Organização Narcísica e Destrutividade no Tratamento de Toxicodependentes em Comunidade Terapêutica. *Toxicodependências*, nº2, 43-48.

Racker, H. (1966). *Ethics and Psycho-Analysis and the Psycho-Analysis of Ethics*. *International Journal of Psychoanalysis*, 47: 63-80.

Renik, O. (1993). *Analytic Interaction: Conceptualizing Technique in Light of the Analyst's Irreducible Subjectivity*. *Psychoanalytic Quarterly*, 62: 553-571.

Renik, O. (1996). *The Perils of Neutrality*. *Psychoanalytic Quarterly*, 65: 495-517.

Renik, O. (1998). *The Analyst's Subjectivity and the Analyst's Objectivity*. *International Journal of Psychoanalysis*, 79: 487-497.

Renik, O. (2001). *The Patient's Experience of Therapeutic Benefit*. *Psychoanalytic Quarterly*, 70: 231-241.

Renik, O. (2002). *Defining the Goals of a Clinical Psychoanalysis*. *Psychoanalytic Quarterly*, 71: 117-123.

Renik, O. (2004a). *Intersubjectivity in Psychoanalysis*. *International Journal of Psychoanalysis*, 85: 1053-1056.

Renik, O. (2004b). *Reply to Eliabeth Spillius*. *International Journal of Psychoanalysis*, 85: 1061-1064.

Rocha, J.P. & Dias, C.A. (1979). Uma Comunidade Terapêutica para Dependentes: Fundamentos Teórico-práticos. *Revista Hospitalidade*, 281-291.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1997). *Dicionário de Psicanálise*. Mem Martins: Editorial Inquérito.

Sagawa, R. (2003). *A Ética da Honestidade: Freud e Nós*. *Ide*, nº37, pp. 20-28.

Sanches, M. (1993). *Pedido de Ajuda*. Texto cedido em fotocópias aos estagiários da C.T. do Restelo.

Segal, H. (1973). *Introdução à Obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

Silverman, D. (2000). *An Interrogation of the Relational Turn: a Discussion With Stephen Mitchell*. *Psychoanalytic Psychology*, 17: 146-152.

Smith, H. (1999). *Subjectivity and Objectivity in Analytic Listening*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47: 465-484.

Spillius, E. (2004). *Comments on Owen Renik*. International Journal of Psychoanalysis, 85: 1057-1061.

Steiner, J. (1996). *The Aim of Psychoanalysis in Theory and in Practice*. International Journal of Psychoanalysis, 77: 1073-1083.

Stern, D. (1989). *The Analyst's Unformulated Experience of the Patient*. Contemporary Psychoanalysis, 25: 1-33.

Stone, L. (1981). *Notes on the Noninterpretative Elements in the Psychoanalytic Situation and Process*. Journal of American Psychoanalytic Association, 29: 89-118.

Symington, J. & Symington, N. (1997). *O Pensamento Clínico de Wilfred Bion*. Lisboa: Climepsi Editores.

Tereso, L. (2004). *Funções Familiares – No Modelo Família-Comunidade de Donald Meltzer e Martha Harris* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ticho, E. (1972). *Termination of Psychoanalysis: Treatment Goals, Life Goals*. Psychoanalytic Quarterly, 41: 315-333.

Wallerstein, R. (1965). *The Goals of Psychoanalysis – A Survey of Analytic Viewpoints*. Journal of American Psychoanalytic Association, 13: 748-70.

Winnicott, D. (1967). *The Location of Cultural Experience*. International Journal of Psychoanalysis, 48: 368-372.

Zimerman, D. (2001). *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed Editora.

## ANEXO

A Monografia que efectuei para a conclusão da Licenciatura intitulava-se *Funções Familiares, No Modelo Família-Comunidade de Donald Meltzer e Martha Harris* (2003/2004). Foi, portanto, especificamente um trabalho sobre o Modelo Família-Comunidade que Meltzer e Harris (1976) desenvolveram, mais especificamente sobre as Funções Familiares Emocionais enunciadas pelos autores nesse modelo. E foi um trabalho que deu continuidade a uma série de outros trabalhos feitos no ISPA sobre o mesmo Modelo (nomeadamente: Castro, E., 1999 e Torres, N., 1996).

O objectivo era o de construir um questionário cuja aplicação desse informação acerca do funcionamento emocional de um sujeito e da forma como este representa, no seu mundo interno, a sua família e a comunidade em que está inserido. Para o conseguir, segui vários passos indispensáveis que passarei a enunciar.

O trabalho dividiu-se em duas grandes partes: uma parte teórica e uma parte prática. Na parte teórica, procedi à descrição do Modelo em questão; foi feita também uma reflexão acerca da família enquanto grupo e enquanto promulgador da emoção; foi ainda efectuada uma breve reflexão acerca da Análise de Conteúdo, a Fidelidade e a Validade do questionário.

Na parte prática, por outro lado, foi descrito o procedimento estatístico adoptado neste trabalho, assentando na definição do problema e das hipóteses, primeiro; depois, na descrição do processo de recolha e cotação das entrevistas, de construção do questionário e sua aplicação e contínua revisão, na forma de um primeiro pré-teste, um segundo pré-teste, até à obtenção do Questionário Final. Foi feita a análise estatística da aplicação desse mesmo Questionário, a verificação e discussão das hipóteses.

Este foi o conteúdo geral do trabalho de Monografia que efectuei em 2003/2004. Procurando não ser demasiado exaustivo, irei descrever em traços gerais o modelo Família-Comunidade e, por fim, as Funções Emocionais.

## ***O Modelo Família-Comunidade***

O modelo psicanalítico da “criança-na-família-na-comunidade” de Meltzer e Harris (1976) foi construído como uma representação gráfica do espaço de vida, pretendendo dar uma imagem da situação de vida do indivíduo, tanto na família como na comunidade. O modelo procura ver a estrutura total da personalidade, funcionando nos seus vários níveis, várias dimensões, seja na organização individual, na familiar ou na social, tentando definir as forças que medeiam o fluxo entre, e dentro, das várias dimensões, providenciando um meio de descrever os movimentos de crescimento ou de regressão.

Existem, então, seis dimensões: estrutural, genética, dinâmica, geográfica, económica e epistemológica. A dimensão estrutural tem a ver com o Self, com a estrutura do psiquismo, sendo descrita no modelo na forma do temperamento, de organização dos objectos internos, as organizações infantil e adulta, a organização familiar. A dimensão genética relaciona-se com as modificações estruturais, dinâmicas e económicas das experiências vitais. Está relacionada com a visão da personalidade como resultado do somatório das experiências de vida, ocorrendo uma descrição do tempo, da atemporalidade ao tempo linear. A dimensão dinâmica são os mecanismos para lidar com a dor, nomeadamente a modulação da dor, a sua modificação ou a evasão. A dimensão geográfica são os espaços onde as experiências ocorrem, tendo em conta sobretudo a geografia da fantasia, o local onde esta ocorre. O espaço vital do sujeito é visto como ocorrendo em quatro espaços diferentes delimitados pelos limites corporais, acrescentando ainda os autores um quinto espaço: o mundo externo, o mundo interno, o interior dos objectos internos e o interior dos objectos externos; e os sistemas delirantes da parte esquizofrénica. A dimensão económica são os princípios usados para lidar com a dor: a compulsão à repetição, o princípio do prazer-realidade e as posições esquizo-paranóide e depressiva. A dimensão epistemológica, por fim, relaciona-se com as categorias do aprender, que Meltzer (1976) divide em duas categorias: os conhecimentos dirigidos à compreensão do mundo e os dirigidos ao controlo do mundo. Outro ponto de realce é que o conhecimento deverá derivar do pensamento.

### ***As Funções Familiares***

O trabalho foi especificamente sobre as Funções Familiares. Meltzer e Harris (1976) descreveram oito funções familiares ou emocionais, divididas por dois grupos distintos: as funções emocionais introjectivas, com as funções Gerar Amor, Promover a Esperança, Conter a Dor Depressiva e Pensar; e as funções emocionais projectivas, com as funções Promulgar o Ódio, Favorecer o Desespero, Emanar Ansiedade Persecutória e Criar Mentiras e Confusão.

Qualquer destas oito funções pode ser implementada através de acções e comunicações, abertas ou encobertas, pela verdade ou pela mentira. A todo o momento, qualquer uma destas funções pode ser assumida pelo indivíduo ou ser-lhe imposta por outro membro do grupo familiar (ver Escalas originais nos anexos).

Antes de mais nada, e porque estamos a falar de Funções, o que é uma Função? De onde surgiu o termo Função? Bion foi buscar o termo à matemática. Referindo-se a ele (Bion, 1962), diz que existem factores na personalidade que se combinam para produzir entidades

estáveis; essas entidades são as Funções da personalidade. Ou seja, Função é o nome para a actividade mental própria para que um número de factores opere em conjunto.

Numa outra obra, já em 1963, Bion refere-se à Função como sendo uma variável em relação com outras variáveis de forma a poderem ser expressas. Na medida em que cada função tem uma função, o termo “Função” é usado como o nome para um conjunto de acções, físicas ou mentais, governadas ou dirigidas para um objectivo. A regra geral parece ser: uma vez que tem uma função, tem objectivos.

A qualidade de uma função depende da qualidade dos atributos ou factores de que é composta. É a combinação desses diferentes factores que conduz às diferenças individuais entre os sujeitos. No que se refere às Funções Emocionais enunciadas por Meltzer, estas seguem de perto o conceito original de Função tal como enunciado por Bion, na medida em que cada função emocional implica um número de factores a operar em conjunto, com uma função (seja esta a organização da vida emocional familiar ou a sua desorganização, a promoção do crescimento interno ou a sua paralisação). No fundo, inerente ao conceito de Meltzer de Função Emocional está o conhecimento emocional, ou a comunicação emocional, isto é, a transformação da experiência emocional dos sujeitos e da família.

### **Funções Emocionais Introjectivas**

Estas funções são características do funcionamento do casal parental, funcionando num nível emocional adulto. Se são desempenhadas de forma adequada, ajudam os membros da família a modular a dor mental, pelo pensamento e pela acção baseada no pensamento. Somente na presença destas funções se torna possível Aprender pela Experiência.

**Gerar Amor:** Quando o amor é gerado ou logra difundir-se na atmosfera social, seja por um indivíduo, através da sua relação com os seus objectos internos, ou por uma relação de casal, a segurança e a possibilidade de dependência são fomentadas. Mas a riqueza e generosidade podem evocar inveja. Este equilíbrio está dependente da capacidade da pessoa amante para permitir que os membros dependentes experimentem a dor mental causado pela sua situação de inferioridade, dando tempo e espaço antes de ajudar.

**Promover a Esperança:** O optimismo é a sua atitude de carácter. A conservação da esperança como qualidade do ambiente familiar depende da capacidade de que algum dos membros seja capaz de manter um sentido de proporção, tanto no sentido longitudinal como no sentido global. Um ambiente de esperança anima a aspiração e vontade de arriscar posições seguras exibindo vitalidade de recursos, estimulando deste modo a sede de conhecimentos e habilidades. A qualidade mais capaz de atrair os membros dependentes para

a identificação introjectiva é a esperança flexível de uma figura parental, dado que mostra coragem frente às consequências, mais do que frente ao perigo.

**Conter a Dor Depressiva:** Num grupo familiar é caracteristicamente uma função dos pais mas, com uma frequência surpreendente, encontramos-la desempenhada por uma das crianças, às vezes com a aparência externa de uma doença emocional. Dado que esta modulação dentro de limites toleráveis é uma condição prévia para a utilização da aprendizagem com a experiência, o seu fracasso tende a desencadear forças fragmentadoras dentro do grupo, ao circular a depressão persecutória e aumentar a irritabilidade.

**Pensar:** O membro que exhibe esta capacidade acumula rapidamente um significado transferencial, seja qual for a sua idade. A idoneidade para pensar em problemas complexos é normalmente capacidade das figuras parentais. Quando esta função está ausente, a família dependerá dos valores tradicionais dos modelos de comportamento ou procurará conselhos fora da sua estrutura.

### **Funções Emocionais Projectivas**

São emoções infantis, típicas de funcionamentos primitivos, de expulsão e projecção nos outros, usando mecanismos de defesa arcaicos. Representam formas de evitamento da dor mental, originando formas distorcidas de aprender. Se são dominantes no sujeito, particularmente nos membros adultos da família, podem atrasar, ou mesmo inverter, o desenvolvimento mental, fazendo com que o Aprender seja substituído por processos mentais de ataque do conhecimento.

**Promulgar o Ódio:** Consiste em atacar os vínculos existentes dentro do grupo através da manipulação dos sentimentos de frustração. Isto tende sempre a gerar uma pandilha. Estas pandilhas utilizam a ameaça e a sedução para ligar a sua organização interna. São predominantes as habilidades destrutivas sobre as construtivas.

**Favorecer o Desespero:** O pessimismo, nascido seja de uma sensação de rigidez inexpugnável do sistema, ou de forças destrutivas tenebrosas, envenena o ambiente do grupo familiar obrigando os seus membros a realizar operações de segurança.

**Emanar Ansiedade Persecutória:** Qualquer membro que tenha uma vivência de terror presente pode actuar como foco desta emoção, seja emanando a ansiedade ao ambiente ou projectando-a, aterrorizando os membros mais jovens ou mais débeis. A sensação de que existem forças catastróficas supra-parentais começa a fazer prevalecer um ambiente de pânico incipiente ou de perigos apocalípticos. A atmosfera de impotência paralisa as funções de aprendizagem com excepção das formas mais miméticas. A identificação adesiva com figuras

fora da família pode ver-se quando tais situações entram em contacto com os serviços comunitários.

**Criar Mentiras e Confusão:** Dado que a criação de mentiras e confusão parece desenvolver-se como um talento em crianças bastante pequenas, enquanto que o pensar é todavia algo que se apresenta em quantidades mínimas nos maiores, a organização familiar vê-se constantemente ameaçada pelo mentiroso que alberga no seu seio. A incerteza que verte no ambiente, facilmente se transforma em cinismo a respeito da verdade e envenena a qualidade da vida familiar. Isto exerce uma influência destrutiva no ímpeto para aprender, dado que a confabulação parece ser demasiado poderosa. Pode até fazer com que a desaprendizagem do que foi aprendido pareça um jogo.