

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



Contratransferência, Instrumento de Mudança

Nome do autor

António Sérgio Fernandes da Cunha

Número de aluno

15371

Tese submetida como requisito parcial da obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Professor Doutor Eduardo Sá, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do 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

Aos meus pais, agradeço a compreensão e apoio, perante as minhas dificuldades no processo de crescimento e de investimento na minha profissão.

Aos meus pacientes, agradeço a oportunidade de os pensar e sentir, mas também a surpresa de me ver reconhecido e transformado, neles e com eles.

À minha avó Mila, um beijo grato pela sua imensa ternura.

Ao Professor Doutor Eduardo Sá, por me sentir apoiado e mais forte com a sua orientação.

Ao Dr. José Barata, por me reconhecer e fortalecer na sua abordagem sensível e envolvida.

À Dra. Fátima Sequeira, pelo que já por nós passou e por aquilo que está a caminho.

Aos meus amigos, por viverem com alegria as minhas alegrias e pela partilha de tudo o resto.

RESUMO

O presente estudo aborda o fenómeno da contratransferência. Averigua-se da validade da contratransferência no processo clínico, em diferentes funções.

O conceito de contratransferência é abordado com recurso aos contributos de diversos autores para o desenvolvimento da Psicanálise. Alguns conceitos de Bion (1965) são utilizados na discussão do conceito de contratransferência, bem como dos seus diversos usos.

A utilização da contratransferência como instrumento de trabalho é abordada, a partir da ideia de que ela possa contribuir para o diagnóstico. Os critérios de escrutínio quanto à qualidade da contratransferência são também objecto da nossa atenção.

Além da função de diagnóstico, a utilidade da contratransferência será abordada em funções como a de promoção da transferência e da mudança no paciente.

O entendimento da contratransferência como uma transformação leva-nos a supor que o terapeuta é espaço e conteúdo de transformação.

Deste modo, torna-se urgente considerar a mudança catastrófica como condição essencial do terapeuta. Um terapeuta que transforma é, ele próprio, um homem que se transforma.

Palavras-chave:

Contratransferência;
Identificação Projectiva;
Contraidentificação Projectiva;
Transformação.

Abstract

The present study it approaches the phenomenon of countertransference. It is inquired of the validity of countertransference in the clinical process, in various functions.

We look at countertransference concept is made with regard to the contributions of diverse authors for the development of the Psychoanalysis. Some concepts of Bion (1965) are used in the discussion of the countertransference concept, as well as of its diverse uses.

The use of countertransference as work instrument is studied with regard to the idea that it can contribute for the diagnosis. The scrutiny criteria as to the quality of countertransference are also object of our attention.

Beyond the diagnosis function, the utility of countertransference will be approached in functions as of promotion of transference and promotion of change in the patient.

To study countertransference as a transformation leads to assume that the therapist is space and content of transformation.

When looking at countertransference this way, it becomes urgent to consider the catastrophic change as an essential condition of the therapist. A therapist who transforms is, himself, a man in transformation.

Keywords:

Countertransference;

Projective Identification;

Projective Counteridentification;

Transformation.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Contratransferência, Instrumento de Mudança | 7 |
| 1 Conceito e Manifestações | 7 |
| 2 Neutralidade e Contratransferência | 10 |
| 3 Contratransferência como Instrumento | 12 |
| 4 A Qualidade da Contratransferência | 14 |
| 5 Casos Particulares no Uso da Contratransferência | 15 |
| 6 A Técnica, no Uso da Contratransferência | 17 |
| Conclusão | 20 |
| Bibliografia | 21 |

Contratransferência, Instrumento de Mudança

Falar de contratransferência poderá ser um percurso em torno de um conjunto de questões:

- 1.O que é contratransferência? - Qual a origem deste mecanismo e de que forma se manifesta?
- 2.Será a contratransferência um fenómeno disruptivo, uma falha do terapeuta?
- 3.Haverá interesse em utilizar a contratransferência como instrumento de trabalho em análise?
- 4.Como poderemos distinguir situações disruptivas do uso apropriado do transfert?
- 5.Em que situações será mais relevante o fenómeno de contratransferência?
- 6.Que cuidados haverá a ter no manejo dos processos de transferência e contratransferência?
- 7.Como será possível passar da contratransferência à transformação?

1. Contratransferência – Conceito e Manifestações

Começando pela primeira questão, salientamos que Freud em 1910 denominou de contratransferência os sentimentos que são despertados no médico pelos sentimentos do doente. Estes sentimentos são, na opinião de Hanna Segal (1981), inconscientes na sua maior parte.

Raul Hartke (1989) defende que o conceito de contratransferência inclui os fenómenos psicológicos mobilizados no terapeuta durante um tratamento psicológico. Entendemos aqui uma extensão do conceito enunciado por Freud (1910), incluindo fenómenos que possam ter origem no próprio analista, nomeadamente no modo como este reage ao processo analítico do seu paciente.

A definição de contratransferência poderá fazer-se emparelhada com a de transferência, caracterizando aquilo que há de comum nestes fenómenos. Segundo Hanna Segal (1981), “a

interacção transferencial poderá tomar variadas formas, integrada no discurso, ou sob esse discurso, dando-lhe profundidade e ressonância emocional”.

Schestatsky (1989) especifica algumas formas de manifestação da contratransferência: cefaleias, enjoos, sonolência, cansaço excessivo durante a sessão, aborrecimento, desinteresse, irritação excessiva, excitação, compaixão ou reacções exacerbadas de tipo depressivo ou paranóide.

No intuito de entender os desenvolvimentos mais recentes do conceito de contratransferência, poderemos recorrer ao conceito de identificação projectiva desenvolvido por Klein em 1946 e que Schestatsky (1989) considera como um apoio da perspectiva segundo a qual a contratransferência é a chave para o inconsciente do paciente.

Em 1952, Klein descreve a identificação projectiva como um mecanismo em que partes do Self são projectadas no objecto, passando o objecto a ser sentido como tendo adquirido as características projectadas. Ainda segundo Klein (1952), este mecanismo serve para controlar ou atacar o objecto.

Demonstrando seguir esta ideia de que a identificação projectiva visa o controlo ou ataque ao objecto, Betty Joseph (1983) defende que “o paciente procura provocar no terapeuta os seus estados emocionais, livrar-se deles, evitar compreendê-los, transformar o terapeuta num cúmplice”.

Roger Money-Kyrle (1956) parece oferecer o seguimento desta ideia, dizendo que o terapeuta “introjecta aquilo que o paciente transmite, elabora-o dentro de si mesmo, e reprojecta de forma elaborada, na forma de uma interpretação”. – Desta forma, o autor demonstra também o contraponto, segundo o qual a identificação projectiva do paciente não terá que resultar num ataque ao objecto.

Poderemos então identificar-nos com o ponto de vista de Enid Balint - "Temos agora uma visão mais tridimensional da transferência." – o qual é citado por Hanna Segal no artigo “Countertransference” publicado por Athina Alexandris e Grigoris Vaslamatzis (1993), explicando que “o paciente deixa de ser visto como projectando sobre o analista, mas sim no ou dentro do analista”. Ainda segundo Hanna Segal (1993), esta forma de abordar a contratransferência compreende um paciente que, além de ver o analista de um modo distorcido e de reagir ao analista condicionado por esta sua visão distorcida, actua na mente do analista, afectando-o.

Podemos, então, entender contratransferência como o relacionamento dos conteúdos projectados pelo paciente na mente do analista. Os modos de manifestação deste relacionamento abrangem desde sentimentos e ideias a fenómenos somáticos ou comportamentos. Abordar a contratransferência significa reconhecer profundidade ao processo clínico, reconhecendo-lhe um fenómeno universal ao relacionamento humano.

A ideia da possibilidade de mediação da contratransferência é algo a que voltaremos a dedicar a nossa atenção. Antes disso, analisaremos uma conotação da contratransferência, por vários autores, como um problema a resolver.

2. Neutralidade e Contratransferência

Freud (1910) atribui à contratransferência uma condição semelhante à da transferência, sendo neste caso a transferência do analista para com o analisando e também uma resistência do analista relativamente a essa transferência.

Freud (1910, cit. por Coimbra de Matos, 1985) salienta a relação da contratransferência com os "complexos e as resistências" do próprio analista. Por esta razão, Freud (1910, cit. por Coimbra de Matos, 1985) mostra-se inclinado "a quase exigir que ele reconheça a contratransferência e a supere". Freud refere ainda o conceito de "manchas cegas" do analista que o impediriam de analisar correctamente o analisando, por gerar contratransferência.

Coimbra de Matos (1985) cita Freud (Início do tratamento, 1913), relativamente ao conceito de "espírito" do analista, o qual é definido como "um instrumento' analítico; e a contratransferência, algo que o impede de funcionar bem". Coimbra de Matos (1985) propõe um complemento a esta definição: "um embaciamento do aparelho de pensar analiticamente".

Em 1912, Freud propõe que o terapeuta proceda "como um cirurgião, na maior assepsia possível, o menor grau de contaminação pelos sentimentos do médico".

Schestatsky, Sidney S. (1989) diz que a partir de 1910, e do reconhecimento da psicopatologia do terapeuta, Freud reconheceu a necessidade de que todos se analisassem previamente, para evitar interferências da contratransferência no tratamento dos pacientes. Hartke, Raul (1989) refere que também Klein considerava a contratransferência como sendo transferência não analisada do terapeuta relativamente ao paciente.

Coimbra de Matos (1985) concorda com Freud na procura da opacidade do analista. No entanto, Coimbra de Matos (1985) considera também a possibilidade de que a resposta contratransferencial do analista possa constituir-se como um indicador válido ou adaptado à realidade do doente.

Considerando a potencialidade da contratransferência como indicador da realidade do doente, Coimbra de Matos mantém uma reserva, decorrente do risco de constituir núcleos de cristalização da transferência do paciente. Pode até dar-se o caso de que o movimento contratransferencial desencadeie uma reacção transferencial complementar, constituindo-se então como um pólo de atracção, o qual irá operar um desvio no processo analítico com uma reestruturação mais patológica ainda do que a anterior.

Segal (1981) afirma que as alterações registadas na mente do analista, provocadas pela projecção de conteúdos do paciente no interior do analista, não são um acting-in massivo mas sim de algo permanentemente presente. – Uma interacção não-verbal constante entre os actos do paciente e a mente do analista. – A autora alerta, no entanto, para a importância de analisar a contratransferência, como forma de evitar que fenómenos como a contraidentificação projectiva desencadeiem defesas infantis por parte do analista.

Coimbra de Matos (1985) define duas formas de resistência à contratransferência: uma - egoica - manifesta-se pela ausência do afecto; outra - do Id - consiste no agir do afecto.

Esta ideia de a ausência de afecto relativamente ao paciente ser uma resistência contratransferencial egoica poderá, na nossa opinião, colocar em causa a concepção freudiana do terapeuta como cirurgião.

Havendo descrito algumas abordagens mais próximas da tentativa de evitamento da contratransferência, ou do seu escrutínio rigoroso, compete-nos agora abordar contributos que salientam a riqueza deste fenómeno.

3. Contratransferência como Instrumento

Em “Disposição à neurose obsessiva” Freud (1913) diz-nos: “Cada um de nós possui no seu inconsciente um instrumento com o qual pode interpretar as expressões do inconsciente do outro.” Dois anos mais tarde, em *Metapsicologia*, Freud (1915) afirma: “O inconsciente de

um indivíduo pode reagir directamente sobre o inconsciente do outro.” Em “Psicologia de grupo e análise do ego” (1921) Freud considera que “o processo que permite a maior parte da nossa compreensão do Ego das outras pessoas é o de *einfühlung*.” - O qual é traduzido por Ribeiro e Zimmermann (1968) como "sentir em si".

Paula Heimann (1950) sugeriu que a descoberta por Freud do fenómeno de resistência no paciente se deveu à contratransferência de Freud, ao seu sentimento de que o paciente oferecia resistência.

Heimann (1950) acrescentou ao conceito atenção flutuante uma abertura, não apenas intelectual mas também de sentimentos, permitindo que os sentimentos do analista sejam afectados pelo paciente de um modo mais intenso do que sucede na sua vida social normal.

Sidney Schestatsky (1989) salienta que apesar de ser autora dos desenvolvimentos do conceito de identificação projectiva, a partir do qual surgiram defensores da utilidade terapêutica da contratransferência, Klein sempre se mostrou avessa a essa utilização.

Já para Paula Heimann (1950), discípula de Klein: “A contratransferência é uma resposta emocional do terapeuta ‘que felizmente não está emocionalmente bloqueado’ às projecções do paciente. Adequadamente utilizada, a contratransferência ajuda o terapeuta a localizar pontos urgentes e a seleccionar a interpretação mais eficiente”.

Conforme refere Raul Hartke (1989), em “Psicoterapia de orientação analítica”, Bion (1962), qualifica a identificação projectiva como “o mais primitivo meio de comunicação, desde que não esteja carregado de onipotência.” Raul Hartke (1989) afirma ainda que Bion, no seu trabalho com psicóticos, toma a contratransferência como parte inalienável do processo, descrevendo o uso que faz dela.

No entender de Coimbra de Matos (1985), a obra de Melanie Klein, nomeadamente o desenvolvimento do conceito de identificação projectiva, abre caminho à utilização da contratransferência como instrumento para fazer emergir a transferência latente.

Para Coimbra de Matos (1985), o ponto de partida de Paula Heimann é que "o inconsciente do analista compreende o do doente" e "que a relação a nível profundo chega à superfície na forma de sentimentos que o analista nota em relação ao seu doente".

Leon Grinberg (1962), referindo-se a uma forma particular de contratransferência, à qual chamou de contraidentificação projectiva, alerta para o seu valor, uma vez que “em

alguns casos, (...) ajuda a tornar mais claros ao analista os conteúdos do paciente, e torna possíveis as interpretações que são compreendidas nesta base”.

4.A Qualidade da Contratransferência

Freud (1913), citado por Coimbra de Matos (1985), em carta a Bizwanger escreve: “Dar demasiado pouco a alguém porque se lhe quer muito é uma injustiça para o doente e é um erro técnico”. Coimbra de Matos (1985) encontra nesta frase uma demonstração do amor genital de Freud, e refere o pai da Psicanálise quando, em "Análise terminável e interminável" sublinhou um aspecto da contratransferência que consiste na resistência do analista a sentir alguma coisa pelo analisando.

Raul Hartke, (1989) refere Paula Heimann (1950), quando esta salienta a necessidade da abertura do terapeuta às projecções do paciente, bem como o valor desta abertura na descoberta de “pontos urgentes”, conforme exposto anteriormente neste artigo. Para que isto ocorra (ainda segundo Heimann, 1950, citada por Hartke, 1989), é necessário que o terapeuta seja capaz de conter em si os sentimentos, em lugar de os descarregar, como o paciente.

Hartke (1989) refere também Rojer Money-Kyrle (1956), o qual diz que o processo psicoterapêutico pode ser perturbado por falta de colaboração do paciente ou devido aos "pontos cegos" do terapeuta.

De modo a esclarecer a diferença entre "contraidentificação projectiva" e outras formas de contratransferência, Grinberg (1962) refere dois processos que coexistem na mente do analista: Processo A - O analista é um sujeito activo dos mecanismos de projecção e introjecção do paciente. Grinberg (1962) baseia-se em Fliess (1942) para descrever esta sequência em que o analista introjecta selectivamente diferentes aspectos do material verbal e não-verbal do paciente, aliados às respectivas cargas emocionais, processa e assimila as identificações do mundo interno do paciente, e reprojecta o resultado da sua assimilação sob a forma de interpretações; Processo B - O analista é objecto passivo das projecções e introjecções do paciente, podendo verificar-se duas situações: (1) a resposta emocional do analista pode dever-se aos seus próprios conflitos e ansiedades, reactivados ou intensificados pelos conflitos do paciente; (2) a resposta emocional do analista pode ser relativamente

independente das suas próprias emoções, mas antes reactivada pelas projecções do analisando. “O analista passa a comportar-se como se tivesse adquirido as partes projectadas pelo paciente de um modo concreto e real. Poderá ter ainda a sensação de deixar de ser ele mesmo e de forma inevitável transformar-se no objecto que o paciente quis que ele fosse.

Grinberg (1962) propõe o termo "contraidentificação projectiva" para esta situação em que a resposta do analista é passiva, face à intensidade dos movimentos projectivos do paciente, acrescentando ainda que “mesmo no caso de esta reacção ser temporária, o analista recorrerá a racionalizações para justificar o seu desnorte.”

Segal (1981) propõe que o analista deverá pressupor que o paciente conseguiu perturbar a sua capacidade de conter os seus sentimentos por diversos meios: invasão da mente do analista de forma sedutora, ou agressiva; emanar confusão e ansiedade; ataques aos elos na mente do analista.

Coimbra de Matos (1985) advoga esta perspectiva cautelosa ao afirmar: “Enquanto não se provar o contrário, toda a contratransferência é um sinal de resistência.”

Se seguirmos o conselho de Segal, poderemos chegar à seguinte questão: Como definir então a “sanidade” da contratransferência?

Segal (1981) define o bom estado da contratransferência como consistindo numa relação dual com o paciente: (1) receptiva, contendo e compreendendo a comunicação do paciente; (2) activa, produzindo e dando entendimento, conhecimento ou estrutura ao paciente na sua interpretação.

Hanna Segal (1981) diferencia contratransferência de transferência, com base na ideia de que o analista, mantendo a sua mente aberta às impressões mais livres, terá que manter alguma distância relativamente aos seus sentimentos e reacções relativos ao paciente. Segal encontra grande identidade entre esta sua ideia e o conceito de Bion de função de rêverie da mãe relativamente ao bebé.

Schestatsky (1989) fala-nos dos caminhos seguidos pelos sentimentos do analista, dependendo de estes passarem por um processo de tomada de consciência, ou de se manterem alheios a este processo.

Segundo Sidney Schestatsky (1989), as reacções contratransferenciais podem seguir um de dois caminhos: (1) baseado no conhecimento de si mesmo e do paciente, o analista torna conscientes as reacções contratransferenciais, integrando-as na compreensão do mundo

interno do paciente ou nas interpretações, tornando-se, num instrumento analítico; (2) se o analista não conseguir detectar os motivos dos sentimentos contratransferenciais, estes poderão sofrer uma nova repressão, constituindo-se numa nova área de cegueira do seu próprio mundo interno e do mundo interno do paciente. Se a repressão falhar, estes sentimentos causarão grande desconforto ao analista, devendo ele recorrer a supervisão e evitar o acting-in.

O segundo caminho definido por Sidney Schestatsky (1989) parece-nos, em si mesmo, a configuração de um risco omnipresente no trabalho do analista, reforçando a necessidade de uma atitude cautelosa.

Sidney Schestatsky (1989) afirma que as patologias contratransferenciais diferem das reacções contratransferenciais normais, já que as segundas são transitórias, de pequena extensão, revelando-se, mais cedo ou mais tarde, ego-distónicas.

Schestatsky (1989) define contratransferência objectiva como uma situação em que o analista sente aquilo que o paciente sentiu em algum momento e que procura colocar no analista. O autor identifica este fenómeno com o conceito de "contraidentificação projectiva" enunciado por Grinberg.

5. Casos Particulares no Uso da Contratransferência

Grinberg (1957) define o conceito de contraidentificação projectiva, o qual consiste numa reacção inconsciente do analista. Este último seria levado a desempenhar de forma passiva um papel que estaria destinado pelo analisando, através do uso massivo da identificação projectiva. Queremos salientar neste conceito a importância dada ao uso massivo da identificação projectiva da parte do paciente, o qual irá despertar a contratransferência.

Coimbra de Matos (1985) estabelece uma ligação entre o estudo da contratransferência e o narcisismo fundada na constatação de que são os pacientes narcísicos que colocam maiores dificuldades aos analistas, ao nível da contratransferência, devido “à sua constante e premente solicitação da reacção inconsciente do analista”.

Também Grinberg (1962) refere as dificuldades colocadas por alguns pacientes ao nível da contratransferência que é despertada. Grinberg explica que “a projecção do paciente pode tornar-se demasiado activa devido à intensidade da carga emocional ou à violência com que esse mecanismo foi utilizado sobre o paciente durante a infância”. E ainda: “A grande intensidade da projecção do paciente dever-se-à a experiências infantis traumáticas, durante as quais o paciente sofreu o efeito da identificação projectiva violenta.”

Referindo-se aos fenómenos transferenciais, Hanna Segal (1981) define duas categorias: comunicações só possíveis a nível pré-verbal por terem origem em experiências pré-verbais; e ataques à comunicação, os quais poderão ainda ser convertidos em comunicação, quando compreendidos. Já em 1989 Hanna Segal relaciona a intensidade da transferência a personalidades mais desorganizadas: “Quanto mais próximos estivermos dos processos psicóticos, maior será a predominância do agir transferencial sobre a comunicação simbólica ou verbal.”

6.A Técnica no Uso da Contratransferência

Abordamos esta questão pressupondo o transfert como um dado que é objecto de nota e que poderá requerer a nossa atenção, no sentido de tirar partido da melhor forma, prevenindo possíveis consequências adversas.

Roger Money-Kyrle (1956) aborda a situação em que a contratransferência é perturbada, apontando para essa situação uma estratégia. - “...há que analisar a situação a partir de três pontos: a perturbação emocional do terapeuta; a parte do paciente causadora da perturbação; o efeito da perturbação do terapeuta sobre o paciente.”

Já Grinberg (1962), referindo-se ao fenómeno de contraidentificação projectiva, aponta a existência de situações nas quais este fenómeno de contratransferência ajuda a tornar mais claros ao analista os conteúdos do paciente, tornando possíveis as interpretações que são compreendidas nesta base.

Tentemos entender melhor a ideia de Grinberg: - Parece-nos adequado dizer que o autor entende que este fenómeno de natureza inconsciente e involuntária pode ser aproveitado se a nossa consciência do factor de perturbação da relação (ou mesmo de ataque ao objecto, como

diria Klein) envolvido na contraidentificação projectiva não nos alhear da observação do seu valor comunicacional.

Focámos contribuições de dois autores relativamente à questão lançada, um contributo relativo à análise da perturbação e outro dirigido à potencialização do benefício a retirar de um fenómeno transferencial. Propomos agora uma abordagem centrada na atenção dada à própria situação terapêutica.

Barranger (1978), analisa 3 aspectos do processo psicoterapêutico: o aspecto formal ou setting; o aspecto dinâmico (relativo à evolução da relação paciente-terapeuta com o surgimento de repetições e actualizações de conflitos); o aspecto funcional (relativo à medida em que contratransferência e transferência servem a integração e o aumento de insight do paciente. Ainda segundo Barranger (1978), o pior que poderá suceder é manter os aspectos formal e dinâmico, mas fracassar no aspecto funcional.

Grinberg (1962) considera a situação em que o analista se depara com a identificação projectiva violenta por parte do paciente, defendendo que nessa situação o analista deverá interpretar esse movimento projectivo do paciente e demonstrar que ele não o chocou (ou desorganizou). Entendemos aqui uma pista simples e clara que poderá servir de ajuda a quem procura evitar a triste situação enunciada por Barranger (1978).

Schestatsky (1989) defende que o analista poderá referir ao paciente o seu desejo de colocar um sentimento seu vivido anteriormente no interior do analista, como forma de melhor analisar os conflitos internos do paciente.

Schestatsky, Sidney S. (1989) debruça-se sobre o acting-in terapêutico e os procedimentos que o analista deverá seguir nesta eventualidade. - “É necessário distinguir a admissão dos sentimentos contratransferenciais - quando estes são essenciais para a compreensão do mundo interno do paciente - da comunicação culpabilizada desses mesmos sentimentos. - Se o analista passou ao acto, por mais que o paciente tivesse contribuído para isso, foi porque alguma coisa dos seus próprios sentimentos está envolvida. A comunicação culposa irá acrescentar ainda mais uma actuação.” O autor diz-nos ainda: “O paciente dar-se-á sempre conta do acting-in. Se o analista se der conta do acting-in, ele deverá: (1º) admitir; (2º) analisar dentro de si mesmo; (3º) enfocar as reacções do paciente para avaliar até que ponto são realistas, intensas ou ilógicas.”

Coloca-se-nos agora um novo problema: O que quereria dizer Sidney Schestatsky (1989) quando defendeu que o terapeuta deverá, antes de tudo, admitir o acting-in terapêutico? Será uma admissão perante o seu paciente, mesmo que livre de culpabilidade, apresentada como uma constatação?

Parece-nos que esta forma de admissão, ou comunicação aumentaria o risco de perturbação da relação terapêutica, podendo o terapeuta estar a projectar para o interior do seu paciente elementos da sua personalidade determinantes no desenvolvimento do acting-in.

Quando Schestatsky defende que a esta admissão se siga um processo de análise interior do fenómeno por parte do analista, estará, supomos nós, a mostrar que esta admissão tem carácter íntimo. A intimidade desta admissão não se destinará a omitir uma falha. Esta omissão haveria de falhar, de dois modos: (1) porque (tal como afirma o autor) o paciente se apercebe sempre do acting-in; (2) porque essa tentativa de omissão poderia estar a servir de actuação da culpabilidade do terapeuta.

Racker (1979) afirma que “a culpabilidade inconsciente pode servir-se da comunicação da contratransferência como um poderoso instrumento de actuação contratransferencial.” Aqui, gostaríamos de salientar que a comunicação da contratransferência poderá dar-se a um nível inconsciente, sob o discurso.

Relacionando este aspecto com a ideia de procurar omitir ao paciente a contratransferência, poderemos concluir que a maior preocupação será a de reter temporariamente estes sentimentos na esfera íntima, a fim de os sujeitar à função de rêverie do terapeuta. O fim último será sempre o de devolver ao paciente essa ideia, de modo a que este possa observar aí a sua contribuição para o seu próprio crescimento.

7. Como será possível passar da contratransferência à transformação?

Quando colocamos esta questão, pretendemos identificar as características de uma contratransferência promotora de crescimento e saúde mental, se é que as há. Esta abordagem é realizada à luz da teoria das transformações, tal como é exposta em “Transformações, do Aprender ao Crescer”.

Bion inicia o quarto capítulo de “As Transformações” estabelecendo uma distinção entre o trabalho do analista, análogo ao do artista, e o do propagandista. Esta distinção tem como primeiro critério o “amor abstracto à verdade”. Em contraposição ao “amor abstracto à verdade”, Bion refere o uso de $Ta\beta$ como forma de manipular as emoções do paciente, no caso do analista, ou do público, no caso do artista.

Esta distinção ensaiada por Bion poderá levar-nos a colocar a seguinte questão: Será o uso da contratransferência como instrumento de transformação da transferência (do paciente) uma forma de propaganda?

Retomando Bion, poderemos considerar que não, desde que orientado pelo “amor abstracto à verdade”. Se assim for, poderemos supor a contratransferência como um instrumento, cujo uso determina a qualidade. Haverá, então, que definir com precisão o que Bion define como “amor abstracto à verdade”.

O estabelecimento de um critério claro de veracidade é uma tarefa que Bion considera difícil. Como recurso, o autor refere a forma como a experiência analítica mostra que um desenvolvimento sadio da personalidade requer verdade, tal como um organismo vivo depende do alimento.

Bion realça a importância do princípio da realidade, central no conceito de “pensar” enunciado por Freud. O princípio da realidade, ainda segundo Freud, citado por Bion, estabelece um lapso entre a percepção do impulso e a acção necessária à sua satisfação, diminuindo a frustração. Na ausência do princípio da realidade e, conseqüentemente, da capacidade de pensar, a frustração é exacerbada.

Sobrepôr o princípio da realidade, em contacto com a visão egoica do paciente, em lugar de estabelecer uma ligação através de outra entidade do paciente, porventura mais satisfatória ou afirmativa (como uma perspectiva “moral”) será um passo a favor da constituição de um hiato de pensamento, promotor de tolerância à frustração. O fortalecimento da tolerância à frustração será um fundamento do crescimento mental do todo relacional que constitui o processo clínico (paciente e analista).

O paciente psicótico não é capaz de pensar, na ausência do objecto. A sua incapacidade resulta do facto de o paciente psicótico não guardar do objecto lembranças, mas sim factos não-digeridos.

Bion atribui a causa desta falha à necessidade premente de um objecto, no qual o paciente possa projectar partes da sua personalidade, onde elas possam ser manejadas. Esta necessidade esbarra, por vezes, na ausência do objecto, ou na impossibilidade de expelir para o seu interior as partes cindidas.

Mais do que o relevo da importância da análise da contratransferência no trabalho com psicóticos, poderá ser entendido nos dois parágrafos anteriores um apelo ao reconhecimento da contratransferência como lugar e instrumento de transformação.

Ainda segundo Bion, estes pacientes (psicóticos) comunicam com o analista, sendo que a sua comunicação se faz mais pela musicalidade do discurso do que pela palavra. Esta forma de comunicação (não-verbal) impõe a necessidade uma decodificação a operar por um analista com a aptidão intuitiva que Bion lhe atribui, quando se refere à transformação de um O bipolar: (1) aptidão intuitiva; (2) revelação das pré-concepções do analista mais adequadas aos conteúdos da sessão.

Há, ainda, a referir a necessidade, expressa por Bion, de reconhecer a importância de um universo de factores e suas vinculações atípicas na experiência clínica com pacientes psicóticos, em analogia com o princípio de Heisenberg relativo à física Atómica.

Bion define seio-ausente como um produto da inveja, a qual saqueia o seio e o destrói. Após a destruição, resta apenas o lugar onde o seio “devia” estar, e um tempo reduzido ao agora. Bion realça a violência moral e a onipotência presentes na ideia de que o seio “devia” ocupar esse lugar. Esta entidade (o seio-ausente) é diferente do seio ou da ausência deste.

A violência moral presente na entidade seio-ausente parece-nos ser um elemento constituinte de algumas abordagens teóricas relativas ao processo clínico, as quais, antes de procurar reconhecer os recursos disponíveis no paciente e a forma de promover o seu desenvolvimento, se centram na descrição dos entraves a este desenvolvimento, atribuindo-lhes uma conotação mais ou menos franca de malignidade, como o “recalcamento da função do imaginário” ou o “ataque ao vínculo”.

Conclusão

A análise do paciente pelo clínico é constituída por duas dimensões. A primeira dimensão é o estudo do comportamento do paciente. As hipóteses de diagnóstico formuladas a partir desta dimensão são validadas por uma outra dimensão: pensamentos, sensações, emoções vivenciadas pelo terapeuta e resultantes de uma actividade espontânea – a fantasia do terapeuta. A esta actividade denominamos contratransferência, quando resulta do contacto do clínico com o seu paciente.

Na situação clínica, o uso da contratransferência é um recurso determinante, principalmente na análise de pacientes psicóticos ou de experiências traumáticas vividas a nível pré-verbal, só assim comunicáveis.

Tirar partido da contratransferência requer uma disponibilidade acrescida à actividade fantasmática, mediada pela capacidade de pensar e de conter a tendência ao agir ou à onipotência.

O terapeuta, oferecendo-se como espaço mental de transformação do paciente, vê-se, ele próprio, transformado pela experiência do paciente.

Bibliografia

- Bion, W. R. (1991). *As transformações: A mudança do aprender para o crescer*. Rio de Janeiro: Imago Ed. (Tradução do original em inglês *Transformations: Change from learning to growth*. Londres: William Heinemann, Medical Books, 1965)
- Freud, S. (1910/1974). As Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vol. XI, pp. 147-156). Rio de Janeiro: Imago (obra original publicada em 1910).
- Freud, S. (1913/1974). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vol. XII, pp. 139-158). Rio de Janeiro: Imago (obra original publicada em 1913).
- Grinberg, Leon (1962), On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 436 – 440.
- Grinberg, Leon (1993) Countertransference and the concept of projective counteridentification. In A. Alexandris, & G. Vaslamatzis (Eds.), *Countertransference: Theory, Technique, Teaching* (pp. 47 - 65). Londres Karnak (Books).
- Hartke, Raul (1989). O conceito de contratransferência e a sua utilização em psicoterapia. In C. Eizirik., R. Aguiar & S. Schestatsky (Eds.), *Psicoterapia de orientação psicanalítica* (pp. 267 – 278). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Matos, A. Coimbra (1985). A contratransferência como resistência do analista e como material do processo analítico. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 2, 25 – 43.
- Schestatsky, Sidney S. (1989 a). Nota introdutória sobre contratransferência. In C. Eizirik., R. Aguiar & S. Schestatsky (Eds.), *Psicoterapia de orientação psicanalítica* (pp. 264 – 266). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Schestatsky, Sidney S. (1989 b). A confissão da contratransferência. In C. Eizirik., R. Aguiar & S. Schestatsky (Eds.), *Psicoterapia de orientação psicanalítica* (pp. 289 – 295). Porto Alegre: Artes Médicas.

Segal, Hanna (1993). Countertransference. In A. Alexandris, & G. Vaslamatzis (Eds.), *Countertransference: Theory, Technique, Teaching* (pp. 13 – 20). Londres Karnak (Books).