



ISPA | Instituto Universitário

TRANSFERÊNCIA E CONTRA-TRANSFERÊNCIA NUMA PSICOTERAPIA

MANUEL ALMEIDA

Nº6955

Orientador de Dissertação: PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertação: PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO PIRES

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2010

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Professor Doutor António Pires, apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na especialidade de
Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 6037/ 2007 publicado
em Diário da Republica 2ª série de 23 de Março, 2007

Agradecimentos

À Paciente M.

Ao meu psicanalista.

À Mestre em Psicologia e Psicanalista Beatriz Romão pelas supervisões do caso.

Ao Professor Doutor António Pires

À Celeste, meu Norte, Sul, Este e Oeste.

RESUMO

O presente trabalho é um estudo de um caso clínico de uma jovem de dezanove anos, a Ana. Tivemos o primeiro contacto com Ana num hospital psiquiátrico de Lisboa onde estava internada. Chegou ao Hospital pela mão de dois polícias que a tinham ido buscar a casa por alegados comportamentos agressivos. Foi-lhe atribuída uma psiquiatra que nos pediu uma avaliação psicológica. Dois meses mais tarde Ana procura-nos para tratamento. Empreendemos uma psicoterapia de orientação psicanalítica de duas sessões semanais nos primeiros seis meses passando depois para três sessões semanais.

A paciente tinha dificuldades na expressão verbal. A utilização da comunicação não verbal predominou em certa fase do tratamento e tivemos dificuldade em compreender o sentido dessas suas comunicações. Inicia uma serie de comportamentos que não entendemos. Um deles durou sensivelmente três semanas: Ana fazia questão de entrar e sair repetidamente da sala durante o período de consulta. Certo dia opusemo-nos directamente a essa atitude observando-lhe que se voltasse a entrar e a sair daquela consulta repetidamente então seria melhor interromper aquela sessão e continuaríamos a trabalhar na sessão seguinte.

Através da supervisão de casos foi-nos possível entrar em contacto de uma forma mais consciente com alguns processos mentais, nomeadamente os repetitivos, que poderiam estar a ocorrer na relação terapêutica. Essa análise despoletou uma modificação substantiva do curso da psicoterapia no que diz respeito à natureza da aliança terapêutica, sintonia afectiva e Interpretação (trata-se da análise de alguns aspectos transfero-contra-transferências, mais especificamente, trata-se da análise de alguns movimentos de Identificação Projectiva e contra-Identificação Projectiva).

Assim e em primeiro lugar faremos uma breve revisão teórica do conceito de Identificação com especial incidência sobre o sub-conceito de Identificação Projectiva. Ainda no corpo teórico abordamos os temas da transferência e contra-transferência. Especifica-se algumas modalidades de transferência nomeadamente a chamada Transferência Psicótica e *Border-line*. No que toca à contra-transferência, abordamos alguns problemas que esta pode levantar.

De seguida traçaremos uma breve história clínica da paciente (Anamnese) e apresentaremos vinte sessões. Algumas das sessões são muito breves como veremos. Por fim propomo-nos discutir algumas generalidades sobre a situação em análise e desenvolver pontos específicos como é o caso do fenómeno da Repetição no *acting-it-out* como mecanismo de Identificação Projectiva.

O que estaria a paciente a querer dizer com o seu *acting*? Tentamos perceber especificamente: como se organizam os sentimentos de medo, desespero e impotência dentro do paciente; como este comunica esses sentimentos ao terapeuta (transferência); como o terapeuta recebe e organiza dentro de si o seu medo, os sentimentos de impotência e desespero; como o terapeuta responde ao paciente (contra-transferência); como essa resposta prejudica ou beneficia o paciente.

Palavras-chave: Transferência, Contra-transferência, Repetição

ABSTRACT

In this paper we explore some aspects of transference and counter-transference **during** an analytical psychotherapy process and the role of repetition on it. This girl, Ana, engaged the following behavior: Exit and entrance in the clinical room for three weeks during the period of the session. One day the psychotherapist refuses to continue the session if that happens again,

This attitude from the therapist is a technical error and it was described in psychoanalytical theory as counter-projective-identification. What we explore is: how come the psychologist organizes inside him the projective identification from the client. How he responds to the patient in order to allow her understands what's happening inside of her.

For this, we will describe in short terms the concept of transference, counter-transference, projective identification. Then we will present a short live story of the patient. The clinical material will be present in the following sessions. At the end, we will be discussion the matter of repetition in order to provide some hypothetical reason to understand this behavior from the client.

Key-words: Transference, Counter-transference, repetition.

Índice	
Agradecimentos.....	III
Resumo.....	IV
Abstract.....	V
Índice	7
Introdução.....	8
1. Psicoterapia Psicanalítica.....	9
2. A Identificação.....	12
3. A Transferência.....	26
4. A Transferência <i>Border-Line</i>	36
5. A Transferência Psicótica.....	40
6. A Contra-transferência.....	45
7. Transferência Erótica e Contra-Transferência.....	61
8. Gêneros do Analista-Paciente.....	70
Desenvolvimento	
Anamnese.....	76
Sessões.....	80
Discussão.....	127
Referências Bibliográficas.....	142
Anexos.....	145

INTRODUÇÃO.

O problema que abordamos é o de saber como são trabalhados dentro do terapeuta os afectos comunicados, verbalmente ou não, pela paciente e como esses conteúdos são internamente tratados pelo terapeuta e devolvidos ao paciente em forma de uma resposta que pretende-se sanígena. Como transformar a nossa ansiedade numa resposta terapêutica? Quais as respostas que beneficiam o paciente?

Certo dia, ao fim de dois anos de psicoterapia, o psicoterapeuta recusa-se a continuar a sessão caso a paciente repetisse o que vinha a fazer de há três semanas a essa data que era sair e entrar no consultório, repetidas vezes, durante o período da consulta. Esta atitude do terapeuta induziu a um grau elevado de angústia na paciente assim como a uma perturbação na psicoterapia: não é um objectivo de uma psicoterapia a recusa, proibição ou inibição dos comportamentos do cliente. O que é desejável é a compreensão, elaboração e mudança dentro da relação psicoterapêutica e inerente «difusão e expansão dessa nova relação». (1) «Relação Terapêutica. Descrição das Unidades Curriculares (Ficha de disciplina). ISPA.

Esta atitude da nossa parte de inibição dos comportamentos da cliente teve origem nos nossos sentimentos de medo, desamparo e desorganização por um lado, e por outro nas projecções da cliente sob a forma de *acting out*. O psicólogo na altura foi incapaz de aceitar, conter e dar significado dentro de si a esses sentimentos e expulsou *tout court* aquilo que o paciente lhe havia feito sentir, ao invés, como dissemos, de dar uma resposta terapêutica. Podemos dizer que se deu uma contra-identificação projectiva (L.Grinberg, 1976).

A contra identificação projectiva é uma reacção do terapeuta às identificações projectivas intrusivas do paciente. Não é necessariamente um elo patológico e até permite, caso esses sentimentos dentro do psicólogo forem compreendidos e sublimados por ele, aceder a vivências de níveis regressivos e profundos do paciente. A questão é a de saber qual a relação que existe, como dissemos, entre a forma como o psicoterapeuta organiza e elabora dentro de si a atitude da cliente e a própria possibilidade de a paciente compreender-se melhor nessa vivência profunda.

Começamos por caracterizar em termos leves, nas próximas quatro páginas, o que é uma psicoterapia. Em seguida fazemos uma pequena revisão sobre o conceito de Identificação e detemo-nos um pouco no subconceito de Identificação Projectiva (Melanie Klein, 1964). Depois assinalaremos alguns dos fenómenos presentes numa psicoterapia de orientação psicanalítica como os de Transferência e Contra-transferência.

1. Psicoterapia Psicanalítica.

A psicoterapia é um tratamento psicológico efectuado por meios psicológicos. Existem várias formas de psicoterapia. Este trabalho investiga a situação mencionada no contexto de uma Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica (P.I.P.) ou simplesmente Psicoterapia Psicanalítica como actualmente se denomina. A P.I.P. advém dos princípios da Psicanálise que se baseia em inúmeros conceitos dos quais descreveremos, como dissemos, de uma forma não aprofundada os de Transferência e Contra-transferência. É a compreensão destes conceitos que nos podem ajudar a entender melhor a situação descrita que se caracteriza como dissemos por uma perturbação da técnica psicoterapêutica. Esta é a base do nosso problema a investigar.

Há diferenças técnicas entre uma Psicanálise e uma P.I.P. Na P.I.P. não há uso do divã e portanto há contacto visual. O número de sessões de uma Psicanálise é de quatro a cinco sessões semanais enquanto numa P.I.P. é de uma, duas ou três sessões semanais no máximo. Estas diferenças têm repercussões profundas na natureza destas duas formas de psicoterapia não se tratando apenas de diferenças logísticas. Há outras diferenças que distinguem uma psicanálise de uma P.I.P., não trataremos aqui esse assunto. Interessa ainda que ambas são psicoterapias individuais de longa duração e ambas propõem alteração do carácter através essencialmente da obtenção de uma maior e mais integrada compreensão do paciente sobre si (obtenção de *insight*).

No essencial é suposto que uma P.I.P. constitua, restitua ou fortaleça a saúde do paciente e facilite a relação da pessoa consigo e com os outros. Pretende-se que seja um espaço de crescimento emocional-relacional que potencializa liberdade, consciência e uma autonomia verdadeiramente internalizada; que generalize a melhor adaptação possível aos mais diversos ambientes de modo a que o paciente alcance uma vida mais

completa e livre da dor mental que for excessiva e desadequada. Pretende-se que uma P.I.P. aumente a auto-estima e auto-confiança justas e necessárias; elimine a desvalorização doentia; reforce as qualidades, competências e realizações do ego; reduza o sentimento de isolamento perante os próprios problemas, favoreça a capacidade de comunicação face a si e aos outros.

Uma P.I.P. destina-se por isso a pessoas com dificuldades em manejar o seu mundo interno, dificuldades em lidar com as pulsões, emoções, conflitos, faltas intra e inter-relacionais. Uma estrutura da personalidade deficitária afecta as actividades profissionais, relações amorosas, familiares, lúdicas, a gestão do tempo e do dinheiro, a biologia e a fisiologia.

Como se processa a P.I.P.?. O paciente é convidado a associar livremente e estimulado a explorar os seus pensamentos, ideias, sentimentos, fantasias, sonhos, atitudes, com as figuras importantes da sua vida presente e passada, na relação com o terapeuta. Utiliza-se a criatividade da fala, das palavras. Também toda a comunicação não verbal é um meio pelo qual o psicólogo acede à espontaneidade e ao modo particular de relação daquela pessoa. A forma de estar, a expressão facial, os gestos, a postura corporal e todos os comportamentos como por exemplo a assiduidade ou pontualidade, são veículos de informação e comunicação. É por exemplo desta forma não verbal, mas linguística, que a mãe e o pai comunicam ou não interesse, confiança, respeito ao seu bebé e estabelecem uma relação plena de comunicação antes mesmo de a criança adquirir uma linguagem verbal.

Através daquilo que é comunicado, o psicoterapeuta começa a conhecer os limites da pessoa, as suas dificuldades e desejos, a sua história de vida, seu crescimento e desenvolvimento. A investigação em profundidade explora os problemas subjacentes à dor, sintomas, origens das perturbações entre outros. São a contenção das emoções e angústias expressas e a compreensão das mesmas através da interpretação, que ajudam o cliente a conhecer os seus padrões de relação, nomeadamente os patológicos e repetitivos.

A experiência de uma relação com alguém que escuta o indivíduo na sua comunicação total, aceitando-o e tentando entendê-lo sem julgar, rejeitar, manipular ou controlar, proporciona-lhe a sensação de segurança e espaço no qual o sujeito pode começar a ser

ele e a sentir-se gradualmente mais seguro para explorar o que antes não podia ou não ousava sentir ou nomear.

Ao envolver a pessoa numa compreensão activa de si e dos seus problemas, as descobertas que vão sendo possíveis constituem o próprio processo psicoterapêutico. São estas que criam possibilidades de mudança. Ao psicoterapeuta cabe a tarefa de facilitar a comunicação sobre esse fundo de confiança. Para além da capacidade contentora do psicoterapeuta, as comunicações do paciente são também estimuladas pelas mencionadas interpretações, que são hipóteses formuladas sobre o que está acontecendo naquele momento com o paciente.

Assim, essas descobertas que a pessoa faz de si advêm da análise do material consciente e inconsciente comunicado ao profissional. Desejos, medos, fantasias, sonhos, acontecimentos, *actings*, modo de relação enfim, “toda” a identidade é vivida agora na relação com o profissional. A *persona* actualiza-se e repete: repete o seu crescimento com as suas figuras importantes, repete o modo como se pode desenvolver com as suas angústias, faltas, medos, defesas, por mais arcaicos e primitivos que sejam, por mais longínquos ou recalcados que estejam. Este mecanismo, o da repetição de protótipos da personalidade do paciente, geralmente protótipos infantis, vividos com uma «sensação de actualidade acentuada» (J. Laplanche, J.B. Pontalis 1967) para a figura do terapeuta foi descoberto por Freud que o chamou de Transferência.

O material transferido é correlacionado com o passado e presente, correlacionado com a história do sujeito e suas relações principais (relação com os pais fundamentalmente ou substitutos) e correlacionado, como dissemos, com o terapeuta. A continuação da psicoterapia vai esclarecendo o intrincado mundo de lembranças e esquecimentos, fantasias, imaginação, situações dramáticas (reais ou vividas como tais). Isto abre a possibilidade ao sujeito de sentir e repensar a partir de uma perspectiva mais real da vida.

Com a psicoterapia aprendemos a rever o mundo interno e em consequência disso o mundo externo que pode vir a ser, por exemplo, mais ameno, menos ameaçador. Aprendemos a reconhecer idealizações desnecessárias, falsas ligações emocionais, a reconhecer a nossa submissão ou desprezo por factos, ideias ou pessoas. Algumas pessoas, situações ou actividades foram fonte de conflitos que agora entendemos melhor: Às vezes não era bem assim, aquele pai ou mãe, tão austero ou permissivo, tão

ausente ou intrometido, aquele irmão ou irmã que parecia merecer mais atenção e era invejado... todos eles não eram bem assim, ou se calhar eram assim mesmo ou de um outro modo que não ousávamos nomear. Idealizámos ou fomos submissos para sobrevivermos com migalhas afectivas, ou respondemos e opusemo-nos porque já éramos fortes e com sentido de justiça. Coisas graves e causadoras de ódios que atrapalham o resto da vida, ou coisas afinal menos severas do que julgámos, talvez até estruturantes que valorizámos e apreciámos posteriormente.

Porque o Homem não é uma mera organização biológica, a negligência, o abandono, o desprezo e rejeição, mas também o carinho, a compreensão, a protecção, são fenómenos psicodinâmicos que influem na esfera psíquica, comportamental e biológica. A relação psicoterapêutica visa um equilíbrio possível de toda esta complexidade que somos. Muitas coisas mudam e se esclarecem, o sujeito conhece-se melhor e mais sinceramente. O processo intra-psíquico da elaboração é prolongado e penoso. As modificações ou mutações objectais do mundo interno através da psicoterapia obedecem e envolvem alguns dos processos psíquicos que agora vamos aflorar.

2. A Identificação.

A psicoterapia vai pouco a pouco dando a conhecer a identidade do indivíduo construída no jogo complexo das identificações a que esteve sujeito. Acerca da Identificação, Grinberg (1976) destaca-a como um mecanismo de importância fundamental « (...) na estruturação do aparelho psíquico, na formação do Eu e do Supereu, no estabelecimento da Identidade, no desenvolvimento da sublimação e da aprendizagem, na criatividade, no controlo da agressão, nas escolhas de objecto, na constituição de sintomas, na empatia e na comunicação, nos mecanismos de elaboração onírica, nas fantasias e sonhos diurnos, assim como na produção de tantos outros aspectos da personalidade e funções egóicas, que foram estudados e descritos por diferentes autores a partir de Freud.»

O conceito de Identificação ou identificações foi pela primeira vez utilizado por Freud numa carta a Fliess de 1892. Surge durante a investigação e descrição de um fenómeno psicopatológico a propósito da desvalorização e do auto-castigo de um paciente seu.

Desenvolve portanto este conceito para explicar a formação de certos sintomas de caráter masoquista. Em 1914 na sua obra «Introdução ao Narcisismo» Freud explora e utiliza os mecanismos de identificação do sujeito e objecto para compreender as várias naturezas possíveis da psicopatologia em geral observável tanto em crianças como em adultos em situação regredida.

Posteriormente Freud vê a identificação como um fenómeno mais recheado de implicações para o psiquismo e chega à conclusão no seu trabalho «Psicologia das massas e análise do Eu» que a Identificação é a expressão mais primitiva de vínculo a outrem. Especifica então uma identificação primária cuja principal característica é ser directa, imediata e anterior a todo o investimento objectal: «A identificação é sempre possível antes de toda a escolha de objecto.» (Freud 1921). Trata-se pois da forma mais original de vínculo afectivo com um objecto, o mais primitivo elo.

O conceito de identificação é central para a compreensão da organização e desenvolvimento da personalidade já que é uma constante no exercício contínuo da relação entre o sujeito e objecto (s). É um mecanismo predominantemente inconsciente (não uma categoria do comportamento) que produz modificações duradouras na estrutura e funcionamento do psiquismo e que intervêm em todas as relações humanas.

Segundo L. Grinberg (1976) na base deste fenómeno está o primeiro comportamento da criança para com o objecto desejado que é engoli-lo, «consumi-lo e recriá-lo no Eu» (Moore e Fine, 1968). Através da Identificação o indivíduo reconhece como seus um ou mais aspectos do objecto que se tornaram importantes para si. Trata-se da inclusão, selecção e eliminação de elementos provenientes dos objectos externos, dos objectos internos e de aspectos do self. Para além disso «(...) A Identificação tem lugar não com uma pessoa, mas com uma ou mais representações dessa pessoa (...)» (Grinberg, 1976)

É um processo activo, um mecanismo vivo durante toda a existência como dissemos, estruturante, que tem lugar dentro do Eu. O Eu metaboliza certos componentes internalizados dando lugar a um esquema identificatório que forma e consolida a estrutura básica da personalidade. O Eu enriquece-se adquirindo as propriedades do objecto ou seja, há uma equiparação entre um Eu e outro Eu em que o primeiro Eu comporta-se, em certos aspectos, como o outro, imita-o e acolhe-o dentro de si.

É um mecanismo que prepara o caminho para um vínculo emocional mas constitui já um vínculo em si mesmo. A sua natureza é ambivalente desde o início já que o sujeito identifica-se com o objecto total (amado e odiado). É a base para o início das assimilações de emoções, gestos e atitudes de seus objectos que culminará com o desenvolvimento por exemplo da empatia como capacidade do sujeito colocar-se no lugar do outro.

A nossa identidade pode ser definida como « (...) o processo de síntese dessas identificações (...)» (Coimbra de Matos, 2002). Se o conjunto das identificações for incompatível e intenso, excessivo ou insuficiente, as identificações permanecem isoladas umas das outras com consequências graves para o Eu nomeadamente a sua interrupção.

As sucessivas identificações envolvem portanto reestruturações selectivas de desejos, modos de conduta, competências e consequentemente reestruturações de identificações anteriores. O esforço de tentar ser como alguém (emocionalmente significativo) ou ser como esse alguém em determinados aspectos, tem como objectivo assegurar a satisfação das necessidades corporais e psíquicas (por exemplo a presença continuada do objecto), pressupõe uma separação face ao objecto externo e é algo que ocorre em sintonia com o Eu. Estas reorganizações ocorrem dentro do self e têm como consequência como dissemos, uma real alteração do comportamento.

Pretender ser o mesmo que outrem pressupõe, pelo contrário, uma maior actividade de processos predominantemente primários (ilusão, magia, fusão, mesmitude etc.) com inerente diminuição do contacto com a realidade, empobrecimento de agentes organizativos e depauperamento das já áridas relações com objectos reais. Falta de estima, de um sentimento de si seguro, de autonomia, de riqueza idiossincrática são alguns aspectos da constelação dolorosa em que geralmente desemboca este tipo de identificações. A natureza destas «identificações psicóticas» (Jacobson, 1954) é amplamente revista por Melanie Klein no decorrer da sua investigação sobre o mecanismo da Identificação Projectiva patológica. Adiante retomaremos este tema. Assinalamos que dentro das modalidades específicas da Identificação está ainda a questão da sua relação com as instâncias psíquicas do Id, Eu e Supereu. Infelizmente também não vamos aprofundar este assunto.

Se a Identificação é já um laço que permeia as trocas dentro e fora e vice-versa, podemos subdividi-las em duas grandes categorias a partir desta perspectiva. No processo que vai de fora para dentro estão compreendidos os fenómenos de Internalização: a Incorporação, Assimilação, Imitação, Introjecção e a Identificação Introjectiva. No processo inverso, do «eu» para o «não eu», estão compreendidos os fenómenos de Externalização como a Excorporação, Extrojecção (Weiss 1947-48), Projecção, Identificação Adesiva (Esther Bick, Donald Meltzer 1924) e a Identificação Projectiva de Klein.

Resumindo, nos processos mentais identificatórios temos a Internalização e a Externalização como os dois principais grandes subgrupos. Quanto à primeira categoria, a internalização, ela é um processo abrangente que inclui todos os processos e mecanismos em que o sujeito transforma as interações reguladoras (padrões de conduta e seus motivos, representações mentais etc.) com o seu meio, reais ou imaginárias e as características do meio, reais ou imaginárias, em regulações e características internas (Shaffer, 1968). Incluem-se portanto as transposições das características e elementos dos objectos do mundo externo para o mundo interno.

Fazemos notar que M. Klein (1952) aprofundou a qualidade das internalizações que ocorrem na tenra idade relacionando-as com as diferentes naturezas do vínculo com o seio (primeiro objecto internalizado). Meltzer (1968), a partir destes estudos de Klein «agrupou» duas modalidades fundamentais de internalização: Uma de substrato cooperativo onde prevalece o vínculo do amor formado por predominantes internalizações do objecto interno bom. Esta situação é preponderante para um Eu integrado, estável e rico « (...) capaz de projectar e reintrojectar amor no mundo externo e do mundo externo(...)» (Grinberg). A outra modalidade é de natureza sádica e destrutiva (oral-canibalística) onde predomina o ódio e o sadismo nesta modalidade. O seio internalizado é de essência persecutória formando o protótipo de todos os maus objectos internos.

Dito de outra forma: se internalizar algo implica ceder espaço dentro do aparelho mental e a fantasia inconsciente é a de que o objecto entra e sai livremente, há internalizações de risco onde a fantasia é de ataque e agressão sádica ao objecto que se torna aprisionável e à mercê do desejo dominador e tirânico do sujeito sobre o objecto (ex: ciúmes possessivos). Por projecção o sujeito experimentará ser invadido e atacado pelo

objecto acabando este por possuir parte do aparelho mental do sujeito, ficando este controlado. O mais natural é que este tipo de fantasias a marcar, a colorir, as internalizações, correspondam mesmo à relação com objectos realmente agressivos, perigosos e enlouquecedores (Badaracco, G.). Neste parágrafo sintetizámos alguma coisa do mecanismo de externalização descrito por Klein como Identificação Projectiva e que adiante aprofundaremos um pouco. Num outro tipo de internalizações, as de predomínio colorido amoroso, encontramos as bases para a expressão dos processos de vida, criatividade e fertilidade do indivíduo.

Como não nos podemos alongar mais deixamos para trás a questão da magnitude de certos processos de internalização, de certas internalizações, dos seus efeitos ao nível do self. Falamos da reflexão que trata das internalizações distinguindo-as em orbitais (ou introjecções) e nucleares (ou identificações introjectivas). Fica por aprofundar também o conceito de identificação parcial com um objecto parcial (seio, pénis, poder, etc) e que predomina na infância precoce, nos quadros de cariz psicótico e nos períodos de regressão inerentes à psicoterapia de orientação analítica. Fica também por falar dos conceitos de Incorporação, Assimilação, Imitação, Introjecção e Identificação Introjectiva que fazem parte da categoria das Internalizações.

Da segunda categoria fazem parte os movimentos de transposição que colocam para fora do self aspectos deste ou aspectos dos objectos internos. Assim o conceito de Externalização refere-se a todas as tendências do sujeito a colocar no mundo externo os próprios impulsos, ideias, conflitos, estados de ânimo ou outro qualquer aspecto correspondente ao self ou aos objectos internos: «Consiste na transformação de todas as interacções regulatórias internas em interacções regulatórias externas» (Grinberg). Como dissemos, este mecanismo engloba diferentes processos como os de Excorporação (ejecção ou expulsão primária), Extrojecção, Projecção, Identificação Adesiva e Identificação Projectiva. Centramo-nos apenas no conceito de Identificação Projectiva pois este fenómeno está no cerne do nosso trabalho.

Foi no seu trabalho «Notes on some schizoid mechanisms» (1946) que Melanie Klein descreveu o mecanismo da identificação projectiva. Esse documento «trata da importância dos mecanismos e ansiedades arcaicas de natureza paranóide e esquizóide». Klein vinha estudando os processos depressivos na infância e acabou a investigar fenómenos subjacentes e anteriores a esses processos depressivos. Descobriu sobretudo

uma fantasia onnipotente em que aspectos não desejados do próprio podem ser dissociados, expulsos e controlados (conhecidos) no objecto em que foram colocados, projectados. Klein integra desde logo a clivagem do Eu no seu conceito de Identificação Projectiva.

A origem deste mecanismo reside nos primeiros momentos da vida quando ainda não há um Eu nem um Objecto e é neste estado de indiferenciação que a Identificação Projectiva tem a sua máxima expressão. Quando por exemplo o bebé sente frustração, a mãe não é vivida como estando separada mas como uma parte má do self (o mau self) contra o qual se dirige o ódio. São os impulsos anais e uretrais, excrementos e partes más do self que são projectados e que segundo Klein serviriam de base ao bebé para atacar o seio e o corpo da mãe numa tentativa de afastar a dor ou desprazer. Este registo é o protótipo da relação de objecto agressiva.

Este mecanismo foi observado activo em adultos com forte psicopatologia (relação de objecto) de índole marcadamente psicótica. Se a identificação projectiva for funcionando no extremo conduz a uma debilitação do Eu pelos aspectos que o sujeito sente estarem perdidos e aprisionados no objecto. Confusão mental e falta de discriminação entre sujeito e objecto, claustrofobia (fantasia de se ficar aprisionado no interior do corpo, da vontade, da mãe), impotências, são alguns dos aspectos clínicos que podem derivar deste processo. Outro aspecto importante e que deriva das investigações de Klein, é a perturbação dos mecanismos introjectivos, como dissemos, caso estes sejam vividos como violentas re-introjecções, compelidas do exterior como retaliação pelas violentas projecções prévias. O resultado seria um elevado grau de ansiedade paranóide.

Resumindo: um uso violento leva o sujeito a temer: a) que as partes dispersas e libertadas do self jamais retornem uma vez projectadas no objecto gerando no indivíduo sentimentos de perda definitiva, podendo configurar reacção depressiva, com o inerente luto pelo estado em que entranhou o self. b) Que as partes projectadas sejam re-introjectadas violentamente como represália das prévias projecções hostis gerando ansiedade persecutória.

A qualidade do funcionamento da identificação projectiva nos vínculos objectais do sujeito é determinada pela qualidade da relação com os objectos primários. Se esses objectos primários tiverem graves perturbações na sua personalidade não poderão por

exemplo receber aspectos tóxicos e angustiantes do self da criança que os procurou projectar. A criança recebe-os de volta, recebe de volta a sua própria identificação projectiva violenta e plena de sadismo. A severidade ou excessividade (Klein, 1946) com que este mecanismo lesa o sujeito estará na proporção do grau de onipotência e fins destrutivos da própria identificação projectiva. Por tudo isto o uso abusivo deste mecanismo é, segundo a autora, característico das relações objectais narcísicas.

Mais tarde, no seu trabalho «On identification» (1955) Klein explora não tanto o uso patológico da identificação projectiva mas mais o seu uso normal isto é, como um dos mecanismos normais de defesa do eu contra a angústia e como vínculo de empatia com o objecto, assinalando que a projecção de partes boas do self contribui para o desenvolvimento posterior de «boas» relações objectais, relações comunicativas e empáticas: colocamo-nos no lugar do outro por meio da identificação projectiva para compreender sentimentos, comportamentos, reacções. Consequentemente, convém assinalar, a identificação projectiva tem um papel predominante na posterior formação de símbolos. Desenvolveremos estes aspectos quando falarmos das contribuições de Wilfred Bion para o conceito de Identificação Projectiva.

É curioso notar que Freud em 1895 no seu livro «Projecto para uma psicologia científica» identifica, analisa e descreve este mecanismo a propósito do choro da criança. Nessa mesma passagem fica implícito que Freud reconheceu a importância que tem a relação do bebé com o seu primeiro objecto (mãe) desde o início da vida exactamente no que toca à posterior aquisição e desenvolvimento do pensamento, da capacidade de simbolização e da comunicação.

De facto, apesar de não o ter chamado de identificação projectiva (embora noutro seu texto de 1921 e a propósito de um exemplo de «identificação por projecção» Freud fale de «projecção simpática») Freud não só compreendeu a identificação projectiva como mecanismo quer patológico quer natural como, na nossa opinião, compreendeu a importância dele ser compreendido por «(...) assistência alheia (...)» e quais as repercussões da presença ou ausência dessa compreensão por assistência alheia: «(...) A totalidade deste processo representa uma experiência de satisfação que tem as mais radicais consequências no desenvolvimento funcional do indivíduo (...)». Num esquema conceptual marcadamente fisiológico, Freud descreve mais adiante o mecanismo da Identificação Projectiva na sua relação com o *acting out*.

Para Wolheim (1969) e no essencial, o que distingue o conceito de projecção em Freud do conceito de Identificação Projectiva de Klein diz respeito àquilo que é projectado e ao objectivo da projecção: a) enquanto Freud fala em projectar ideias, impulsos, afectos e atitudes como por exemplo a raiva, a curiosidade ou a frustração, Klein refere-se a aspectos do self e dos seus objectos internos, partes concretas e dissociadas do Eu que contêm as emoções e ansiedades. b) Na projecção alguma propriedade é transportada de nós para o outro mas sem que esta desapareça da nossa mente. Na Identificação Projectiva embora os aspectos projectados continuem connosco (inconscientes), eles são evacuados para dentro de um objecto externo e aparentemente a mente fica liberta de um pensamento ou substância. A esta fantasia segue-se a fantasia (de introjecção) de que a pessoa atacada ou controlada pode ser incorporada juntamente com a coisa projectada.

Kernberg (1984) também pega na dimensão natural e vital do mecanismo de projecção concordando que o indivíduo pode conhecer muito da sua vida interna observando a reacção do ambiente a esses aspectos projectados. O autor fala da projecção como uma estrutura egóica que opera defensivamente através sobretudo do recalçamento. Especificamente quanto à Identificação Projectiva, este autor sugere que se trata de uma forma precoce de projecção própria de um ego centrado numa «dissociação primitiva». Betty Joseph (1984), segundo Grotstein (1966), vai mais longe nesta ideia e destaca o valor, nomeadamente clínico, dos diferentes tipos do carácter «concreto» da identificação projectiva (desde o tipo primitivo ao tipo empático).

O fenómeno da Identificação Projectiva também ocorre dentro do mundo intrapsíquico isto é, conduzida aos objectos internos. O que se passa, segundo Grotstein (1966), é o estabelecimento de um vínculo entre o núcleo egóico do self e uma internalização orbital ou introjecção localizada na zona periférica do self. Essa internalização orbital pode estar desprendida ou dissociada do núcleo não tendo assim uma condição egóica ou uma condição de identificação introjectiva. Surge então a identificação projectiva, através da qual esses aspectos dissociados do núcleo são projectados no objecto interno orbital para lhe adjudicar algumas das suas características ou para assumir as do objecto. Eis um exemplo dado por Grinberg: certas situações maníacas formam-se a partir da identificação projectiva do núcleo com um objecto orbital idealizado e onipotente quando o eu se introduz dentro do objecto interno fantasiado como onipotente, para daí tratar de forma denegridora os objectos externos (L. Grinberg, 1966).

A propósito deste tema Paula Heimann (1955) corroborou nas suas observações sobre estados paranóides, que a introjecção de um objecto odiado transforma-se através dos mecanismos de dissociação e projecção intrapsíquica em objecto perseguidor. Neste processo de projecção interna estabelece-se, intrapsiquicamente, uma relação entre o Eu e um aspecto dissociado do mesmo que passou a deter o objecto perseguidor introjectado. Para a autora, a finalidade desta introjecção e ulterior projecção paranóide é controlar o perseguidor no mundo interno.

Mais uma vez, Freud já tinha descrito este movimento de Identificação Projectiva para com um objecto interno. Em «Luto e melancolia» (1937) Freud assinala a introjecção do objecto perdido onde um aspecto do Eu se identifica com esse objecto e participa da sua condição, enquanto o Super Eu recebe igualmente o objecto perdido e instala exigências ao Eu que este não pode satisfazer. O Eu responde com culpa e desvalorização.

A diferença entre o modelo de Freud e de Klein é que em Freud a introjecção do objecto perdido faz-se pelo núcleo, isto é, «trata-se-se-ia de uma identificação narcísica com o objecto atacado pelo Eu» (Grinberg). Segundo Wisdom (1961) na teoria freudiana a ambivalência agressiva contra o objecto perdido converte-se, através do Supereu, numa agressividade contra a introjecção nuclear: o núcleo do Eu (por Identificação Projectiva) transforma o Supereu em continente da hostilidade com que antes havia agredido o objecto externo; uma parte do Eu recebe o introjecto, é dissociada e atacada. No modelo Kleiniano o objecto perdido é um introjecto orbital e a ambivalência e hostilidade a ele dirigidos provêm do núcleo do Eu. Dito de outra forma: um aspecto do Eu nuclear «identifica-se projectivamente com o objecto perdido que foi introjectado na órbita (...) por meio de uma outra identificação projectiva, ataca-o com a mesma hostilidade com que antes havia atacado o objecto no mundo externo» (Grinberg).

A partir do conceito de Identificação Projectiva de Klein, Wilfred Bion desenvolveu um modelo teórico e prático que ilustra o mecanismo quer na sua dimensão patológica quer normal, isto é, na sua dimensão relacional e na sua relação com o pensamento. Uma vez que Bion estende de uma forma muito vasta as implicações que o conceito de Identificação Projectiva possibilita, confinamo-nos ao essencial. Há três coisas importantes para dizer: a) Bion (1967, 1970) cria um modelo continente-conteúdo (♂-♀) para ilustrar a dinâmica da relação entre as projecções-conteúdos tóxicas

(identificação projectiva realista ou patológica) do sujeito (bebé, paciente) com o lugar-continente («mãe», psicanalista) onde essas projecções são recebidas ou não, são transformadas ou não, são devolvidas ou não de forma suportável ou mais suportável. b) A natureza desta relação dinâmica que o indivíduo pôde viver (-♀), marca-lhe a qualidade dos movimentos entre Posição Esquizo-paranóide e Posição depressiva (PE ⇔ PD). c) A possibilidade do indivíduo poder vir a «pensar pensamentos» deriva do que foi dito nas duas alíneas anteriores.

Desenvolvemos agora de uma forma elementar estas três alíneas. A relação (♀-♂) é uma espécie de base ou modelo que nasce da observação da relação entre uma mãe e o seu bebé. Essa relação é específica, forma um objecto de investigação e é portanto um fenómeno conceptualizável. Qualquer sujeito experimentou-a e com isso mais específica se torna. Em termos gerais: o bebé projecta aspectos do seu psiquismo, nomeadamente as emoções incontroláveis (a que Bion chama «conteúdo» como dissemos) no seio-bom-«continente» para poder receber de volta essas emoções desintoxicadas e assim poder suportá-las dentro de si.

Se esta relação corre maioritariamente como acabámos de dizer, então é uma relação de crescimento onde a identificação projectiva é marcada por uma emoção de sucesso. Um exemplo prático: o bebé dissocia aspectos de si e dos seus objectos internos como por exemplo a ansiedade de morte. Projecta e coloca na mãe para recuperar de volta sob a forma de um temor atenuado. Este seria um vínculo mãe-bebé, repetimos, marcadamente de crescimento onde a mãe pôde receber, metabolizar através da sua capacidade de *rêverie* e devolver desintoxicadamente um temor agora leve e suportável. Se a mãe reage com ansiedade, colocando uma distância afectiva face ao bebé que chora, ela opôs-se à projecção e devolve-lhe o seu medo de morte sem alteração. Podemos supor ainda que a mãe despoja a identificação projectiva do seu significado específico e em lugar de desintoxicar devolve ao bebé um «terror sem nome».

Da parte do bebé o uso da identificação projectiva tem como objectivo libertar o psiquismo do excesso de estímulos aflitivos. Isto passa-se durante uma etapa do desenvolvimento marcada pela comunicação pré-verbal primitiva onde os pensamentos não são mais do que impressões sensoriais e experiências emocionais muito primitivas («proto-pensamentos»), experiências concretas de «coisas-em-si-mesmo». Bion retira

de Emmanuel Kant (Crítica da Razão Pura) o conceito de «númeno» ou coisas-em-si que ao contrário dos «fenómenos», não podem ser conhecidos, e chama a esta ordem de eventos incognoscíveis de elementos beta (β). Interessa saber que é este o contexto do bebé, o contexto precursor da actividade de pensar, o contexto precursor da formação de um «aparelho para pensar pensamentos».

Na sua obra de 1966, «Second Thought», Bion teoriza uma função-alfa (α) que exactamente vai operar sobre estas experiências emocionais e impressões sensoriais precoces modificando-as para elementos α . Estes elementos não são coisas -em-si mesmo pois foram transformados em imagens visuais, auditivas, tácteis etc. e podem voltar a modificar-se, serem reprimidos, serem memorizados, serem utilizados no pensamento onírico, utilizados no pensamento consciente de vigília, sonhos etc. Os elementos α são da esfera mental. Os elementos, pelo contrário, não estão reconhecidos como fazendo parte de «um» aparelho psíquico e são evacuados pela Identificação Projectiva.

Os dois mecanismos, as relações dinâmicas ($\hat{\alpha}$ -♀) e (PE \leftrightarrow PD) juntamente com a capacidade de *rêverie* da mãe, «fabricam» a função quando as projeções metabolizadas são re-introjectadas pelo bebé. Se o bebé teve a capacidade de tolerar a frustração utilizando a identificação projectiva realista isto é, dirigida ao objecto externo com a finalidade de influenciar a sua postura despertando-lhe sentimentos de que o bebé se quer livrar, isto levará o bebé a modificar a sua angústia em vez de a evitar. O grau de intolerância e evitamento da frustração, intensidade da inveja, afastamento da realidade, utilização da descarga- evacuação, moldará uma identificação projectiva mais hipertrófica, com a intensificação da onnipotência, ou mais realista e que conta com a presença do objecto-continente.

Para Bion, no caso de uma identificação projectiva patológica, marcadamente psicótica, onde predominam a inveja e a voracidade, a dissociação de aspectos do ego cede lugar a múltiplos fragmentos que são projectados violentamente no objecto criando uma realidade dolorosa e persecutória recheada de «objectos bizarros». O sujeito também procura livrar-se das funções egóicas que pertencem ao já de si fragilizado princípio da realidade (pensamentos primitivos, consciência, atenção, julgamento etc.) e que têm por função estabelecer vínculos com o objecto. É neste mundo, de objectos bizarros e de ataque ao vínculo, que consiste a «clausura» psicótica, sem fuga, sem um aparelho de

consciência para avaliar o seu mundo interno na relação com o outro, pois o mundo externo não é senão a representação do seu estado mental, sem repressão.

A sua intolerância à dor e à frustração permite-lhes apenas sentir a dor sem a sofrer e como é lógico dificilmente “sofrem” o prazer. É um mundo assim, recheado de objectos por nomear, inutilizados, incapazes de contar uma história que alteraria a história anterior: sem símbolo, sem abstracção. Bion, através de um exemplo geométrico, dá-nos uma imagem esclarecedora deste mundo psicótico: se um espaço é um abstracto, «um lugar onde algo estava» então um «sentimento de depressão» é o lugar onde «havia um seio ou outro objecto perdido». Este espaço é onde estão as emoções, é o espaço mental e é da ordem do númeno (incognoscível) mas que pode ser representado por pensamentos, produzir elementos α ou imagens.

O psicótico não dispõe de uma concepção de continente que lhe permita o uso da identificação projectiva normal e daí o uso de uma « projecção explosiva» num espaço mental imenso, impossível de representar e vazio de imagens. A esta explosão, equivale o sentimento de «catástrofe» (psicótica), pânico, a todo o custo evitado. A emoção é vivida como perdida na imensidão. É a «identificação projectiva explosiva». Bion desenvolve muito esta área do pensamento psicanalítico e conceitos como os de Identificação projectiva revertida, campo de força emotiva, catástrofe psicótica, ficam por falar.

Não queríamos fechar este capítulo sem assinalar os contributos de Herbert Rosenfeld e Donald Meltzer sobre o tema da Identificação Projectiva. Rosenfeld, entre os demais autores também contempla a Identificação Projectiva como sendo uma forma natural de comunicação e uma modalidade patológica de negação da realidade psíquica com inerente evacuação de elementos mentais dolorosos. Na relação terapêutica, esta última, a «Identificação Projectiva excessiva» tem por objectivo (especialmente em pacientes psicóticos e fronteirizos) o controlo onnipotente do corpo e da mente do analista. Como dissera Klein, a Identificação Projectiva usada contra a inveja fica patente em reacções como a recusa do paciente quando este expulsa a «interpretação-alimento» ou quando o paciente se «introduz» no analista para se converter nele procurando estabelecer uma relação objectal parasitária.

Segundo o autor esta última seria uma combinação entre defesa estritamente psíquica e um *actig-out* de natureza agressiva e, repetimos, invejosa, já que o paciente tenta fruir

de tudo aquilo que lhe parece ter valor com se estivesse instalado dentro do objecto. Por último, uma outra modalidade possível de identificação projectiva, é aquela em que o paciente se esconde dentro de um delírio ou «mundo alucinado» sendo que muitas vezes «encerra» o analista nesse objecto de delírio ficando o paciente protegido dos sentimentos de dependência de um objecto real externo (analista).

Para o autor este conceito é de especial importância para a manutenção do funcionamento terapêutico no sentido que a sua precisa compreensão pode evitar complicados problemas entre transferência e contra transferência nomeadamente no evitamento do impasse terapêutico. Esta sugestão refere-se não somente à compreensão da Identificação Projectiva mas às modalidades em geral das projecções ou processos projectivos no trabalho com estados psicóticos. Uma ilação técnica Rosenfeld tira daqui: é fundamental evitar que estas ansiedades se mobilizem demasiado rápido na análise já que o analista ou certos aspectos da sua actividade podem misturar-se muito facilmente com o retorno das projecções do self tornando o analista num perigoso perseguidor.

De uma forma geral, Donald Meltzer reconhece o conceito de Identificação Projectiva tal como postulado por Melanie Klein e distingue-o também do conceito de Projecção Freudiana. Meltzer concorda que o conceito de Freud se aplica mais a ideias, impulsos, afectos e atitudes enquanto a Identificação Projectiva é sobre objectos do mundo interior e exterior e aquilo que o indivíduo projecta são objectos internos e aspectos do Eu.

Confirma que o termo Identificação Projectiva «excessiva» faz sentido porquanto: a) os seus objectivos são predominantemente sádicos e destrutivos b) a urgência do indivíduo é tal em livrar-se da dor que a identificação projectiva acaba por interferir de forma negativa na reelaboração normal dos conflitos. Meltzer reforça a ideia de que a identificação projectiva vai para além dos processos sintácticos na transmissão de informação sendo que o indivíduo projecta o seu estado de ânimo muito para além do que comunica verbalmente. Os indivíduos que usam de uma forma excessiva a identificação projectiva para se comunicarem são por se turno receptores muito vulneráveis à identificação projectiva agressiva do interlocutor.

Cabe ainda dizer que Meltzer (1967) aprofunda as relações da Identificação Projectiva com o processo criativo e com a psicosexualidade. Embora não possamos explicar aqui estes contributos, não podemos deixar de assinalar de uma forma sintética o seguinte:

Os motivos que levam o sujeito à tendência para um uso maciço deste tipo de projecção são, como já assinalara Klein e outros autores, a intolerância à separação, o controle onnipotente, a inveja, o ciúme, a desconfiança e ansiedade persecutória em excesso.

A intransigência à separação deve-se à necessidade do indivíduo que para manter a sua integração, manter unidas as partes do self, depende absolutamente de um objecto externo. Tal facto é observado nos casos de autismo e esquizofrenia onde a frágil área de espaço vital dentro do self dificilmente contém os objectos da realidade psíquica. Quando a diferenciação entre o bom e o mau objecto não se estabelece, o controle onnipotente é exponenciado pela Identificação Projectiva e torna-se o modo privilegiado (modo de controle onnipotente) de como o indivíduo se relaciona com os objectos externos (configurando assim uma organização narcísica como já havia concluído Klein). Meltzer corrobora igualmente um uso da identificação projectiva como defesa contra os sentimentos de inveja. Quanto aos ciúmes Meltzer distingue dois tipos essenciais: Os ciúmes delirantes que têm por base uma relação omnisciente com o corpo da mãe, e os ciúmes possessivos que têm por base uma forma de amor primitiva (oral e de objecto parcial). Estes ciúmes possessivos contribuem na manutenção do uso da Identificação Projectiva maciça. Acerca da desconfiança patológica Meltzer diz-nos que quando a identificação projectiva se preenche (na fantasia) de engano ou astúcia, em vez de agressividade e violência, aumentam os sentimentos de desconfiança e o conseqüente medo de ficar preso dentro do pensamento (e corpo) da mãe.

Por último, no que se refere aos excessivos sentimentos persecutórios Meltzer distingue vários níveis de ansiedades que fazem uso da identificação projectiva. Um desses níveis de tremenda ansiedade persecutória relacionar-se-ia com a falha da relação ao nível da «fase da pele». Meltzer interessou-se bastante pelos trabalhos de Esther Bick que consistiu na observação de crianças, nomeadamente de crianças autistas. Dessas observações Esther Bick constatou que alguns bebés revelavam uma vivência de desintegração. Esses sentimentos de desintegração também apareciam no material de alguns pacientes adultos especialmente em reacção a situações de separação. Ainda nos adultos essa vivência era marcada por uma sensação de queda em espaços infinitos.

Nestes casos a Identificação Projectiva não aparecia em forma de *acting out* ou busca de substitutos mas sim como uma procura de refúgios (lençóis, «tocas», caixas), uma procura de algo que una os aspectos do seu self, que os envolva, mas sem uma

tendência de se introduzirem dentro de alguém. A procura de uma pele («segunda pele», Meltzer) e a ansiedade subjacente prende-se com o pânico da perda de conteúdos. A sua pele «defeituosa» tem origem nas identificações precoces com um objecto-contidente defeituoso e em lugar das Identificações Introjectivas e Projectivas, Meltzer e Esther Bick falam de um «Identificação Imitativa» ao objecto.

Os pacientes que pareciam sofrer deste tipo de identificações, imitam a aparência externa e a conduta do objecto, como se estivessem «pegados por fora como um pedaço de pele» (Grinberg), um selo, um autocolante (Esther Bick fala em «Identificação Adesiva») tornando-se assim parte desse objecto. Meltzer (1974) assinala que estes pacientes desmentalizam o objecto no sentido em que não há uma identificação com a mente do objecto mas apenas com a sua aparência e comportamento. Tratar-se-ia de personalidades «como se» em que os sujeitos parecem nada terem de si e não só se colam ao externo (moda, moral etc.) como mudam muito depressa de aparência. Com isto Meltzer acrescenta que dentro das identificações narcísicas existem dois tipos de identificações: as Identificações Projectivas e as Identificações Adesivas.

3. Transferência.

O conceito de transferência, o seu significado e a sua importância, tem sofrido modificações. Elas são visíveis já na obra de Freud que lhe atribuiu vários sentidos bem como no decorrer da psicanálise depois de Freud. Actualmente a transferência é algo de tão importante que para muitos autores é mesmo a chave do tratamento no sentido em que é a interpretação das modalidades da transferência e a sua resolução que permitem ao indivíduo conhecer-se e mudar. Pelo rigor e constância das coordenadas da situação analítica, o que se fornece ao paciente é essa ocasião privilegiada de revelação e de observação dos fenómenos psíquicos, através da rememoração e repetição vivida na transferência. Num sentido amplo a transferência compreende todos os fenómenos que existem na relação do paciente com o psicoterapeuta. Aquilo que o indivíduo transfere é toda a sua identidade.

Podemos dizer com segurança que abordar o tema da transferência é quase falar do próprio trajecto da Psicanálise. A investigação de S. Freud dos processos psíquicos e a

sua construção de um modelo mental encontrou no vértice da relação psicanalista-paciente e mais especificamente na transferência, um ponto de observação privilegiado. Este conceito, repetimos, é dos que mais geraram diferenças de opinião, modificações e desenvolvimentos. Começamos pelo fundador da psicanálise e pelas transformações da compreensão da transferência ao longo da sua obra e da relação dessas transformações com a sua visão de um modelo da mente. É inevitável demorarmo-nos um pouco numa abordagem mesmo que leviana à meta-psicologia.

Freud utilizou vários métodos na relação terapêutica ao investigar as Neuroses em geral e em particular a Histeria. O começo deste percurso dá-se no encontro com Charcot em 1885. Charcot recorria à hipnose evidenciando que as paralisias histéricas não tinham origem numa afectação orgânica demonstrando assim existir uma dissociação entre sintoma e anatomia. Esta concepção levou Freud e outros a procurar as causas do sintoma não numa anotomapatia cerebral mas numa experiência que implicasse representações. Não se tratava da perna ou do braço paralisado do paciente, no sentido orgânico-funcional, mas da concepção que este tinha desse órgão: tinha de existir uma dissociação psíquica que produzisse como efeito o sintoma (assim considerado «excrecência mental»).

Se na histeria há excesso de excitação no sistema nervoso a catarse foi pensada como uma forma de descarga e portanto como método apropriado para restabelecer o equilíbrio do paciente: «(...) O braço ficará paralisado na proporção da persistência dessa carga afectiva ou da sua diminuição pelos meios psíquicos apropriados (...) Podemos mostrar que o braço fica livre tão logo a carga afectiva é apagada(...)» Freud (1888). Há uma ideia super investida afectivamente e Freud começa a reflectir na relação entre este sobre-investimento e a dissociação psíquica, e tenta a sua influência junto do paciente usando sugestões proibitivas. Com isto esperava opor a força da sugestão à força produtora do sintoma (hipnose sugestiva). O valor da hipnose residia então na sugestão do médico. Estas sugestões podiam ser um vigoroso desmentido dos males de que o paciente se queixa, uma permissão ou consentimento para o paciente poder fazer algo ou uma ordem para ser executada (Freud, 1891).

A compreensão e a tentativa de eliminar os sintomas histéricos passavam por encontrar a causa externa que produzia o conflito mental, por exemplo: a sedução traumática

como evento físico. A lembrança dessa causa reprimida (não recordada) seria conseguida através da catarse provocada pela sugestão. Encontrar-se-iam assim as pressões patogénicas do sintoma mas desta feita numa manifestação verbal e com expressão do afecto. A esta descarga (catarse) ou superação das resistências corresponderia a cura (Freud, 1895d).

Resumindo, a conversão seria o resultado de uma enervação corporal cuja origem fora uma carga afectiva que no decorrer do processo anímicos se tinha afastado da consciência e o afecto caíra agora numa via falsa. Essa carga afectiva patogénica (representação patógena) ou trauma psíquico quase sempre correspondem a um passado distante conferindo-lhe a característica de reminiscência não descarregada e por isso o tratamento (catarse) deveria possibilitar a abertura de vias que conduzissem o afecto à consciência e à descarga. Isto pressupõe que o sintoma não é uma nova formação patológica mas sim fruto da ruptura do equilíbrio do sujeito sendo que caberia à actividade psíquica regular (pelo eixo prazer-desprazer) as energias móveis que investem as representações.

Assim teria de existir um processo defensivo capaz de manter fora da consciência ideias incompatíveis, cenas sexuais infantis e todos os aspectos intoleráveis ao sujeito, criando um depósito de lembranças inconscientes. Esse inconsciente dinâmico, fruto da repressão, que estaria na origem da formação dos sintomas, seria então algo de patológico, uma perturbação psíquica por onde corriam representações patogénicas dando origem a processos anímicos conflituosos opostos à tendência consciente da vida mental do sujeito, que não teria outra solução senão entrar em defesa.

Portanto, pelos finais do século XIX, depois de ter desenvolvido a terapia catártica criada por Breuer (que tal como Freud fora influenciado pelos trabalhos de Charcot), publica os «Estudos sobre Histeria» onde sublinha o factor afectivo na formação do sintoma histérico e abandona a hipnose corroborando com a opinião de Meynert (1889) de que o hipnotismo induzia a uma alienação e de que na base do hipnotismo assentava uma dependência do aspecto sugestivo do médico donde os resultados, apesar de existirem, não perduravam. A estes factores juntava-se o facto de o número de pacientes que se deixavam hipnotizar ser reduzido. Freud sentiu necessidade de um outro método já com a consciência do valor da relação, da influência, analista-analizando.

Freud instiga agora os seus pacientes a que se deixem levar, que falem do que quiserem sem nenhum objectivo determinado e ao acaso. Existiam lacunas na memória dos pacientes e se lhes fosse pedido que as preenchessem, ele notou que tal era repellido pelo pensamento crítico e se essas recordações eram conseguidas uma vez vencidas as resistências, vinham acompanhadas de dor e desconforto. A amnésia é fruto da repressão e as forças psíquicas que operavam na repressão também estavam ao serviço das resistências que operavam contra a recuperação dessas lembranças perdidas (Freud, 1904). A compreensão do sentido das forças presentes no psiquismo como a resistência (que ficava oculta na hipnose), passa por deixar essas forças aparecerem para que o seu sentido seja apreendido. Assim a resistência ganha uma importância privilegiada na investigação dos conflitos e tornava-se uma das pedras angulares da teoria psicanalítica.

Começa a fazer notar a sedução (1893) atribuindo-lhe uma função teórica importante. Recua cada vez mais na infância as cenas de sedução traumatizantes e menciona a acção póstuma de um traumatismo sexual infantil conferindo à sedução a causa específica das Neuroses de Defesa. Percepciona assim o carácter sexual da repressão e ao atribuir à sedução uma função etiológica importante está também a elaborar uma explicação profunda para a origem do mecanismo da repressão do afecto em muitos outros traumatismos. As suas investigações prosseguem, propõe e abandona algumas hipóteses sobre a sexualidade infantil e os sintomas verificados em pacientes pós-púberes e adultos (Teoria de Sedução). Destas investigações ganham poder as noções de fantasia inconsciente e realidade psíquica e menciona o facto de que no inconsciente não há indicações da realidade já que o afecto catexisa a verdade e a ficção.

Este modelo assenta na concepção associativista do psiquismo, na hipótese de uma quantidade de energia livre no interior do psiquismo e na divisão do funcionamento psíquico em dois princípios distintos: um leva em conta a realidade e é predominantemente racional e o outro é dominado pela anarquia dos impulsos (fonte dos sonhos e de delírio). A assumpção desta realidade psíquica independente, mais importante do que a realidade material (Freud, 1925), é no fundo a base que lhe permitirá descobrir o fenómeno da Transferência.

O termo é pela primeira vez aplicado à interpretação dos sonhos e tem um sentido intrapsíquico: procura descrever o deslocamento do desejo inconsciente no processo de elaboração onírica (o desejo investe a sua carga num resto diurno, substituindo-o e encobrindo-o, para enganar a censura). Como se o desejo utilizasse uma forma externa apoderando-se dela, carregando-a e dotando-a de uma nova significação.

Ernest Jones descreve uma situação clínica vivida por Freud em que uma paciente abraçou-o repentinamente. Freud não atribuiu tal facto aos seus «dotes físicos e psíquicos» e supôs existir uma base erótica oculta ou manifesta mas peculiar à relação terapêutica. Foi assim notando que os pacientes atribuíam ao analista representações de variadas qualidades afectivas durante o tratamento onde uma união do passado com o presente, através da justaposição de um objecto do passado ao actual, criava um falso enlace.

Ficavam então claros os aspectos não conscientes e irracionais, vinculados a pessoas e desejos do passado, em que os afectos não apareciam adequados nem em qualidade nem em quantidade à situação real e actual: «A representação inconsciente é totalmente incapaz, enquanto tal de penetrar no pré-consciente, e não pode exercer nele qualquer efeito a não ser pondo-se em conexão com uma representação anódina que pertence já ao pré-consciente, transferindo a sua intensidade para ela e cobrindo-se com ela. É esse o facto da transferência, que fornece a explicação de tantos fenómenos impressionantes da vida mental dos neuróticos.» (Freud, 1910).

A Transferência foi entendida como uma conexão ilusória. Um desejo do passado, em vez de ser recordado, aparecia agora e referido ao analista, como uma repetição de um padrão e fruto de uma compulsão associativa. Um outro exemplo de Freud (1895): «Numa de minhas pacientes, a origem de um sintoma histérico específico estava num desejo, que ela tivera muitos anos antes e relegara de imediato ao inconsciente, de que o homem com quem conversava na ocasião ousasse tomar a iniciativa de lhe dar um beijo. Numa ocasião, ao fim de uma sessão, surgiu nela um desejo semelhante a meu respeito. Ela ficou horrorizada com isso, passou uma noite insone, e na sessão seguinte, embora não se recusasse a ser tratada ficou inteiramente inutilizada para o trabalho». Neste contexto a transferência era tida como uma falsa conexão entre um material do passado, impossibilitado de aceder ao processo secundário por estar carregado de impulsos

eróticos e a relação com o analista (Freud, 1909). A revivescência do recalçado na figura do analista mas também a importância de alguma qualidade desconhecida no médico que lembrava ao paciente alguma figura do passado, estavam assim ao serviço da catarse já que o impulso uma vez tornado consciente e explicado ao paciente, seria eliminado (Freud, 1905).

Havia pois uma relação entre a repetição de experiências afectivas e o par analista-analizando que podia ser usada como instrumento de cura. Se no início Freud achou que este mecanismo estava essencialmente patente nas histerias mais tarde reconhece o valor espontâneo e universal deste fenómeno: «A transferência foi simplesmente descoberta e isolada pelo analista. É um fenómeno universal do espírito humano...» (Freud, 1910).

Resumindo, influenciado pelo modelo catártico e tendo a equação recordação-sintoma como factor de cura (consciencialização do reprimido infantil com acesso deste ao processo secundário) a transferência começa por ser um instrumento da rememoração com o objectivo da remover amnésias: se as lacunas da memória forem completadas e as neblinas da vida mental esclarecidas, o equilíbrio do indivíduo ficaria restaurado. A transferência era tida como uma peça da mecânica associativista na «dialéctica do presente e do passado no contexto da repetição e da resistência» (Etchegoyen, 1985).

Ao mesmo tempo que Freud foi abandonando a Teoria da Sedução, criou o conceito de recalçamento originário. Este seria a condição indispensável para os recalcimentos posteriores e o núcleo da constituição do inconsciente reprimido. É uma fonte tópica e económica da formação do inconsciente dinâmico (reprimido) e está no centro do psiquismo normal e patológico do humano. A repressão originária funciona como pólo de atracção dos recalcimentos posteriores e estará na origem dos sintomas sempre que a libido for barrada. O conceito de trauma deixa de ser central no seu modelo mental.

Juntamente com o conceito de recalçamento originário Freud articula os conceitos de transferência e repressão. Quanto à repressão, e a propósito da interpretação dos sonhos, Freud mencionou a inclinação do aparelho primário para fazer desaparecer da consciência a imagem mnésica fonte de desprazer. Estava dado o primeiro exemplo do recalçamento psíquico e o primeiro passo do modelo do recalçamento em geral: certos

pensamentos ligados a desejos inconscientes são recalçados e um fundo de experiências infantis retira-se desde o início à vigilância do pré-consciente.

Se o desejo inconsciente reprimido é organicamente reforçado, os pensamentos substitutivos (transferidos) também saem reforçados para penetrarem no pré-consciente. Por seu turno o pré-consciente também se opõe (contra-investimento) ao recalçado e deste jogo de forças psíquicas resulta uma formação de compromisso (sintoma) que é uma espécie de forma intermédia que reúne os pensamentos transferidos carregados de desejo inconsciente. Nesta fase da elaboração do conceito, Freud (1905) reconhece que o analista não poderá contar com a ajuda do paciente no trabalho com a transferência. Mas em 1909 diz no relato do caso «O Homem dos Ratos» que o paciente «deveria percorrer a penosa estrada da transferência» para que o analista acesse aos seus desejos inconscientes. Em termos gerais esta é condição epistemológica da clínica da transferência que predomina até hoje.

Com esta reviravolta, de obstáculo ao tratamento a instrumento de tratamento a transferência levanta novas questões. Porquê que a libido que escapa à repressão se engata ao analista? Como pode a repressão deixar escapar os desejos inconscientes pela via da transferência? Freud considerava que quanto maior fosse a frustração com a realidade, maior a perturbação do narcisismo, maior o grau de regressão ou introversão da libido. Ao analista caberia a tarefa de mudar esta inclinação patológica de retracção da libido e neste sentido o analista ocuparia o lugar da repressão do sujeito.

Freud (1912) faz notar que a transferência do material inconsciente do analisando é mais fácil ao sujeito do que a rememoração desse recalçado. Etchegoyen (1985) a este propósito menciona que o «antídoto» da repetição é a recordação. Em 1914 Freud atribui à natureza da transferência três eixos: realidade/fantasia, consciente/inconsciente e passado/presente e é por isto que a vida afectiva recalçada é revivida através da transferência. Nas suas reflexões sobre o clássico relato do «caso Dora», Freud (1905) cria o conceito de Neurose de Transferência para assinalar o facto de a paciente por um lado deixar de produzir os sintomas com que se apresentou à análise mas por outro criar uma nova formação inconsciente directamente ligada à relação com o psicanalista.

Entende a Neurose de Transferência como «a concentração dos conflitos infantis, desejos reprimidos, fantasias, etc., na pessoa do analista com relativa diminuição de suas manifestações em qualquer outro lugar...». Tratar-se-ia de um novo estado mental, de natureza provisória que serve de transição entre a doença e a saúde. Se paciente e analista conseguem superar esta recapitulação ou equivalente dos sintomas a Neurose artificial estará resolvendo a Neurose real (Racker, 1960). Fica implícito que não é a Neurose de Transferência que trás consequências crônicas, ela apenas trás os termos originais dos conflitos e das faltas. Inevitavelmente o paciente levantará as suas defesas à percepção e consciencialização da Neurose de Transferência. Será a resolução destas resistências que determinará também o sucesso do tratamento.

Assim as qualidades específicas da transferência receberam um significado adicional quando o conceito de Neurose de Transferência foi introduzido em «Recordar, Repetir e Elaborar» (Freud, 1914). Este conceito enfatizava a maneira como os relacionamentos prévios, que eram componentes da própria neurose, influenciavam os sentimentos do paciente em relação ao terapeuta. Este conceito foi ampliado posteriormente, quando Freud em «Além do Princípio do Prazer» diz: «o paciente é obrigado a repetir o material reprimido como uma vivência contemporânea, ao invés de, conforme o médico preferia ver, recordá-lo como algo pertencente ao passado. Essas reproduções, que emergem com tamanha e indesejável exactidão, têm como tema alguma parte da vida sexual infantil e invariavelmente encontram expressão no âmbito da relação do paciente com seu médico. Quando se atinge essa fase, pode-se dizer que a Neurose anterior agora foi substituída por uma nova Neurose. A repetição do passado, sob a forma de transferência, é consequência da "compulsão à repetição". A transferência é apenas um fragmento da repetição do passado esquecido não apenas para o terapeuta, mas também para todos os outros aspectos da situação actual».

No trabalho «Fragmentos de análise de um caso de histeria» Freud (1905) menciona que o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela actuação, ou seja, ele reproduz o reprimido não como uma lembrança, mas como uma acção repetitiva e inconsciente. Daqui Freud virá a extrair muitas hipóteses para o porquê de certos fenómenos psíquicos, um deles é o *acting it out* pois é nesta falha de memória, nesta lacuna, que emerge o recalco como repetição em actuação (*acts it out*): «O paciente reproduz não como lembrança, mas como acção; repete-o, sem

naturalmente saber que o está repetindo.». Em «Recordar, repetir e elaborar» Freud volta a dedicar-se à meta-psicologia dos processos psíquicos desencadeados pela memória, mais especificamente, pelas falhas na memória. As falhas na memória deixam ver a acção do recalco e da resistência que impedem a própria memória de se revelar. Freud afirma: «trata-se de preencher lacunas na memória; dinamicamente, é superar resistências devidas à repressão».

No pós-escrito desse mesmo trabalho, Freud conceptualiza a transferência do seguinte modo: «transferências são reedições, reduções das reacções e fantasias que, durante o avanço da análise, costumam despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévias é revivida, não como algo do passado, mas como um vínculo actual com a pessoa do médico. Algumas são simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação do seu conteúdo, uma sublimação. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões».

Articula os conceitos de compulsão à repetição, resistência e transferência e atribui o papel à transferência de ser um caminho para recordar o recalco (em luta com a compulsão à repetição para actuar o recalco): «tornamos a compulsão inócua, e na verdade útil, concedendo-lhe o direito de se afirmar num campo definido». Esse campo específico, onde a repetição que origina a passagem ao acto pode aparecer, sem ser na própria passagem ao acto, é a Neurose de Transferência. Freud (1940) diz: «o paciente vê nele [analista] o retorno, a reencarnação, de alguma importante figura saída de sua infância ou do passado, e, conseqüentemente, transfere para ele sentimentos e reacções que, indubitavelmente, aplicam-se a esse protótipo. Essa transferência logo demonstra ser um factor de importância inimaginável, por um lado, instrumento de insubstituível valor e, por outro, uma fonte de sérios perigos».

Quando, Freud diz que a transferência é motivada pela compulsão à repetição e que encontra oposição por parte das forças do ego que obedecem ao princípio do prazer, assinala uma transferência que estaria ao serviço do instinto de morte como força contrária à mudança e portanto, que procura o imobilismo. Um vínculo ao serviço do instinto de morte e regido pela repetição confere à transferência mais um carácter daquilo que é resistido do que de resistência. Seria o ego que se oporia à transferência e

à repetição vividas como aniquilante e destrutiva, ameaçando o ruir do Ego (Etchegoyen, 1985). Assim para Freud a repetição na transferência é a prova de que existe um impulso que insiste em situações contrárias ao princípio do prazer.

Em 1912 Freud publica «A Dinâmica da Transferência», uma obra exclusivamente dedicada ao tema, onde assinala que sem a análise da transferência não há tratamento psicanalítico. Aí ele descreve a transferência como um fenómeno predominantemente erótico e infantil: descreve a origem e a natureza da transferência através daquilo que aconteceu na vida amorosa do sujeito. Através da combinação de sua disposição para amar e das influências sofridas durante os primeiros anos, cada um segue uma forma de se guiar na vida erótica (Freud, 1912). Por efeito das variáveis mencionadas resultaria um padrão (plástico, mutável ante novas experiências) para a vida amorosa. Daqui resultaria também a explicação para a repetição e re-vivência desses mesmos modos de amar com o analista. Haveria assim uma tendência da libido: parte desta tendência da libido desenvolve-se e dirige-se para a realidade, mas haverá outra parte que será frustrada e portanto não se desenvolve senão na imaginação (sublimação) ou fica recalçada e depositada no inconsciente com introversão da libido regredida e conseqüente reanimação das imagos infantis (fixação, frustração, regressão).

É nesta compreensão, dos percursos da libido (e das novas situações clínicas), que Freud se ocupa da psicose como efeito da retirada da libido do objecto para o ego (tornando-se assim auto-erótica). A fantasia fica agora a mediar a subjectividade entre a pulsão e a realidade. Isto é importante pois agora a descarga do afecto não segue apenas o caminho da conversão ou do delírio histórico, novo caminho fica em aberto: o da realização alucinatória psicótica (manifestação da clivagem do funcionamento mental). A transferência passa a ser o lugar aonde emerge e se actualiza a organização patológica como reinvestimento libidinal regressivo das formações fantasmáticas inconscientes mas, também e por conseguinte, é o lugar ou instrumento da sua desconstrução.

A psicanálise de Freud continuará a evoluir e a par daquilo que vai conceptualizando acerca do ego, sintoma, angústia, clivagem, defesa, complexo de Édipo e muitos outros aspectos e mecanismos mentais. Também o conceito de transferência se vai enriquecendo e transformando. Ampliam-se as possibilidades das relações entre os fenómenos da mente e amplia-se a consciência de que é a transferência que permite ao

psicanalista enriquecer esse modelo da mente ao compreender melhor as comunicações transferenciais do paciente.

4. Transferência *Border-line*.

Foi a partir do trabalho «Borderlines States» de Robert P. Knight em 1952 que aparece a proposta para uma nova entidade clínica: a do paciente fronteiro. Esta fronteira seria a que separa a Psicose da Neurose. Knight achava que os pacientes border-line não teriam indicação para análise pelo perigo de desmoronamento de um típico ego frágil ante a natural regressão que acompanha o tratamento analítico. Sugeriu antes uma psicoterapia de apoio de inspiração analítica com a tônica no restauro da força do ego. Alguns autores não concordam com esta indicação de Knight (Otto Kernberg e Winnicott por exemplo) entendendo que o tratamento clássico é adequado, outros como Kernberg propõem uma psicoterapia psicanalítica modificada. O que move alguma falta de consenso acerca da modalidade de tratamento para estes pacientes pode prender-se com a natureza da transferência que este tipo de pacientes despoleta dada a difusão da identidade, a falta de limites entre self e objecto, o predomínio de mecanismos de defesa primitivos como a dissociação (sem que no entanto percam totalmente a prova da realidade como na psicose estrita).

Kernberg prefere o termo «organização fronteira da personalidade» e alerta que o paciente fronteiro não é o depositário dos casos de difícil diagnóstico mas sim portador de uma entidade clínica com características próprias. Põe a tônica numa transferência primitiva marcada por uma relação de objecto parcial. Nestes pacientes «a transferência reflecte uma multiplicidade de relações objectais internas de aspectos dissociados do self e aspectos altamente distorcidos, fantasmáticos e dissociados das representações de objecto» Kernberg (1968). Mais adiante diz: «quando recebem tratamento psicanalítico, costuma-se observar neles uma peculiar forma de perda da prova de realidade e inclusive ideias delirantes que se manifestam somente na transferência; em outras palavras desenvolvem uma psicose transferencial e não uma neurose de transferência».

Antes de prosseguirmos com o tema da transferência *border-line* gostaríamos de introduzir o conceito de psicose de transferência. O termo Psicose de transferência foi proposto por Herbert Rosenfeld (1952) para assinalar uma transferência marcada por fortes conteúdos delirantes com base em níveis de angústia maciços, próprios de uma organização egóica prestes a ruir e com mecanismos de defesa predominantemente projectivos. Historicamente, a par das investigações de Rosenfeld sobre a transferência com pacientes psicóticos, nomeadamente esquizofrénicos, Klein vinha desenvolvendo também as suas reflexões sobre o desenvolvimento infantil e seus arcaicos processos relacionando-o com a etiologia e tratamento de pacientes esquizofrénicos. Margaret Mahler levava igualmente a cabo uma investigação sobre o desenvolvimento da criança, as psicoses na infância e a sua relação com o processo de separação-individação.

Uma das conclusões de Mahler é o seu conceito de Fase Simbiótica que corresponderia ao que Klein postulou como Posição Esquizo-Paranóide ou Estado Esquizóide. Para Mahler esta seria uma fase em que o bebé não se distingue da sua mãe e propunha que a etiologia da esquizofrenia deva ser procurada numa falha dessa fase. Caso a simbiose não se chegasse a formar, teríamos aquilo que a autora denominou de fase sem contacto a que corresponderia um estado autista. Tratar-se-ia de crianças que jamais chegaram a participar de uma relação simbiótica e conseqüentemente não poderiam viver um posterior processo de separação-individação. Transpondo as suas conclusões para o tratamento de pacientes psicóticos nomeadamente para o conceito de transferência Mahler assinala, tal como Klein e Rosenfeld, que a transferência existe por mais regredido que seja o paciente e que a dificuldade estará do lado de numa dolorosa contra-transferência onde o analista se sentirá radicalmente ignorado e isolado.

As investigações de Mahler influenciaram autores tão importantes como Margaret Little ou Searls. Margaret Little (1958) desenvolverá bastante a análise da Transferência Delirante, a partir de Mahler, dedicando especial atenção às fantasias simbióticas transferenciais, aos mecanismos de indiferenciação entre realidade e fantasia, entre presente e passado. Little assinala que o que está em jogo no tratamento da esquizofrenia é sobretudo a forma como o terapeuta pode entrar em contacto com os seus próprios aspectos mais regredidos uma vez que o paciente psicótico apresenta-se

com uma estrutura egóica muito primitiva que remonta aos primeiros meses de vida onde o lactante se relaciona com objectos parciais. A tónica estará na forma como o analista pode entrar em contacto com esses seus núcleos psicóticos e em especial com a sua «função» delirante.

Searls, partindo dos conceitos de Mahler, define cinco fases evolutivas na psicoterapia com pacientes esquizofrénicos crónicos. Num primeiro momento estabelecer-se-ia uma fase sem contacto caracterizada pelo encontro analista-paciente onde a comunicação seria verdadeiramente escassa. Seguir-se-ia a fase simbiótica ambivalente onde o silêncio e a ambiguidade na comunicação predominam e debilitam os limites do ego tanto do analista como do paciente. Nesta fase os mecanismos de projecção e introjecção operam com grande intensidade em ambos os intervenientes proporcionando uma base de realidade à transferência simbiótica. Esta seguinte fase, fase simbiótica pré-ambivalente ou de simbiose total, seria o momento em que o analista teria a possibilidade de desenvolver um papel de mãe predominantemente boa proporcionando ao paciente uma verdadeira dependência infantil. Seguir-se-ia por fim a fase de resolução da simbiose onde estariam de volta as necessidades individuais tanto do analista como do paciente. Esta seria a fase final do tratamento: a fase de individuação.

Estes elementos, para além de marcarem a transferência psicótica, estão também presentes na transferência com pacientes border-line.

Assinalamos alguns dos contributos de Winnicott que utilizou e desenvolveu largamente algumas das reflexões dos autores mencionados nestes últimos parágrafos. A propósito da transferência border-line e integrando o conceito de psicose de transferência, num artigo de 1955, «Clinical Varieties of Transference», Winnicott procura as diferenças que considera fundamentais entre as formas típicas de transferência de pacientes neuróticos e as de pacientes com defesas mais psicóticas.

Winnicott diz ser o inconsciente do paciente quem dirige a análise e que o analista deve ir no seu encaço sob o risco de se tornar directivo. Na análise de neuróticos, o dispositivo terapêutico entendido como manuseamento dos detalhes (regularidade, horários, constância, comportamento do terapeuta etc) tem uma importância

relativamente menor do que com pacientes fronteirços pois a principal atenção do paciente neurótico está colocada na interpretação. No trabalho com pacientes de tipo borderline, o setting adquire uma importância decisiva e caso venha preencher as necessidades do paciente este irá gradualmente aumentando as esperanças de que o self verdadeiro, possa finalmente correr os riscos envolvidos nesse seu começar a viver a experiência (Winnicott, 1955).

Se no trabalho com pacientes predominantemente neuróticos a transferência trás o passado, no trabalho com pacientes borderline o presente volta ao passado: « (...) Há, então, pela primeira vez, para o paciente, a oportunidade para o desenvolvimento de um ego, para a sua integração a partir dos núcleos desse ego, para o estabelecimento de um ego corporal, e também para o seu repúdio a um ambiente externo, simultâneo ao início de um relacionamento com objectos. Pela primeira vez, o ego pode experienciar impulsos do id, e sentir-se real ao fazer isso, como também ao descansar do acto de experienciar» (Winnicott, 1955).

Embora Winnicott não exclua a transferência neurótica à psicótica e vice-versa, também ele utiliza bastante o termo «psicose de transferência» quando fala da natureza da transferência vivida pelo paciente fronteirço. Numa caracterização dessa psicose de transferência Winnicott dá um exemplo: se o divã e as almofadas estão lá para o uso do paciente, eles aparecerão em ideias e sonhos representando [will stand for] o corpo, os seios, os braços, as mãos do analista numa variedade de modos. Mas enquanto o paciente está regredido (por um momento ou uma hora ou um longo período de tempo) o divã é o analista, os travesseiros são os seios, o analista é a mãe numa certa era passada (Winnicott, 1954).

O que para o neurótico é um símbolo para o paciente fronteirço regredido é a realidade. Continua, «(...) constrói-se uma habilidade do paciente para usar o sucesso limitado do analista à adaptação, de tal forma que o ego do paciente torna-se capaz de começar a recordar os fracassos originais, todos os quais tinham sido gravados e mantidos em prontidão. Essas falhas tiveram um efeito disruptivo naquela época, e o tratamento que descrevo terá percorrido um grande caminho, quando o paciente for capaz de assumir um exemplo da falha original e sentir raiva por causa dela. Somente quando o paciente atinge esse ponto, entretanto, pode ter início o teste de realidade. Parece que algo como

uma repressão primária recolhe esses traumatismos recordados, uma vez que tenham sido usados no tratamento» (Winnicott, 1955). Apenas neste momento a transferência poderá adquirir uma natureza normal ou neurótica.

Ainda durante a fase psicótica do tratamento Winnicott diz que aquilo que seria chamado de resistência no tratamento de pacientes neuróticos, é indicador de um erro do analista. Essa resistência permanece até que o analista descubra o seu erro, preste contas dele e o utilize. Neste momento, se o analista se defende, o paciente perde a oportunidade de sentir raiva pela falha passada, justamente quando a raiva se estava a tornar possível pela primeira vez. Há aqui um grande contraste entre este trabalho e o trabalho com pacientes neuróticos, com o ego intacto: «(...) A transferência negativa da análise de neuróticos é substituída pela raiva objetiva pelas falhas do analista (...)» (Winnicott, 1955).

A propósito da combinação de aspectos psicóticos e neuróticos na transferência border line, menciona que o seu trabalho clínico provou que um tipo de análise não exclui a outra. Winnicott sentia-se «deslizando» de uma para outra e voltando à primeira, de acordo com a inclinação dos processos inconscientes do paciente. Quando um trabalho dessa natureza se completa, levou naturalmente para o trabalho analítico comum a análise da posição depressiva e das defesas neuróticas. Mas aqui já há sinais de um ego, de um ego intacto que é capaz de experienciar os impulsos do id e assumir as suas consequências.

É necessário o estudo em detalhe dos critérios pelos quais o analista possa saber quando trabalhar com uma mudança de ênfase, como perceber que uma necessidade que está emergindo é deste ou daquele tipo. O paciente border-line precisa de sentir essa adaptação activa sendo necessário ao analista ter consciência o tempo todo que aquilo que está em causa é a Identificação Primária (Winnicott, 1955). Com estes pacientes, com um juízo de realidade desfeito, contacto pobre e distorcido com o mundo externo (substituído pelo delírio que oferece um mundo menos frustrante) a contra-transferência é vital tal como acontece com a criança e seus pais onde o processo de projecção e introjecção constante, que se dá durante o tratamento psicanalítico, tem a ver tanto com o sujeito que projecta, como com o objeto-analista que devolve as projecções em forma de interpretações, confrontações, assinalamentos ou construções (conforme suas capacidades e experiência).

5. Transferência Psicótica.

A investigação da transferência permite-nos especificar ainda uma transferência predominantemente ou marcadamente psicótica. Analisar este tipo de transferência tem toda a importância para o tratamento não só dos chamados pacientes psicóticos como para a generalidade dos casos já que núcleos e problemáticas de natureza psicótica se encontram, em maior ou menor grau, e segundo opinião generalizada dos investigadores, presentes em todas as situações de relação humana especialmente na situação psicoterapêutica.

Como dissemos, à transferência psicótica subjazem processos tão arcaicos que podem resultar nas maiores dificuldades. Para que o psicólogo funcione terapêuticamente é preciso não só uma análise cuidada da transferência e contra-transferência como uma investigação cuidada aos conceitos de Narcisismo e Identificação Projectiva.

Quando Freud (1914) propõe na sua teoria sobre o narcisismo que na situação psicótica (esquizofrenia, paranóia) a libido torna-se independente do objecto e retira-se do mundo exterior para dentro do Eu, acrescenta que os pacientes nestas condições estariam tão absortos em si que seria difícil estabelecerem relações significativas e de dependência com outras pessoas. Deste modo não estabeleceriam transferência no contexto de um tratamento normal e subsequentemente não usufruíam do principal instrumento de tratamento. De um modo geral é a partir destes escritos de Freud de 1914 sobre o narcisismo secundário que derivam algumas das questões transferências que se prendem com o tratamento da psicose.

Melanie Klein começa por propor que o narcisismo do indivíduo se organiza predominantemente em redor da qualidade dos processos introjectivos. Mais tarde Klein reconsiderará esta ideia e conceptualizará um narcisismo que integrará o seu conceito de Identificação Projectiva. Como atrás mencionámos, num segundo momento este mecanismo poderá dotar o sujeito de ansiedades muito complicadas de viver e que de alguma forma estão presentes numa compleição psicótica. Klein conclui que o narcisismo patológico não poderia ser uma condição afectiva possível de existir fora de um contexto objectal como até certo ponto parecia propor Freud e que o levaria a

abandonar as esperanças de um paciente psicótico ser analisável. Klein acreditou que tratar-se-ia antes de uma relação objectal narcísica primária, passível de ser analisável e que a transferência ocorria.

A visão de transferência como fonte total de comunicação inconsciente foi bastante desenvolvida por Melanie Klein na sua obra «As origens da transferência». Segundo a autora, ao se estabelecer a relação terapêutica, o paciente revive os sentimentos, conflitos e defesas como reprodução de todos os objectos primitivos e relações objectais internalizadas acompanhadas das respectivas pulsões, fantasias inconscientes e ansiedades. Klein deixou de parte a questão estrita da teoria do narcisismo e debruçou-se particularmente sobre o fenómeno da Identificação Projectiva e o manejo desta, na relação terapêutica com indivíduos portadores duma condição narcísica grave.

Quando Klein (1946) descreveu o processo de Identificação Projectiva considerando-o vital, a par dos processos introjectivos que ocorrem no desenvolvimento infantil, não só para a compreensão do desenvolvimento precoce mas também para a compreensão da Psicose ou Estados Narcísicos graves do adulto. Ao projectar no analista as suas ansiedades e as suas confusões os pacientes não só se desfazem delas mas também oferecem ao analista uma oportunidade de entrar em contacto com os seus sentimentos como dissera Freud. O que há de novo em Klein é o aprofundar da Identificação Projectiva como meio ou método de comunicação. A identificação projectiva é portanto parte integrante das relações objectais narcísicas e onnipotentes que em conjunto com outros processos introjectivos e projectivos de identificação contribui para a fantasia da identidade assente na negação da separação, do amor, da agressão, da necessidade, da inveja e da dependência, tão característicos nestes pacientes.

Os pacientes psicóticos projectam os seus sentimentos porque estão demasiados assustados para enfrenta-los e pensa-los por si. Com a resposta do terapeuta o paciente não só vê os sentimentos elaborados como introjecta a função de os pensar por si mesmo. No fim, a natureza da transferência psicótica oferece a oportunidade de demonstrar que os sentimentos insuportáveis podem conter-se e podem ser pensados de forma criativa.

O tipo de transferência psicótica que se pode produzir é vasto sendo que existem inúmeros movimentos psíquicos, que englobamos no conceito de Identificação Projectiva, que podem produzir diferentes reacções terapêuticas nomeadamente as

negativas. A transferência levantará tantos mais problemas quanto maior for a severidade do narcisismo destrutivo do paciente, é certo, mas também da maior ou menor facilidade do psicoterapeuta em diagnosticar correctamente a identificação projectiva.

Em 1957 Klein publica «Inveja e Gratidão» onde descreve a relação entre inveja e atitude narcísica e como a inveja também pode produzir fortes reacções terapêuticas negativas e como de uma forma geral marca as relações objectais do sujeito.

Mas não foram só os contributos de Klein a confirmar que por detrás do aparente isolamento ou indiferença psicótica operava uma transferência intensa. Rosenfeld chama-nos a atenção para a para a forte onipotência, para exigências incansáveis, para a confusão entre o próprio self e o self do analista que estava presente na transferência. Também ele usa o termo «relações objectais narcísicas» para dar conta que no trabalho com estes pacientes sobressai um modo de relação especial com os objectos ao invés de uma ausência de relação com os seus objectos: estes pacientes apenas tinham objectivos narcísicos e de uma forma muito onipotente. Isto leva-o à denominação de relações objectais onipotentes narcísicas.

Assim, uma das especificidades da transferência psicótica e daí ser premente uma distinção face á transferência em geral, é esta ser marcada pelo predomínio de projecções com especial incidência dos mecanismos de Identificação Projectiva, gestos e acções (*actings out*), num quadro Narcísico de relações de objecto. Os pacientes psicóticos utilizam os seus objectos como recipientes dentro dos quais e de uma forma onipotente, repetimos, projectam. Em primeiro lugar para que o sujeito despolete estes mecanismos face ao objecto, é necessário que se sinta através da introjecção ou projecção, identificado com o objecto. Mas quando se verifica um uso intenso, patológico, deste mecanismo, observa-se igualmente uma defesa contra o reconhecimento da separação entre self e objecto. Esta defesa na relação evita que emerjam e se consciencializem sentimentos de agressividade, inveja ou ambivalência originados pela frustração. Se o indivíduo acha que forma um todo com outro, não pode sentir inveja ou agressividade nem sentir que ama ou depende desse alguém. As relações objectais mais libidinais (amor, cuidado, interdependência) ou qualquer desejo por parte do self de experimentar a necessidade de um objecto e de depender dele são desvalorizadas, atacadas e destruídas com prazer.

Estes desejos onnipotentes podem ser difíceis de reconhecer na comunicação com o paciente já que podem ser vividos inconscientemente como algo protector, benévolo e em segredo. Para Rosenfeld este segredo forma parte do sentimento de superioridade destrutivo onnipotente dando a impressão de não terem relação com o mundo externo ou de nada lhes importar. Isto levanta a necessidade de atacar aquilo que provavelmente satisfaria as suas necessidades libidinais. Kout (1972) fala de uma raiva narcísica mas esta surgiria como um ataque quando o paciente psicótico se sente humilhado, menosprezado, e portanto haveria melhoras no tratamento assim que o paciente se sentisse compreendido. Rosenfeld identifica uma destrutividade de natureza diferente, uma destrutividade que é acompanhada de gozo e desprezo. Quando este género de pacientes encontra alguém disponível, amável ou compreensivo exerce a sua força de uma maneira sádica, considerando qualquer benevolência do objecto como uma debilidade deste.

Em segundo lugar, uma outra característica presente na relação com pacientes que desenvolvem predominantemente este tipo de transferência é que a sua capacidade de comunicação varia muito, sobretudo quando o paciente delira (Rosenfeld). A observação de períodos de silêncio, períodos de forte agitação, períodos de *insight* e de comunicação cooperativa, períodos de falta às consultas são nuances que se encontram presentes de forma alternada ou sobreposta especialmente no início do tratamento. Funcionam como mecanismos de regulação e controlo da relação (proximidade/afastamento).

No essencial, o tratamento depende da forma como evolui não só o material clínico como a capacidade do psicoterapeuta para conter a identificação projectiva e manejo da contra-transferência. A angústia, a confusão, os sentimentos de se estar perdido, através da transferência, estão lá. Rosenfeld dá a seguinte imagem (a tradução é nossa): «Tenho razões para crer que o próprio paciente não entende o que comunica da mesma forma que a generalidade das pessoas não compreende a linguagem dos seus próprios sonhos». É por isto que o paciente precisa da capacidade do psicólogo para entender e traduzir o sentido das suas próprias comunicações numa linguagem normal e que o faça no quadro de uma relação muito controladora sob a forma passiva ou activa. É aqui que o técnico deve conter e re-significar a Identificação projectiva do paciente.

Alguns dos aspectos que promovem as melhoras do paciente e o progresso da psicoterapia são as capacidades do psicólogo em transmitir aceitação e compreensão através da forma como expressa as interpretações e através daquilo que escolhe para ser interpretado. Assim, as interpretações têm a utilidade não só de dar significado ao material consciente e inconsciente como também de reflectir o estado de alma do psicoterapeuta: através delas o paciente sente ou não a tranquilidade do psicoterapeuta e a sua capacidade de se focar nas principais angústias e naquilo que é mais importante para ele, paciente.

A inteligência, a memória, a capacidade de ligar factores internos e externos no momento adequado, tudo isto «vai» na interpretação e é sentido pelo paciente. O estado de espírito do psicoterapeuta, o seu funcionamento, é por assim dizer a chave da psicoterapia pois dele depende a análise da transferência e a análise contra-transferência: é isto que o paciente introjectará. Destes introjectos dependerá a capacidade do paciente para estabelecer salutaras relações objectais, o fortalecimento do seu eu, a sua capacidade de integração etc.

6. Contra-transferência

«Nenhum analista pode ir além do que os seus próprios complexos e resistências permitem» (Sigmund Freud)

Então como se lida com aquilo que sentimos numa sessão de psicoterapia sabendo que essa é a ajuda que o cliente vai ter? Como manejar o luto, impotência, sentimentos de isolamento e estranheza que o paciente desperta em nós? Como não ficar clivado, não nos perdermos na confusão, não ficar às voltas num qualquer sentimento que nos agarrou e embrulhou? Só podemos lidar com estes sentimentos analisando a contra-transferência.

Como dissemos, o paciente espera do psicoterapeuta uma função organizadora que lhe permita a ele restaurar (ou constituir mesmo) a sua função organizadora. A tarefa é a de re-significar vivências angustiantes como as de não se ser aceite, compreendido, desejado, abandonado, maltratado. É isto que é comunicado e «posto dentro» do

psicoterapeuta e que fará ressonância nas suas (do terapeuta) histórias com as suas personagens e seus mecanismos, defesas, ambivalências, culpabilidades, negações e por aí fora.

Basicamente, a contra-transferência é o conjunto de ideias, pensamentos, sentimentos e impressões que no analista são despoletados face à transferência do paciente (Paula Heinman, 1950). O fenómeno foi identificado e descrito por Freud em 1910 para designar esses pensamentos, sentimentos atitudes e associações do psicanalista face às comunicações do paciente. A atenção de Freud foi despertada quando se deparou com a contra-transferência de Breuer à transferência erótica de «Anna O». Embora tenha sido por ele inicialmente considerada um obstáculo ao entendimento do paciente, tal como acontecera com o fenómeno da transferência, Freud acabou por reconhecer a contratransferência como um instrumento *princeps* da clínica psicanalítica.

Podemos entender a contra transferência como tudo aquilo que é vivido pelo psicanalista naquela relação específica. Se o tratamento depende sobremaneira da comunicação do analista então é fácil perceber o quanto importante é este fenómeno no decorrer das consultas e no sucesso do tratamento. A contra-transferência é uma questão problemática e fundamental da técnica psicanalítica porque afecta a saúde do paciente e evidentemente afecta o terapeuta no seu quotidiano clínico. Por isso a formação do psicanalista e do psicoterapeuta de orientação psicanalítica passa toda pela contra-transferência. A contra-transferência remete para a psicanálise pessoal, para a auto-análise, supervisão, para a escrita do caso, para os sonhos contra-transferenciais, formação teórica continuada etc. Tal é a angústia face à estranheza da transferência.

O tema da contra-transferência só começa por ser sistematizado como investigação pela altura em que o número de candidatos à formação de analista e de adeptos da psicanálise começa a crescer e Freud volta-se mais cuidadosamente para formação de psicanalistas. Como dissemos, a contra-transferência teve um percurso parecido com a transferência ou seja, como uma revelação indesejável, inadequado, perturbadora e algo a evitar durante o tratamento. É em «As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica» que Freud publica este termo para descrever aquilo que « (...) surge no analista como resultado da influência que exerce o paciente sobre os seus sentimentos inconscientes (...)», «(...) nos sentimos quase inclinados a insistir em que ele deva reconhecer esta contra-transferência existente em si mesma e superá-la». Estava criada a

ideia de que qualquer sentimento como resposta ao material do paciente era indicativo de uma patologia do analista.

Neste período Freud confia que a auto-análise e a interpretação dos sonhos seriam o método de investigação dos conteúdos inconscientes do analista e que lhe permitiriam o acesso aos seus complexos e resistências mobilizados pela transferência do paciente, que o ajudariam a controlar a contra-transferência. Por esta altura Freud vê na interpretação dos sonhos um desbloqueio tanto para compreender a capacidade psíquica das transferências (transportes) dos pacientes como as suas e prosseguir assim a auto-análise. Em «A história do movimento psicanalítico» realça esta ideia de que a interpretação dos sonhos é a via para a compreensão dos processos psíquicos do analista: « (...) Além do mais logo me dei conta da necessidade de levar a efeito uma auto-análise, e fi-lo com a ajuda de uma série dos meus próprios sonhos que me conduziram de volta a todos os factos da minha infância, sendo ainda hoje da opinião que essa espécie de análise talvez seja o suficiente para uma pessoa que sonhe com frequência e não seja muito anormal (...).».

Mais tarde numa carta a Fliess de 1897 e a propósito da auto-análise diz: «Minha auto-análise ainda está interrompida, e compreendi qual a razão. Só consigo analisar-me com o auxílio do conhecimento adquirido objectivamente (como um observador externo). A verdadeira auto-análise é impossível não fosse, não haveria nenhuma doença neurótica. Visto que ainda encontro alguns enigmas em meus pacientes, eles estão fadados a retardar também a mim a minha auto-análise.».

Por aqui podemos depreender que Freud se sentia impedido de compreender os seus pacientes e de prosseguir a sua auto-análise por algo que vinha da transferência.

Mas o termo aparece pela primeira vez em 1909 numa carta a Jung a respeito da relação amorosa entre Jung e a paciente Sabina Spielrein: «Embora penosas tais experiências são necessárias e difíceis de evitar. É impossível que, sem elas, conheçamos realmente a vida e as coisas com as quais lidamos». Mais adiante acrescenta: «Elas nos ajudam a desenvolver a carapaça de que precisamos e a dominar a contra-transferência que é afinal um permanente problema» (Ernest Jones). Mencione-se o facto que, segundo Ernest Jones, Sabina Spielrein enviara uma carta a Freud pedindo para se encontrar com este para falar da sua relação com Jung. Freud não podia adiar mais o tema da contra-transferência e começa a clarificar o fenómeno.

Embora nunca tenha dedicado algum dos seus trabalhos especificamente ao tema da contra-transferência, segundo Jones, E. (1957) abordou outra vez o assunto numa carta a Ferenczi de 1910 e em dois artigos sobre a técnica psicanalítica: «As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica» de 1910 e «Observações Sobre o Amor Transferencial: Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise – III» de 1915. No primeiro dos dois artigos faz notar que o reconhecimento da contratransferência juntamente com a capacidade do analista de superá-la equivaleria a um progresso interno por parte do analista e um avanço técnico não só para o próprio como para o tratamento psicanalítico em seu edifício.

No segundo artigo Freud fala do problema do amor transferencial: o analista « (...) deve reconhecer que o enamoramento do paciente é induzido pela situação analítica (...)» e não se deve deixar arrastar por uma « (...) contratransferência que pode estar presente em sua própria mente.» atribuindo o facto « (...) aos encantos da sua própria pessoa (...)». O «caso Dora» remonta a 1882 e a propósito dele Freud escreveu: «não apenas as representações-expectativa conscientes, mas também as reprimidas, inconscientes, produziram essa transferência». Adverte ainda contra qualquer inclinação a uma contra-transferência face à transferência amorosa da paciente pois, como já referimos, só está dirigido ao analista como figura substitutiva decorrente das fantasias da paciente.

Através do caso Breuer e Anna O., Freud não só se tinha apercebido das dificuldades de Breuer em lidar com o assunto como a terapia tinha também sofrido atrasos e impedimentos. As implicações técnicas e éticas do lugar que o analista ocupa na vida do paciente tinham de ser discutidas: «o tratamento analítico baseia-se na sinceridade, e principalmente, na neutralidade para com o paciente, que adquirimos por manter controlada a contra-transferência.» (Freud, 1915).

O manejo da transferência continua a ser um difícil problema dada o seu conteúdo enigmático, ambivalente, com mobilidade regressiva e plástico. A transferência parecia ter algo de indomável mas, como evitar a transferência do analista? Mais tarde, em «Recomendações aos médicos que exercem psicanálise» Freud reconhece potencial terapêutico na contra-transferência: « (...) o analista deve voltar o seu próprio inconsciente como um órgão receptor para o inconsciente transmissor do paciente, de modo que o inconsciente do médico possa, a partir dos derivados do inconsciente que se

comunicam, reconstruir o inconsciente do paciente.». Em 1910 quando Freud faz uma espécie de ponto da situação do seu modelo mental e da técnica psicanalítica, um caminho percorrido desde a compreensão dos sintomas, elucidação dos complexos até a remoção das resistências, ele diz: «As outras inovações da técnica relacionam-se com o próprio médico.

Se Freud já falara da resistência do paciente em dar-se conta da transferência, alerta agora para a resistência do analista em dar-se conta da sua contratransferência. Segundo Ernest Jones não podemos verdadeiramente apurar, pelo menos de uma forma explícita por parte de Freud, que ele tenha considerado a contra-transferência à maneira de um obstáculo. Não é o caso de Fliess (1953) que manifestamente avalia a contra-transferência como sendo sempre uma resistência do analista constituindo um obstáculo ao desenvolvimento do tratamento. Freud sugerira que a auto-análise do analista ajudaria a reduzir a contra-transferência o que pode ter servido de suporte à inclinação, mesmo que inconsciente, de uma tentativa de certos analistas eliminarem integralmente a contratransferência: «a partir da exigência de superar os próprios conflitos neuróticos e, em especial, sua manifestação da contratransferência, se desenvolveu uma atividade quase fóbica em relação aos próprios sentimentos» (Thoma, 1986). Por isso as hipóteses de que Freud tenha sido mal interpretado são algumas. O próprio Ferenczi (1919) já tinha alertado para uma eventual «resistência contra a contratransferência» que poderia levar os analistas a serem ásperos e violentos para com a transferência dos pacientes ao ponto mesmo de a impedirem.

No artigo para formação «Análise Terminável e Interminável» Freud (1937) acrescenta à técnica a análise didática: «as condições especiais do trabalho analítico fazem realmente com que os próprios defeitos do analista interfiram em sua efectiva avaliação correcta do estado de coisas em seu paciente e em sua reacção a elas de maneira útil». E continua dizendo: «essa análise terá realizado o seu intuito se fornecer àquele que aprende uma convicção firme de existência do inconsciente». Esta recomendação para que o analista faça uma análise com outro analista pode vir do reconhecimento que quer a auto-análise quer a própria análise e a análise dos pacientes, deixam sempre um resto não analisado que confere à análise uma natureza interminável. A imagem é a do «umbigo do sonho», sempre inatingível: «Isso significa, portanto, que não seria apenas

a análise terapêutica dos pacientes, mas sua própria análise que se transformaria de tarefa terminável em interminável».

Ferenczi vai mais longe ao considerar as palavras de Freud acerca da análise didática e da sua nova compreensão da técnica psicanalítica e do aparelho psíquico. Corrobora com a ideia de que todo o analista deve fazer uma análise com outro analista para poder analisar outra pessoa mas não distingue análise didática e análise propriamente dita. As suas elaborações, a partir da investigação da técnica psicanalítica, partem tanto das questões que envolvem os processos psíquicos do paciente como dos do analista. Partindo da prática clínica, Ferenczi guiava-se pela cura enquanto para Freud a cura era um acontecimento periférico que não se prendia com algum aspecto particular do paciente mas sim da técnica. A cura seria uma consequência natural após a análise dos conflitos (esses sim, idiossincráticos) do sujeito.

No artigo «A técnica psicanalítica» de 1919, Ferenczi dedica um tópico ao tema da contra-transferência: «A terapêutica analítica cria, portanto, para o médico, exigências que parecem contradizer-se radicalmente. Pede-lhe que dê livre curso às suas associações e às suas fantasias, que deixe falar *o seu próprio* inconsciente; Freud nos ensinou, com efeito, ser essa a única maneira, de aprendermos intuitivamente as manifestações do inconsciente, dissimuladas no conteúdo manifesto das proposições e dos comportamentos do paciente. Por outro lado, o psicanalista deve submeter a um exame metódico o material fornecido, tanto pelo paciente, quanto por ele próprio, e só esse trabalho intelectual deve guiá-lo, em seguida, em suas falas e em suas acções. (...) Entretanto, essa oscilação permanente entre o livre jogo da imaginação e o exame crítico exige do psicanalista o que não é exigido em nenhum outro domínio da terapêutica: uma liberdade e uma mobilidade dos investimentos psíquicos, isentos de toda inibição.».

As preocupações de Ferenczi para com a formação do analista ficaram explícitas no seu artigo «Elasticidade da técnica psicanalítica» de 1928. Aí ele diz que é a compreensão da meta-psicologia da técnica analítica aquilo que verdadeiramente possibilita a apreensão do funcionamento psíquico e a revelação aos pontos de vista tópicos, económico e dinâmico (das posições, lugares e funções psíquicas) dos pacientes. Essa meta-psicologia da técnica que parte da elaboração onírica movida pelos movimentos

permanentes entre o jogo livre da imaginação do paciente e os exames críticos do analista, tornam cada tratamento singular.

Ferenczi formula uma concepção de condução do processo da análise como uma questão de tacto psicológico com especial relevância, repetimos, para a sua análise com outra pessoa. Esta regra é fundamental pois como já dissera Freud «nenhuma auto-análise o pode ser (suficiente)». Trata-se acima de tudo de uma «equação pessoal» onde é a análise do analista que lhe permite saber como, quando e o quê comunicar alguma coisa ao analisando e de uma forma geral ter acesso às questões do paciente.

Essa análise pormenorizada da situação clínica leva Ferenczi a reformular e a rever algumas das propostas de Freud como por exemplo a questão do trauma na patogênese da neurose. Tal como em Freud, o trauma pressupõe a intervenção de um factor exógeno que impõe uma alteração no aparelho psíquico. Mas ganha agora mais significações. Para darmos um exemplo específico, Ferenczi incluiu a aprendizagem das normas de higiene no contexto da violência sexual sofrida pela criança e alertou para o facto de que o próprio desenvolvimento psicológico só se dá com percas. Alguns traumas são inevitáveis e necessários à estruturação do aparelho psíquico (a castração seria um exemplo máximo disso).

Ferenczi analisa o ambiente e a relação entre os adultos e a criança, se é acolhedor (erótico) e permite à criança suportar e elaborar os inevitáveis traumas da vida ou se perturbadora, onde reina a confusão de discursos. Teresa Pinheiro (1997), uma estudiosa dos trabalhos de Ferenczi diz: «na maior parte do tempo, o adulto que interessa à Ferenczi é aquele que vem perturbar a criança, seja por seu carácter imprevisível, que a criança não controla; seja porque o adulto é um mentiroso que nega a verdade do vivido da criança; seja porque o adulto possui uma linguagem da paixão que irá invadir a linguagem da ternura, própria da criança. O adulto assim mostrado por Ferenczi ao longo de seus textos é sobretudo alguém que não tem tacto na relação com a criança, um adulto pouco cuidadoso, incapaz de ajudar a criança na sua relação consigo mesma».

É face a estes estados traumáticos que Ferenczi evidencia a complexa posição do analista no manejo da transferência e nas sensíveis coordenadas do processo terapêutico. Podemos dizer que tal como Freud, Ferenczi ainda vê mais perigo do que ajuda no controlo da contra-transferência. Mas será o termo controlo apropriado, mesmo com recurso à auto-análise e à própria análise, para deixar o problema da contra-

transferência clarificado? Ou seja, se a psicanálise é feita de transferências, e elas serão ilimitadas na sua natureza e profundidade, como lidar com o extenso, inesperado e multifacetado da violência, benevolência, sexualidade, sofrimento, prazer etc. que todo o psiquismo contém? A resposta pode residir numa concepção diferente de contra-transferência.

A ideia de uma contra-transferência como instrumento de trabalho ao serviço da interpretação foi desenvolvida por Paula Heimann, discípula de Melaine Klein, no Congresso de Zurich, em 1949. Aí ela inicia a sua apresentação dizendo: «Tendo em vista este trabalho, uso o termo contra-transferência para cobrir todos os sentimentos que o analista experimenta em relação ao paciente» e mais adiante acrescenta: «(...) Do ponto de vista que estou ressaltando, a contra-transferência do analista não é só parte integrante da relação analítica, mas é uma criação do paciente (...)». Heimann refere que depois de ter apresentado o seu trabalho, chamou-lhe atenção um artigo de Leo Berman: «Contratransferência e Atitudes do Analista no Processo Terapêutico» publicado na revista *Psychiatry* em maio de 1949. Diz Heimann: «O facto de que o problema da contratransferência tenha sido posto em evidência de forma quase simultânea por diferentes analistas indica que o nosso tempo está maduro para uma investigação mais completa da natureza e da função da contratransferência»

Paula Heimann (1950) descreve assim a contra-transferência como a totalidade dos sentimentos do terapeuta em relação ao paciente e volta a destacar a utilidade da contratransferência na compreensão do material analítico. Analisa ainda a importância da identificação projetiva na evolução do conceito e na elaboração da contratransferência e o papel da elaboração da contratransferência nas mudanças psíquicas do paciente. De acordo com a autora a resposta emocional do terapeuta às projecções (em especial a identificação projectiva) do paciente e caso este seja capaz de acolher e conter os sentimentos despertados sem os descarregar *tout-court* (como é próprio do paciente), são um instrumento ilimitado de tratamento. Corrobora com Freud que «a contratransferência é um instrumento de investigação dirigido ao inconsciente do paciente» e enfatiza que o inconsciente do analista entende a do analisando.

Heimann destacou a ideia de Winnicott de que, juntamente com a atenção flutuante, recomendada por Freud, o analista necessita manter uma sensibilidade desperta e

livremente reativa para acompanhar os movimentos emocionais do paciente e suas fantasias. Como consequência, estabelece-se um relacionamento em nível profundo, que aparece na superfície sob a forma de sentimentos os quais, embora experimentados pelo analista, constituem como dissemos, uma «criação do paciente». O analista situa-se na relação analítica como um espelho sensível que não só reflete, mas interpreta os sentimentos, as fantasias e os objetos do paciente.

A diferença entre a relação psicanalítica e qualquer outra que envolva duas pessoas não é a presença de sentimentos no paciente e a ausência no analista, mas a intensidade dos sentimentos no analista e o uso que faz dos mesmos. O objetivo da análise didática não é por isso transformar o analista num cérebro mecânico capaz de produzir interpretações com base num processo puramente intelectual, mas capacitá-lo para conter seus sentimentos ao invés, repetimos, de descarregá-los. As emoções desencadeadas no analista devem ser subordinadas o mais possível à tarefa analítica.

Este conceito também ganhou uma especial importância com Racker, H. em «Observações sobre a Contratransferência como Instrumento Técnico» de 1952 e «Contribuição ao Problema da Contratransferência» de 1953. Racker considera a contra-transferência como um conjunto de imagens, sentimentos e impulsos do psicoterapeuta que ocorrem na sessão e que podem assumir várias formas. Divide a contra-transferência em complementar e concordante consoante o tipo de identificação que o terapeuta faz. A complementar dá-se sempre que o ego do terapeuta se identifica com os objectos internos do paciente. A reacção contra-transferencial concordante dá-se quando a identificação se faz entre aspectos da personalidade ou seja, Eu, Isso e Supereu do terapeuta com os aspectos homónimos da personalidade do paciente.

As identificações concordantes são, geralmente, empáticas e expressam a compreensão do analista. As complementares acarretam uma maior quantidade de conflitos. Racker destaca que o uso coerente do termo contratransferência refere-se às identificações complementares e não as segundas, embora considere que não devam ser separadas pois coexistem em maior ou menor grau no decorrer da psicoterapia. Em ambos os casos estão em jogo os processos inconscientes do analista e seu passado, sua estrutura etc.

Racker (1960) estabeleceu que a contratransferência opera de três formas: como obstáculo (escotomas ou pontos cegos), como instrumento para detectar o que está se passando com o paciente, e como *campo* em que o analisando pode realmente adquirir uma experiência viva e diferente da que teve originalmente na realidade e/ou na fantasia. Na medida em que a contratransferência é o campo onde ocorrem as modificações do paciente, o analista, além de intérprete, é também o objeto da contratransferência.

Os mecanismos expostos por Klein (1946) encontram-se integrados nas concepções de Racker e Heimann nas suas discussões sobre contratransferência, pois o reconhecimento da Identificação Projetiva levou-os a considerar que a perturbação dos sentimentos do analista face à transferência era inevitável e necessária: «O que se pretendeu num primeiro momento da história da Psicanálise foi que só existisse a transferência e que o analista respondia sempre racionalmente, e, se não, estava errado. Depois, viu-se que não era assim, e não podia ser assim; uma análise da qual o analista não participasse seria impossível e, talvez, equivocada: tem de haver uma reação» (Etchegoyen, 1987).

Os trabalhos de Heimann e Racker, mais do que revalorizar um conceito, proporcionaram a utilização da subjetividade do analista no processo analítico, mas não evitaram certas confusões a respeito da contratransferência. Como exemplo, citamos a chamada «contratransferência total» nascida da idéia de Heimann de que a contratransferência é essa «criação do paciente» no psicanalista e que todas as reacções deste são determinadas pelo paciente. Portanto, a contratransferência representaria uma mera projeção dos objetos internos do paciente no mundo interno do analista. Como consequência, muitos analistas passaram a não distinguir seus próprios conflitos inconscientes daqueles desencadeados pelo paciente.

Nem todos concordam com esta posição alegando que na verdade, por mais que o paciente, através da sua identificação projetiva, colabore para o surgimento da contratransferência, esta nasce do analista, o qual deve por ela se responsabilizar. De acordo com Thoma (1986), «como poderia alguém encontrar-se a si mesmo e mudar através da comunicação com um outro significativo, se o analista pretende não ser nada mais do que este alguém é?». À concepção de Heinman mais abrangente do conceito de

contra-transferência, Otto Kernberg (1960) chama de concepção totalista («totalistic») onde à contra-transferência estão associadas portanto todas as reacções emocionais do psicanalista face à situação do paciente em tratamento. Mas Kernberg acrescenta qualquer coisa: esta concepção mais abrangente tem em conta as reacções conscientes e inconscientes do psicanalista não só à realidade do paciente e à sua transferência como também a realidade do próprio analista. Para Kernberg esta «segunda» contra-transferência mais se parece com uma transferência do analista, transferência essa muito despoletada pela transferência do paciente concerteza, mas não essa reacção inconsciente do analista que parte única e exclusivamente do material do paciente. Dito assim e segundo o autor, as reacções emocionais do analista estão intimamente fundidas com as do paciente.

Com isto, observamos que passada uma fase em que a idéia predominante era a de que a contratransferência consistia numa «reação neurótica» do analista frente à neurose de transferência do paciente, o que na prática poderia ter levado à tendência a evitar todo e qualquer sentimento por parte do analista, entramos noutra fase em que a contratransferência passou a ser uma parte essencial do processo analítico. Sendo assim, deduzimos que a tarefa de escrutinar os próprios conflitos internos na primeira fase do desenvolvimento do conceito de contratransferência, os «pontos cegos» no «espelho» a evitar, deram lugar a que «o espelho não tem mais pontos cegos, na medida em que o analista alcançou as percepções mais profundas em suas próprias identificações projetivas e introjetivas» (Thoma, 1986).

Pierre Fédida, psicanalista Francês, dedicou grande atenção à investigação da clínica psicanalítica e à psicopatologia humana. As formulações de Fédida estão fundamentadas particularmente nos estudos clínicos de Férénczi. Nessa busca para dar conta da situação clínica analítica, movida pela preocupação com a cura, a investigação Ferencziana direcciona-se também aos processos psíquicos do analista. O autor considera tal como Racker e Heimann, a contra-transferência como inerente à situação analítica e adequada ao tratamento ou seja, ela é da própria natureza da Psicanálise. Considera ainda a análise, tanto do paciente como do analista, como intermináveis e entende a contra-transferência como algo oriundo dos restos não analisados do analista mobilizados pela transferência do paciente: « (...) ser analista é sê-lo com este resto não

resolvido (...) ». Este resto não resolvido é «aquilo que decidiria que nos tornemos analistas ou que a análise não nos possa mais largar.» (Fédida, 1988).

Fédida problematiza a questão acima levantada e realiza um profícuo estudo sobre o fenómeno da contra-transferência considerando-a como correlativa da meta-psicologia dos processos psíquicos do analista. A contra-transferência engloba a capacidade do analista de observar e de compreender suas próprias reacções íntimas àquilo que o paciente lhe comunica. Esclarece que a situação analítica não comporta uma relação interpessoal, pois no processo transferencial a pessoa do analista torna-se ausente, ou seja, a transferência do paciente não está dirigida ao analista – embora o paciente reconheça neste um detentor do saber - mas a um terceiro que se presentifica na situação analítica via alucinação negativa. É a esse ausente-presente que o paciente se dirige. O analista interpreta essa dinâmica transferencial.

A meta-psicologia da técnica diz respeito à subtil diferenciação das modalidades transferências no campo da clínica. Fédida distingue três termos para a transferência: «a transferência do paciente sobre o analista, a transferência do analista para o paciente e a possibilidade disjuntiva de poder apreciar esse funcionamento inter-transferencial». Mais adiante conclui que «ser analista é estar nessa condição de disjunção» (1988). É assim que ele designa a contra-transferência como sendo o campo de disjunção do analista onde numa tópica pré-consciente ele é capaz de recepção e de transformação.

Nesse sentido, em «A angústia da contra-transferência ou o sinistro (A inquietante estranheza) da transferência» de 1988, continua: « (...)O modelo implícito da contra-transferência é o de uma relação fictícia mãe-filho onde a mãe se faz receptora do que acontece com seu filho: experimenta uma angústia que a desperta para o perigo, que aumenta a acuidade da percepção de si e do filho, restitui a este, através de palavras e de gestos adequados, a significação distinta do que ele experimenta, portanto, sem confusão com a sua própria. Dito de outra forma, a angústia contra-transferencial do analista poderia ser, idealmente, a de uma mãe capaz de *ressonância* com o estado da criança, de continência das energias desta angústia, de metaforização dos afectos confundidos que tendem a transbordar na criança».

É portanto, o modelo da relação mãe-filho que aqui regula a função de experiência inter-subjetiva da contra-transferência e que faz desta um dispositivo pré-consciente apropriado para dar, na linguagem, *ressonância* dos diferentes estados vivenciados pelo

paciente. Nestas condições a «angústia contra-transferencial não aparece apenas como uma resposta, mas sim como um momento crítico da atenção e assim sendo, como instante analítico de constituição da interpretação».

Este pensamento de Fédida sobre a angústia da contra-transferência, como sinal de alarme evocado na contra-transferência, constitui-se um recurso do analista para que a análise da transferência do paciente possa transitar por meio da linguagem. Fédida esclarece como modelo uma relação fictícia mãe-filho por reconhecer que é utópico pensar que a mãe possa entender exactamente o que o filho sente. Assim o psicanalista está lá, onde falhou a linguagem: «A situação analítica pode ser descrita como um *lugar*, caso estejamos de acordo para reconhecer-lhe uma organização cénica cujo paradigma é o sonho. Mas o fato de designá-la como uma situação indicaria primeiramente que se trata de um *sítio*, e que este sítio é o estrangeiro, que nela descobre a fala quando esta se surpreende escutando aquilo que diz» Fédida (1991).

Estes *insights* na clínica permitem uma maior compreensão sobre os desejos do paciente que ressoam no analista e evocam a contra-transferência como um dispositivo inerente ao enquadre analítico. Nesta concepção de contra-transferência, inclui-se a maneira que os analistas têm de construir as suas intervenções e que provêm do registo de seus afectos, de suas teorias explicativas, da maneira de escolher o momento e a forma de intervenção (interpretação, confrontação, esclarecimento etc.). Do mesmo modo, compreende ainda a dimensão topográfica da contra-transferência que nos mostra que a dimensão inconsciente será sempre um obstáculo ao processo analítico, que a pré-consciente é a única susceptível de deixar de ser um obstáculo para converter-se em um instrumento útil, e que a consciente participa na *rêverie*, na empatia e na atenção flutuante, assim como na totalidade das respostas emocionais conscientes, parciais e totais que o analisando desperta no psicanalista.

Em qualquer dos casos, se é verdade que importa analisar e «resolver» a contra-transferência. Este uso mais activo que, como dissemos, parte das ferramentas de trabalho do psicanalista ao invés de ser algo similar a um ruído desejável de ser eliminado, levanta algumas questões que não exploraremos aqui mas vamos mencioná-las: Não ficará o conceito de contra-transferência algo confuso e com perda de significado específico? Não se estará a pôr uma tónica demasiado forte nas reacções emocionais do analista no conjunto dos instrumentos de trabalho? Fará sentido falar em

neutralidade (embora Freud alertara para o facto de que neutralidade não signifique perda de espontaneidade e de que a escuta indiferente aumenta as resistências do paciente)? Deve a análise da contra-transferência ser comunicada ao paciente e se sim, não haverá o risco de trazer para a comunicação analítica demasiadas intervenções baseadas na personalidade do analista, nas suas relações internas objectais? As perguntas ficam feitas.

Para concluir este capítulo gostaríamos de abordar o tema da contra-transferência à luz da Teoria das relações de objecto. A Teoria das Relações Internas de Objecto não é exclusivamente uma teoria ou um campo de discussão sobre a comunicação interpessoal. Esta teoria foca-se também no inconsciente do individuo no sentido em que se trata de uma teoria das relações objectais internas inconscientes no jogo dinâmico das experiências interpessoais (Thomas H. Ogden). Quando falamos em «interno» falamos por isso num evento intrapessoal envolvendo apenas um sistema pessoal em oposição a uma interacção interpessoal envolvendo como dissemos uma ou mais diferentes pessoas.

Ao que nos interessa, a análise das relações de objecto internas centra-nos na exploração da relação entre as relações inconscientes de objecto internas e os mecanismos pelos quais o paciente resiste e opõem-se à alteração das mesmas no contexto psicoterapêutico. Uma forma de compreender o papel e a natureza das relações de objecto internas na formação destas resistências é seguir na senda de Klein, Fairbairn, Bion e muitos outros, atendendo ao pressuposto básico de que uma internalização de uma relação objectal necessariamente envolve a clivagem do ego em «partes».

Estes aspectos uma vez reprimidos constituem-se como objectos internos mas mantêm-se relacionados inconscientemente entre si. Anteriores experiências, novas e futuras internalizações perfazem o quadro e a complexa natureza das relações de objecto internas do indivíduo que mais tarde podem ser re-externalizado através da projecção e identificação projectiva num contexto interpessoal gerando assim a transferência e contra-transferência na análise e em todas as relações do indivíduo.

Os objectos internos podem assim ser pensados como sub-organizações dinâmicas e inconscientes (e em relação entre si) do ego capazes de gerar significado e experiência: perceber, sentir e pensar (Ogden). A relação inconsciente entre os objectos internos inclui tanto sentimentos e ideias que a pessoa experiencia como seus, como aspectos em

que a produção de sentido é gerada a partir da identificação de um aspecto do ego com o objecto. Por exemplo, é porque esta criação de significados através das identificações com o objecto é tão «forte» que o indivíduo experiencia um sentimento de perda do self original.

Desta perspectiva a transferência e a contra-transferência pode ser vista como uma externalização interpessoal («Actualização» segundo Ogden) de uma relação de objecto interna. Quando o indivíduo projecta os objectos internos, ele experiencia a outra pessoa como ele inconscientemente experienciou esse objecto interno ou seja, o outro é vivido como uma parte inconscientemente clivada e projectada do ego identificada com o objecto. Neste caso a contra-transferência envolve a identificação inconsciente do analista com o aspecto do ego do paciente identificado com o objecto já que a identificação projectiva do paciente envolve uma pressão interpessoal no terapeuta para que este se empenhe e se comprometa numa identificação deste género (a que Racker deu o nome de Identificação Complementar como atrás referimos).

O terapeuta, recipiente, é coagido a ver-se a si próprio apenas como o objecto é representado na relação de objecto interna. Há uma tentativa de fazer do recipiente uma experiência congruente com a via com a qual o objecto interno (aspecto do ego) experiência ele próprio e percebe a própria componente da relação interna. Isto é acompanhado por uma fantasia inconsciente da parte do sujeito da expulsão de uma parte de ele próprio que entra dentro do objecto de forma a controlá-lo como clarificou Klein.

Esta forma de externalização na qual o objecto externo é tratado como uma componente de uma relação objectal interna é o processo psicológico que é geralmente referido quando falamos de transferência. A relação de transferência é portanto baseada na externalização da componente-objecto da relação interna. Torna-se identificação projectiva quando o paciente começa a imaginar ser capaz de controlar os botões do objecto de uma maneira onipotente e provoca o objecto a ser como o indivíduo o imagina.

A outra forma de transferência envolve que o paciente experiencia a outra pessoa, o terapeuta, de uma maneira em que o objecto interno (porção do ego clivada e identificada com o objecto) numa dada relação de objecto interna experiencia o aspecto do ego identificado com o self. A contra-transferência neste caso consiste na

identificação do terapeuta com a componente do self da relação de objecto interna do paciente, ou, como atrás dissemos, Identificação Concordante de Racker.

A Identificação Projectiva neste caso envolve uma fantasia inconsciente de projectar o componente do self no objecto externo juntamente com a pressão interpessoal no objecto para ser complacente com esta fantasia, pressionando no objecto externo para ser experienciado apenas como o objecto experiencia o self na relação de objecto interna (componente do self de uma relação de objecto interna). Por exemplo: o paciente experienciou-se como violentamente invadido pela sua mãe, esta situação é projectada no terapeuta como forma de tentar uma indução no terapeuta daquilo que ele sente. A fantasia, a pressão interpessoal e a resposta do terapeuta constituem a Identificação Projectiva.

A Identificação Projectiva é uma característica universal da externalização de uma relação de objecto interna, de uma transferência. O que varia é o grau em que o objecto externo é convidado a participar dessa externalização da relação de objecto interno. Há sempre a componente da resposta do terapeuta à transferência do paciente que representa uma identificação induzida com um aspecto do ego do paciente que está fechado numa particular relação de objecto interno.

A Identificação por parte do terapeuta representa a forma de compreender o paciente que não se consegue de outro modo. Não é possível analisar a transferência sem nos tornarmos disponíveis em participar em algum grau nesta forma de identificação, contudo não é suficiente apenas participar na externalização de uma relação interna (Ogden). O analista deve ser capaz de compreender quem é que está a experienciar como um reflexo de uma necessidade por parte do paciente para reduzir o terapeuta ao estatuto de substituto de uma parte do ego do paciente. O analista deve ainda estar atento ao facto de que o paciente está excluindo selectivamente todos os aspectos da personalidade do terapeuta que não correspondem ao procedimento do ego clivado com o qual o terapeuta está sendo identificado. Há muito trabalho psicológico envolvido no consciente e inconsciente por parte do analista, quando este integra as regras impostas por ele com a sua maior e mais realista percepção de base de si e do seu papel de analista (Ogden).

Partindo ainda da perspectiva do conceito de objectos internos, as resistências do paciente podem ser compreendidas em termos da dificuldade do paciente em desistir

dos vínculos patológicos envolvidos na sua relação de objectos internos inconsciente. Para Fairbain (1944) há uma forte ligação ao mau objecto interno baseada na necessidade do sujeito de mudar o mau objecto externo, na pessoa que o sujeito desejaria que o objecto fosse. Fairbain descreve duas formas de ligação ao objecto interno frustrante: uma forma de ligação a um mau objecto interno, é o apego a um self que deseja um objecto atormentador como por exemplo o alcoólico que deseja o álcool e a ele não renuncia. Outra forma de ligação a um mau objecto interno é o apego de um self injustiçado e mimado a um objecto incapaz de amar e rejeitante. Segundo Ogden (1994) esta segunda descrição de Fairbain, frequentemente toma a forma de uma cruzada por parte do sujeito para expor a injustiça, frieza ou outras formas de malignidade por parte do objecto interno.

A lealdade para com o mau objecto interno é alimentada pela convicção inconsciente de que o mau objecto é preferível a uma ausência de objecto. A sensação de aniquilação iminente torna-se aterradora quando o sujeito sente ameaçados os laços internos e externos e o sujeito prefere uma relação com um predominante mau objecto interno e externo, se é só isso que está disponível, do que a ausência de objecto. A libido, nas palavras de Fairbain, não procura o prazer mas sim o objecto quer este seja fonte de prazer ou desprazer.

Resumindo, não só esta lealdade do self aos seus objectos internos estabelece-se como resistência ao trabalho psicoterapêutico como também a forma como o self necessita que o objecto funcione. Estes objectos internos vistos como aspectos do ego identificados com objectos, podem atormentar, humilhar, denegrir outros aspectos do ego. Freud falará já, por exemplo, em Super-egos tiranizadores do ego.

7. Transferência Erótica e Contra-transferência.

O tema da transferência erótica e contra-transferência é bastante complexo como vimos e a sensibilidade ao mesmo aparece desde os primórdios da Psicanálise. Lembremos três casos que o demonstram: O «Caso Dora» de Breuer, como exemplo das dificuldades que este tipo de transferência levanta e onde podem aparecer questões que se prendem à denegação da transferência sexual; o caso «Anna O», descritivo de uma transferência

sexual inflamada, porque estimulada é certo (já lá iremos) ou ainda o caso «O Homem do Ratos» que exemplifica uma transferência homosexual. A descoberta do mecanismo da transferência por Freud em 1895 não estará isenta da influência do facto da paciente de Breuer se ter apaixonado por este e de Breuer não ter conseguido prosseguir a análise com esta paciente.

A propósito da transferência erótica Freud (1915) diz: há «determinada classe de mulheres com quem esta tentativa de preservar a transferência erótica para fins de trabalho analítico, sem satisfazê-la, não logrará êxito. Trata-se de mulheres de paixões poderosas, que não toleram substitutos». Mais à frente diz que «com tais pessoas, tem-se de escolher entre retribuir seu amor ou então acarretar para si toda a inimizade de uma mulher desprezada. Em nenhum dos casos se podem salvaguardar os interesses do tratamento. Tem de se bater em retirada, sem sucesso, e tudo o que se pode fazer é resolver na própria mente o problema de como é que uma capacidade de neurose se liga a tão obstinada necessidade de amor».

Ainda em «Observações sobre o amor transferencial», Freud (1915) refere-se ao «amor de transferência» como uma complicação do processo psicanalítico que acontece com frequência e no qual o paciente se diz apaixonado pelo seu terapeuta. Faz a recomendação como dissemos de que o analista deve reconhecer que a paixão do paciente não deve ser atribuída aos encantos de sua própria pessoa. Tem ainda o intuito de demonstrar o quanto as forças de natureza inconsciente estão presentes através da transferência erótica e que o analista deve estar atento para saber exactamente com o que está lidando utilizando essa transferência erótica para uma maior compreensão do paciente.

Mais à frente classifica a transferência em positiva (sublimada) e negativa. A transferência positiva refere-se então a todas as pulsões e derivados relativos à libido especialmente os sentimentos de afecto e carinho, incluindo os desejos eróticos, desde que tenham sido sublimados sob a forma de amor não-sexual e não persistam como um vínculo erotizado. A transferência positiva sublimada é para Freud o mais importante trabalho que o paciente deve efectuar e que consiste na superação das resistências ao tratamento analítico. Por outro lado a transferência negativa refere-se à existência de pulsões agressivas com seus inúmeros derivados, como a inveja, ciúmes, voracidade, destrutividade e sentimentos eróticos intensos. A transferência negativa ou sexual

transforma-se numa resistência e a sua análise e resolução são condição para o progresso do trabalho analítico. Esta é a distinção entre transferência erótica da erotizada.

Wallerstein (1993) analisando a obra «Observações sobre o amor transferencial» ressalta que Freud: 1) identificou a alta prevalência de sentimentos eróticos evocados no tratamento psicanalítico e os perigos que esses sentimentos poderiam ocasionar; 2) observou que uma pequena parcela de pacientes desenvolveriam uma forma de amor transferencial que serviria como resistências muito intensas e que não seriam analisáveis; e 3) estabeleceu os principais fundamentos técnicos para lidar com essas transferências, como a regra da abstinência e a neutralidade.

Dessa forma, sempre se destacou o fato de que a transferência erótica é um processo comum, que, como dissemos, pode suscitar dificuldades técnicas no seu manejo. A manutenção dos princípios básicos da psicanálise legados por Freud, o reconhecimento resistencial dessa forma de transferência e a adequada utilização da contra-transferência são condições necessárias para o entendimento e adequada resolução desse fenómeno trazendo, outavez, benefícios imensuráveis ao tratamento do paciente.

O tratamento pessoal do terapeuta continua a ser um instrumento fundamental que pode capacitá-lo a compreender melhor o seu próprio funcionamento psicológico e os processos em acção na mente do paciente bem como os mecanismos que influem na transferência e na contra-transferência eróticas. Como já dissemos, outros recursos necessários são os ensinamentos e as informações obtidas em congressos teóricos e clínicos, leituras seleccionadas e supervisões individuais.

Teixeira da silva (1996) ao salientar o aspecto da necessidade do tratamento pessoal do terapeuta diz que «a análise didáctica ideal do analista seria aquela na qual ele pudesse analisar, minuciosamente, todos os seus aspectos pré-edipianos e edipianos, ultrapassando-os para desenvolver uma relação natural e verdadeira consigo mesmo, conquistando uma identidade sexual harmoniosa e a aceitação de sua bissexualidade, podendo lidar com espontaneidade e liberdade com seus aspectos masculinos e femininos. Tudo isso complementado por uma excelente preparação teórica e prática». Este autor refere que tal análise ideal não existe e que devemos lidar com nosso trabalho e experiência clínica como fonte inesgotável de conhecimentos e evolução tendo sempre

por base que a identidade sexual do analista e do paciente não apenas estimulam, mas podem criar resistências e dificuldades transferenciais e contratransferenciais específicas.

Laplanche (1988) faz notar que a transferência é estimulada pelo analista e que este reactiva uma situação originária de sedução e passividade (originárias) despertando (atizando) a movimentação de fantasias sexuais (originárias) inconscientes. Para Meltzer esta sexualidade que emerge ou que é «puxada» pelo contexto analítico é de natureza polimorfa e, igualmente, de aspecto iminente passivo mas sem que se esgote nessa característica (já que a libido procurará em maior ou menor grau, o analista de uma forma activa). A equivalência entre fazer falar e o acto da instigação sexual ou sedução, equiparia a compreensão do falar a um acto ginecológico no sentido em que esse «fazer falar» seria o equivalente do toque, da penetração, do exame. Se o manuseamento psicanalítico desperta a sexualidade ao instaurar a transferência, aí, o psicanalista ocupa uma posição sedutora. O caso Dora é para muitos autores um exemplo de como Freud instigou (em abstinência) à circulação do sentido sexual da fala (com vista à desafecção dos sintomas).

É certo que o analisando procura «simplesmente» o alívio do seu sofrimento junto do psicanalista. Automaticamente estará à procura no analista de compreensão, aceitação e «ternura» mas mesmo que os conteúdos eróticos não se manifestem de imediato eles aparecerão, nomeadamente a partir das estimulantes interpretações do analista. Parte pois da própria natureza da clínica psicanalítica a instigação do sentido sexual da comunicação, dos sintomas, dos gestos, da transferência. De resto a ciência psicanalítica tem por alicerce a compreensão da ordem sexual da neurose, da sexualidade da própria subjectividade do humano.

Falámos de «ternura» como algo que o paciente pede entre outras demandas, Ferenczi (1933) utilizou este termo para caracterizar o discurso da criança (na sua «fala ternurenta») distinguindo-o da fala sexual dos adultos. Laplanche (1988), partindo desta distinta caracterização das «falas» do adulto e da criança designou uma teoria da sedução generalizada onde descreve e caracteriza a relação do adulto para com a criança. Se é verdade que há a provocação da sexualidade em análise pela simples presença do analista subjectivo, ela deve ser «impessoalizada» no sentido de se suprimir o peso da intencionalidade inconsciente e consciente do analista, suprimir o peso da

personalidade do analista. Na origem destas assumpções de Laplanche (que pegou em parte nas reflexões de Ferenczi) tendo por base um modelo de sedução em que, repetimos, a excitação que o adulto-analista provoca e a solução dessa excitação que o adulto-analista também provoca, induzem ao prazer, na passividade, recebido pela criança-paciente. No processo de sedução e constituição da sexualidade, a criança vai da ternura à sexualidade, enquanto o adulto que trata a criança, que a seduz, vai da sexualidade à ternura (não se tome daqui que existam estados puros de ternura ou sexualidade).

Esta «reactivação» (Laplanche, 1993a) da sedução originária na situação psicanalítica não significa que o analista active implacavelmente a sua sexualidade inconsciente. Laplanche reserva para esta situação o termo de «transferência em cheio» e a ser assim tratar-se-ia de uma situação recheada da neurose e perversão do analista. Trata-se da interferência da sexualidade inconsciente e infantil do analista num registo de abstinência que não só suspende o *acting* sexual como suspende «a realização de fantasias, seja no que se refere ao sintoma, às expectativas ou aos preconceitos», o que não significa a cessação do desejo e da fantasia do analista.

Fazemos notar novamente que a teoria geral da sedução se enquadra ainda na postura fundamental de Freud (1915) quando disse: «isso não é comigo pessoalmente»; «a análise não cria a transferência (...) esta somente a actualiza». Freud chamara já a atenção para a inevitabilidade das interpretações irem buscar o sentido sexual da fala, do sonho e do sintoma. Mencionara igualmente que ignorar a sexualidade denegando-a, revela uma sexualidade neurotizada e perversa por parte do analista. A psicanálise supõe que a neurose (e o ser humano) tem um fundamento sexual e esse fundamento é introduzido no tratamento tal como a sexualidade inconsciente do adulto se introduz no trata com a criança. Torna-se portanto necessário que o analista esteja prevenido que ele, analista, instiga à sexualidade e não pode ignorar o efeito transferencial da actualização da sexualidade que faz transitar de modo a evitar atropelamentos que ponham em causa a sua «reserva» (Figueiredo, 2000).

Embora reconhecesse o carácter defensivo da transferência erótica, Freud alertava como já dissemos os terapeutas para que não confundissem essa reacção com um amor verdadeiro ao mesmo tempo que os advertia contra as tentativas de reprimirem o amor de tais pacientes: «instigar a paciente a suprimir, renunciar ou sublimar seus instintos,

no momento em que ela admitiu sua transferência erótica, seria, não uma maneira analítica de lidar com eles, mas uma maneira insensata. Seria exactamente como se, após invocar um espírito dos infernos, mediante astutos encantamentos, devêssemos mandá-lo de volta para baixo, sem lhe haver feito uma única pergunta». Ou seja, seria tão desastroso para a paciente que o seu anseio por amor fosse satisfeito quanto que fosse suprimido.

Sandler (1986), falando sobre tipos especiais de transferência, descreve que há determinados pacientes que desenvolvem transferências eróticas onde é comum a recusa a executar o trabalho usual de tratamento, rejeitando frequentemente interpretações que relacionam os sentimentos actuais ao passado e deixando de procurar a elucidação acerca do significado e da causa dos sintomas de que anteriormente se haviam queixado. Ainda segundo o autor, as sessões são usadas para expressar o amor, a gratificação mediante a presença do amado e «imploram» que o terapeuta corresponda igualmente ao seu amor.

As transferências eróticas podem-se manifestar de diferentes maneiras, obedecendo tanto a padrões neuróticos como a padrões psicóticos. Diversos autores diferenciam várias formas de transferência erótica. Bolognini (1994) descreveu quatro tipos de transferência erótica, com suas respectivas origens dinâmicas e repercussões na relação analítica. A transferência erotizada seria predominantemente baseada em uma modalidade psicótica. A fantasia subjacente responsável pela erotização, que teria uma função defensiva, seria a fantasia de separação e abandono a qual seria uma tentativa de restauração de um estado de fusão narcísica com a mãe. A transferência erótica seria baseada em uma modalidade neurótica, e a transferência amorosa e a afeiçoada seriam manifestações clínicas que corresponderiam a um desenvolvimento emocional mais saudável e maduro.

Para (Rappaport, 1956) a transferência erotizada é característica de pacientes fronteirços, muito perturbados, havendo nela uma angústia excessiva de ser amado pelo analista com demandas manifestas e conscientes, directas e exageradas, por gratificação sexual e sempre persistentes. Ela expressa um nível muito primitivo de funcionamento mental no qual o objecto é altamente idealizado e muito persecutório. Segundo Teixeira da Silva (1996) a transferência erotizada é reflexo de conflitos pré-genitais nos quais predominam intensa violência, fragilidade do ego e perda da noção «como se», ou seja,

nelas o analista não é como se fosse o pai ou a mãe, ele é o pai ou a mãe. Há assim perda da capacidade de simbolização cuja intensidade pode representar o nível de regressão do paciente. Já nas transferências eróticas, a capacidade de fantasiar não é perdida, e as demandas eróticas mantêm-se ao nível da fantasia, ou seja, o analista é um objecto da fantasia do paciente, ao contrário das transferências erotizadas, onde ele é vivido como um objecto concreto. Saul (1962) assinala o papel da agressividade latente nas situações de transferência erótica intensa. Segundo este autor, esse tipo de transferência está associado a frustrações reais e severas nos relacionamentos precoces. Naturalmente a hostilidade e a raiva desencadeadas por essas frustrações repetir-se-iam em relação à pessoa do terapeuta onde ao amor transferencial caberia a tarefa de proteger o analista desses sentimentos hostis.

Segundo Meurer (1996), a transferência erótica põem à prova a capacidade do terapeuta, exigindo deste um bom grau de integração do ego, atenção livremente flutuante e sensibilidade livremente perceptiva para poder detectar, reconhecer e interpretar o que ocorre na transferência e na contra-transferência. É de se esperar que o paciente procure, na transferência erótica, externalizar mais uma vez o seu intenso desejo infantil de ser amado e amar, o seu permanente anseio neurótico de se ressarcir de suas frustrações amorosas edipianas, de obter amor irrestrito e exclusivo do terapeuta-mãe-pai. Uma questão delicada é a possibilidade, e mesmo a necessidade, de se utilizar a contra-transferência de modo isento e criterioso para identificar a natureza dos sentimentos e fantasias vigentes na transferência. Assim, reforça a ideia de que a contra-transferência não precisa de ser um obstáculo ao entendimento, mas sim um factor de compreensão.

Zimerman (1999) aponta para o fato de que dois sérios riscos podem acompanhar a instalação da transferência erotizada no campo analítico: uma é que, diante da não-gratificação por parte do terapeuta dessas demandas sexuais do paciente, este recorra a atuações fora da situação analítica que às vezes podem adquirir características de grave malignidade. A segunda possibilidade, igualmente maligna, é que a terapia, a partir dessa transferência perversa possa descambar para uma perversão da transferência, inclusive com a possível eventualidade de o terapeuta ficar nela envolvido.

No manejo da transferência erótica, deve-se levar em conta que as reedições de conflitos infantis decorrem de desejos que ficaram insatisfeitos e que buscam realização no contexto do tratamento psicanalítico. Cabe ao terapeuta mostrar a realidade do que está

sendo pedido, o que poderá ser feito pela análise detalhada dos sentimentos transferenciais/contra-transferenciais. Quando o terapeuta interpreta a erotização do paciente colocando em palavras essa troca de emoções inconscientes, ele possibilita a passagem para o simbólico. A interpretação, ao tornar consciente o que é inconsciente, possibilita à libido ficar à disposição do ego para investimentos mais saudáveis, tem-se o contacto com a realidade e não com a realização do desejo como está sendo pedido pelo paciente. Se a interpretação é correctamente utilizada, frequentemente reduz o desejo e a resistência inerentes à transferência erótica (Kumin, 1985-1986).

Em termos gerais a interpretação da transferência (erótica) vai paulatina e necessariamente aclarando o objecto real analista já que este ao mostrar os objectos internos ou aspectos do psiquismo do paciente que vão sendo depositados nele, analista, está a dizer que é alguém diferente daquilo que foi transferido. Portanto a interpretação desnuda o que foi imaginado ou acreditado pelo paciente e propuliona mudança. Strachey (1934) menciona uma «interpretação transferencial mutativa» cujo efeito dinâmico é esse: mostrar que as características projectadas pertencem ao seu mundo interno e não correspondem ao analista (se as características projectadas também pertencem de facto ao analista isso será contingente e facilitador mas não determinante para que a projecção aconteça) e que o que está em jogo não é tanto que o paciente conheça o analista real, mas que tome consciência da sua (do paciente) função projectiva. A partir daqui a elaboração do amor transferencial implica elaborar a renúncia e o luto que normalmente acompanham a resolução da situação edípica. Ao mesmo tempo, o paciente precisa de aprender que a busca do objeto edípico será um aspecto permanente de todos os seus relacionamentos amorosos. Isso não significa compreender todas as futuras relações amorosas como derivadas unicamente da situação edípica, mas que a estrutura edípica está presente e influencia a moldura das experiências amorosas.

De acordo com Zimmerman, embora o paciente mantenha uma absoluta convicção e determinação no seu obstinado jogo de sedução, mais profundamente o que ele mais receia é que o analista cometa algumas falhas tais como: manter-se frio, indiferente e distante aos seus apelos e fantasias eróticas; ficar perturbado e defensivamente substituir as interpretações compreensivas que levam ao *insight* por dissimuladas críticas, acusações, lições de moral e a apologia ao bom comportamento, quando não por uma

acção repressora que pode incluir a ameaça de interrupção do tratamento ou encaminhamento para outro colega. Ou, mais uma vez, a possibilidade real de o terapeuta ficar envolvido em uma intimidade sexual, o que caracterizaria uma total perversão da transferência e do processo psicanalítico. As dificuldades teóricas e técnicas na identificação e no manejo da transferência erótica também podem se agravar, deixando de ser um problema somente clínico e vindo a constituir problemas éticos e legais. As más condutas sexuais no relacionamento paciente-terapeuta são potencialmente nocivas ao paciente e ao próprio terapeuta, destrutivas em relação ao trabalho terapêutico e danosas à profissão em si.

Para Kernberg (1995), as questões técnicas mais importantes no manejo da transferência erótica são: a) a tolerância do terapeuta ao desenvolvimento de sentimentos sexuais em relação ao paciente, quer homossexuais, quer heterossexuais, o que exige liberdade interna do terapeuta para utilizar a sua bissexualidade psicológica; b) a importância de analisar sistematicamente as defesas do paciente contra a completa expressão da transferência sexual, e o risco de tornar-se sedutoramente invasivo; c) a capacidade do terapeuta de analisar a expressão do amor transferencial do paciente e as reações do mesmo à frustração, que inevitavelmente acontecerá. A tarefa do terapeuta consistiria também em abster-se de comunicar seus sentimentos contratransferenciais e integrar o entendimento obtido com sua contratransferência em interpretações transferenciais em termos dos conflitos inconscientes do paciente. Kernberg considera útil que o analista possa tolerar suas fantasias sexuais sobre o paciente e inclusive deixar que se desenvolva na narrativa um relacionamento sexual imaginário, acompanhando, em sua mente, a transferência erótica do paciente. Isso lhe permitirá por exemplo, aperceber-se progressivamente dos aspectos antilibidinais, autodestrutivos e rejeitadores que podem estar ocultos da manifestação erótica explícita do paciente.

Segundo este autor, o analista que se sente livre para explorar, em sua mente, seus sentimentos sexuais em relação ao paciente, será capaz de avaliar a natureza dos desenvolvimentos da transferência e, assim, evitar uma negação defensiva de sua própria resposta erótica ao paciente. O analista deve, ao mesmo tempo, ser capaz de examinar o amor transferencial sem actuar sua contra-transferência no que possa se configurar como uma abordagem sedutora. O manejo da transferência erótica pode trazer grandes dificuldades, às vezes comparáveis às das transferências hostis e

paranóides, na medida que podem obstruir a capacidade analítica do terapeuta, pelo menos temporariamente.

8. Género do Analista/Paciente.

Falando especificamente do tema do género do analista e inerentes fantasias do paciente, trata-se igualmente de um tema vasto e não podemos aprofundar os mecanismos que subjazem às combinações possíveis das díades terapêuticas em pacientes e analistas com diferentes níveis de organização psíquica. A proliferação de trabalhos que têm surgido nos últimos anos acerca deste assunto é tal que só revela a riqueza e pertinência do fenómeno do género sexual na transferência e contra-transferência (utilizamos a concepção mais abrangente do conceito de contra-transferência ou seja: a reacção global do analista ao analisando).

As representações de género são, segundo Lartigue (1988), «a expressão das pulsões sexuais e tanáticas (dos desejos, fantasias inconscientes e afectos reprimidos) dirigida à mulher e ao homem, nas inumeráveis imagens de si na relação com ambos os géneros e dos géneros entre si». Para o autor, estas representações são desfiguradas pelo trabalho do inconsciente através dos mecanismos de condensação, deslocamento, figuração e elaboração secundária, os quais impelem o indivíduo a actuar de uma ou de outra maneira.

Se a prática terapêutica opera a partir do consciente/inconsciente procurando integrar clivagens tanto do analisando como do analista, transferidas e contra-transferidas, as diferenças de género no que é relativo às transferências eróticas e erotizadas, ao tratamento de pacientes homossexuais, às interpretações transferenciais, aos sonhos contra-transferenciais, aos aspectos ideológicos, preconceitos e/ou estereótipos de género, podem funcionar como áreas cegas que interferem no tratamento psicanalítico.

Cabe mencionar que a obra de Freud, além de destacar que o inconsciente é uma característica constitutiva e criadora da experiência humana, interessa-se explicitamente pela formação de uma subjectividade de género sendo esta um dos caminhos pelos quais a personalidade se constrói e se organiza. De facto Freud também menciona o tema do

género do analista embora não o tenha aprofundado: em «Psicogênese de um Caso de homossexualidade feminina» (1920), faz recomendações no sentido de ser uma mulher analista a levar o tratamento por diante exactamente para lidar com a homossexualidade feminina. Em 1931, e agora saindo do tema da transferência erótica, sugeriu que as mulheres-analistas tinham o caminho facilitado no que respeita às transferências pré-edípicas. Ou seja, tanto o tema da transferência erótica como o tema do género sexual do analista foram acompanhando desde sempre o desenvolvimento da Psicanálise.

Haverá algum elemento universal do género sexual do analista real que influencie o vínculo terapêutico? Haverá diferenças nesse vínculo entre pacientes masculinos ou femininos *versus* analistas masculinos ou femininos? Que diferenças e fantasias são despertadas? Procuraremos dar aqui apenas uma pequena amostra das variáveis psicológicas que podem estar em causa neste tema.

Há diferenças entre pacientes pois em maior ou menor grau uns distinguem o género sexual do analista como parte da realidade e outros não. Nestes últimos estão inseridos os casos de psicose grave com forte desorganização da personalidade onde é comum a omissão de dados factuais da realidade externa. Verifica-se em situações muito regredidas e com fixações severas em estádios primitivos do desenvolvimento (patologia psicótica com grave comprometimento do contacto com a realidade como dissemos) que resultam em transferências maternas ou paternas (sobretudo maternas onde o analista homem é investido pelas suas qualidades essencialmente maternais) independentemente do género do analista.

Quanto ao primeiro grupo, o que distingue o género sexual do analista, é importante essa distinção? Não tem importância nenhuma? Qual o género sexual do paciente, com que estrutura da personalidade, que responde como e a quê? Na transferência predominantemente defensiva, repleta de resistências ao vínculo com o analista, a maior parte dos autores concorda que o género sexual do analista não tem muita importância uma vez que o esforço do paciente vai no sentido de evitar as associações livres que vão em direcção àquilo que é sentido como perigoso. Um pouco como se o paciente procurasse alguém, homem ou mulher indistintamente, que participe em plena consonância com a sua estrutura defensiva.

Naquela transferência onde predominam mais a repetição de eventos e a projecção de objectos internos ou aspectos do aparelho psíquico (Supereu, Ideal do Eu, funções

corporais, auto-estima etc.) no analista, há nuances importantes e que se prendem com o género do analista: Se essa transferência corresponder a um funcionamento mais regredido, pré-edipiano, ainda não afecta tanto o facto do género do analista, mas se as questões edipianas se estiverem a actualizar, tanto o género do analista como do paciente vêm a ser importantes. Tudo se relacionará ainda com a forma como o paciente pôde viver o Édipo (positivo e negativo) e com a vida da libido em geral.

Segundo Gabbard e Lester (1995) os casos mais relatados na literatura psicanalítica dizem respeito à díade paciente-mulher/psicanalista-homem. Apesar de terem aparecido mais tarde relatos de transferências eróticas e erotizadas de pacientes homens com analistas mulheres, as analistas mulheres referem ser comum esse género de transferência sobretudo no início da psicoterapia com o intuito de captar o interesse e o amor do analista, mencionando que as transferências paternas para a analista aparecem mais tarde. Em ambos os casos e ainda segundo os autores, a transferência erotizada geralmente manifesta-se a par de uma agressividade deficitária, mal vivida, e que agora começa a circular na relação terapêutica. As dificuldades contra-transferenciais prendem-se, segundo Welles e Wyre (1991) com o manejo dos sentimentos eróticos do paciente para o analista quando estes se confundem com esses aspectos sádicos do paciente, deixando difícil vislumbrar uma transferência perversa (subjacente).

Quanto à contra-transferência erótica materna, ela pode gerar desejos e fantasias e consequentes defesas primitivas no analista que incluem elementos das mais variadas espécies (maníacos, depressivos, paranoides etc...). Ainda segundo Welles e Wyre (1991) estas fantasias centradas ao redor do corpo tanto do analista como do paciente podem ser de fusão/separação, grandiosidade e reparação maníaca ou de horror erótico e distanciamento esquizóide.

No que toca ao tratamento de pacientes homossexuais é aceite por vários autores Sheldon (1988), Kulish (1985), Renik (1990) que o género do psicanalista intervém nos componentes sexuais transferenciais (indistintamente se são pacientes homens ou mulheres). Estes pacientes, na opinião de dois dos autores (Kulish e Renik) sexualizam uma transferência predominantemente materna e pré-edipina, facto consentâneo com a maior procura de analistas mulheres por parte dos homossexuais.

Já na dupla terapeuta mulher/mulher o aparecimento de uma erotização intensa é mais frequente pois a mulher regride mais facilmente a uma situação de fusão com a mãe

fálica. Visto que essa situação corresponde à situação original da menina com a mãe em seu desenvolvimento, a paciente tem que resolver primeiro o seu envolvimento erótico e homossexual com a mãe, para depois entrar na fase edípica positiva, elaborar o complexo de Édipo e estabelecer sua identidade sexual.

Teixeira da Silva (1996) aponta para o facto de que os terapeutas de ambos os sexos têm maiores dificuldades em perceber as transferências nas quais são colocados no lugar do sexo oposto. Na dupla terapeuta homem/homem costuma predominar, na transferência edipiana, a situação de uma competição agressiva com o pai, e de modo geral os impulsos heterossexuais não são percebidos porque são deslocados para objectos externos. Quanto aos impulsos homossexuais passivos, quando surgem, são fonte de grandes resistências transferências e contra-transferências.

É na dupla terapeuta homem-paciente/ mulher-terapeuta que ocorrem as transferências eróticas mais intensas ou a transferência erotizada. Nesta situação poderá ser difícil para a terapeuta diferenciar quando o paciente projecta nela a rivalidade e a hostilidade com a mãe edipiana, da situação de uma regressão anal contra o objecto frustrador, ou seja, contra a mãe pré-edipiana. Porque exactamente a questão edipiana é fulcral, nesta dupla quando há um desejo heterossexual para a mãe, será também difícil para a analista identificá-lo e separá-lo do desejo homossexual em relação ao pai.

Na dupla terapeuta mulher-paciente/homem-terapeuta, haveria uma ausência de transferências erotizadas devido ao medo da mãe pré-edipiana todo-poderosa que gera angústias de castração que interferem no desenvolvimento de fortes desejos eróticos para a mãe edípica.

Lester (1985) assinalou que a ansiedade do paciente homem em relação à terapeuta mulher como uma mãe fálica pré-edípica poderosa e castradora pode ofuscar e inibir muito a expressão de sentimentos sexuais em relação à terapeuta como uma mãe edípica. A autora também observou que a passividade regressiva na terapia analítica vai contra a natureza do papel sexual activo masculino tradicional. Gornick (1986) acha que para determinados pacientes homens, seria muito mais inaceitável ser passivo e dependente frente a uma mulher do que expressar sentimentos sexuais directamente, o

que levaria estes homens a defenderem-se desses sentimentos de passividade e dependência, desenvolvendo sentimentos eróticos em relação à terapeuta na tentativa de restaurar um sentido de domínio masculino.

Para Person (1985), a transferência erótica é utilizada pelas mulheres com mais frequência como uma forma de resistência, enquanto os homens apresentariam uma resistência à consciência de qualquer forma de transferência erótica. Os pacientes homens mais comumente deslocariam sentimentos eróticos em relação à terapeuta para uma mulher fora da terapia, pois reconhecer esses desejos ameaçaria o seu sentido de autonomia. Person também descreveu que a transferência erótica em mulheres é mais frequentemente um desejo de amor enquanto que nos homens os sentimentos são com mais frequência de desejo sexual.

Para concluir o capítulo da Introdução, um outro assunto particularmente interessante e que mais uma vez não o aprofundaremos, é a questão dos sonhos contra-transferenciais de conteúdo erótico ou não. É natural que durante os períodos mais críticos do tratamento o paciente apareça nos sonhos, disfarçadamente ou não, sobretudo se as problemáticas a circular são de natureza agressiva ou erótica (Robertson, 1989). As variações do conteúdo manifesto podem prender-se com o gênero do analista: segundo um estudo citado por Lester (1989) os analistas homens relatam mais frequentemente sonhos eróticos, de rivalidade e sádicos, enquanto nas analistas são frequentes sonhos intrusivos em que o seu corpo-espaco privado é invadido. McDougall (1986) relata que ao analisar um sonho contra-transferencial de conteúdo homossexual apercebeu-se que se estava a defender contra as fantasias homossexuais da paciente e que no tratamento tinha estado a colaborar com as defesas da paciente. González Enloe (1991) descreve como através da análise de um sonho se apercebe dos seus reais sentimentos para com a paciente no tratamento analítico: aprisionada, invadida, paralisada.

Um outro ponto que se prende com a contra-transferência e o gênero do analista é o da ideologia. O analista interpreta a partir das suas ideologias formadas a partir das suas representações (ideias e crenças). Estas representações advêm, como tudo o resto, do seu consciente, pré-consciente e inconsciente. São, mesmo que sujeitas a constante mudança ego-sintónicas. Sem uma função reflexiva, sem crítica de si própria, a ideologia pode tornar-se fraudulenta e agir inadvertidamente cristalizando-se num preconceito ou estereótipo.

Uma ideologia incorporada na parte inconsciente do ego, superego ou ideal do ego quer do analista quer do analisando, pode converter-se num ponto cego do campo transferencial-contratransferencial fomentando lacunas dentro do vínculo terapêutico. Um exemplo é o de que independentemente da verdade, aos primórdios da psicanálise sempre foi apontado o dedo acusador de um certo falo-centrismo. A polémica instaurou-se e Freud foi acusado de propor uma supremacia genital masculina («inveja do pénis» etc...). Como afectam as ideologias as diferenças do desenvolvimento epigenético dos homens e mulheres, das desigualdades sociais, muitas vezes mantidas pelas próprias mulheres (dominação masculina, subordinação feminina), tanto no analista como no analisando?

As ideologias (a política, a religião, a estética, os costumes, a sensibilidade, os honorários etc.) tocam as relações de género e haverá diferenças consoante o meio cultural em que se inscreve tanto analista como analisando em ambas as identidades femininas e masculinas. Os papéis do género sexual incorporados no ego, ideal do ego, super-ego, transmitidos geracionalmente a partir dos esquemas parentais (culturais) e dos processos de identificação podem fugir à análise dada essa forte ego-sintonia ou então, sob a forma de uma colisão cultural analisando-analista, ficarem esses pontos cegos igualmente por analisar.

DESENVOLVIMENTO

1. Anamnese

Como referimos no Resumo, Ana fora internada num hospital psiquiátrico por comportamentos agressivos em casa. Isto deu-se pela altura do Natal. Passadas duas semanas teve alta mas permaneceu no Hospital de Dia da mesma instituição em regime de ambulatório. No fim de Janeiro a psiquiatra a quem tinha sido atribuída o caso de Ana solicita-nos uma avaliação psicológica. Foi-nos dada a ficha clínica de Ana donde constatámos que Ana já tinha um historial clínico considerável. Três psiquiatras em diferentes tempos tinham-lhe diagnosticado uma esquizofrenia. Um psicólogo clínico também lhe diagnosticara uma esquizofrenia. Desta última vez a psiquiatra diagnosticara uma Psicose Esquizo-Afectiva Tóxica.

No dia e hora marcados bate-nos à porta uma senhora que nos cumprimenta e entra para a consulta. Julgámos que nos tínhamos enganado na idade da paciente. Pouco tempo depois realizámos que se tratava da mãe da paciente, a Senhora X. Perguntámos então pela Ana. Ana ficara fora da sala. Pedimos à senhora X que fizesse o favor de deixar a Ana entrar e pedimos-lhe que aguardasse lá fora. Caso fosse necessário e Ana assim o desejasse, chamaríamos a senhora X. A proposta foi muito mal recebida, a senhora X muda a sua postura colaborante, exalta-se com violência argumentando que Ana só nos iria «mentir e ocultar os factos como sempre fez». Discorre num rol de acusações à filha e exige permanecer dentro da sala sob a ameaça de se retirar com a filha e ir procurar «um psicólogo de jeito». Optámos então por tentar apaziguar a senhora X apesar de que dentro de nós só nos apetecia mandar a senhora à tia dela (contra-transferência).

Começámos por escutá-la nas suas queixas em relação à filha e a seguir dissemos à senhora X que ela tinha todo o direito de ser ouvida mas nós não o poderíamos fazer, pois tinham-nos atribuído um atendimento a Ana e não a ela. Pedimos à senhora X que chamasse a filha. A senhora X vai então chamar a Ana que entra e senta-se numa cadeira periférica deixando o lugar em frente a nós para a mãe. Esta senta-se novamente e continua nas queixas e acusações à filha. Ana às vezes sorria com as acusações mas sem fazer comentário algum, apagada e de olhos centrados no chão. Sempre que nos

dirigíamos a Ana a mãe interpelava e respondia por ela. «É esta a filha que tenho, uma louca que tornou a minha vida num inferno». Decidimos ouvir o suficiente até recomendar de novo à senhora X que se deslocasse ao serviço de psicologia para marcar uma consulta para si. A senhora X aceita então marcar uma consulta.

Ficámos aliviados e pensámos que a nossa intervenção tinha resolvido a situação. De facto a senhora X dirigiu-se ao Serviço de Psicologia mas pelos relatos que nos chegaram posteriormente manteve-se agitada e insatisfeita com a nossa atitude. Uma semana depois chega-nos a indicação de que a senhora X tinha apresentado queixa contra nós na Administração do Hospital alegando não a termos recebido civilizadamente.

Voltando ao primeiro contacto. Quando ficámos a sós com a Ana pedimos-lhe desculpa por ter recebido a mãe em vez dela e explicamos-lhe que não nos tínhamos apercebido da troca sobre a quem se destinava realmente a consulta. Ana esboça um sorriso preso e encolhe os ombros como sinal de que não faz mal e diz «é sempre assim». É uma jovem de pele e olhos claros, estatura média, aspecto aseado que aparentava um ar grave, pesado, circunspecto, tímido, com o olhar amarrado ao chão. Tinha um piercing que lhe perfurava o lábio de baixo e que saía para dentro da boca. As suas vestes pareceram-nos estranhas, combinando adereços num misto de criatividade e bizzarria, uma gravata a fazer de cinto, uns ténis gordos, as calças rasgadas e por cima parecia ter uma peça de roupa interior do antigamente.

Perguntámos: «Então Ana o que se passa?»

A: Estou aqui porque sou esquizofrénica...

(silêncio)

(sorrisos)

... tenho problemas em casa e sei que tenho de tomar medicamentos para o resto da vida.

Fomos fazendo perguntas já que Ana não parecia estar interessada em desenvolver qualquer queixa ou esclarecimento. Dava respostas curtas a que se seguiam silêncios. Desta sua tímida colaboração na primeira entrevista e com dados que fomos recolhendo posteriormente apresentamos um breve historial da sua vida. Ana tinha dezanove anos,

deixara de estudar sem que concluísse o liceu. Não trabalhava. Gostava de ter seguido o curso de belas-artes mas a doença impedira-lhe. Vivia em Lisboa em casa da mãe apenas com esta e desde sempre. Desenvolvera uma relação demasiado estreita e atrituosa

Ana sente que a mãe a protege de uma forma opressiva mais parecendo um Claustro, ou então larga-a ao vento mais parecendo uma Ágora. Até aos dois anos o pai esteve fisicamente presente depois sai de casa para ir viver com uma sobrinha. Manteve-se sempre à distância «por razões de trabalho», «nunca me ligou porque não tem tempo, ele dirige uma empresa». Entre a distância e a frieza, as poucas situações em que estiveram e ou estão juntos, o pai é sentido como cruel, intolerante e abandonico. Não tem irmãos.

Desde a tenra infância até ir para a escola são inúmeras as situações em que Ana vive situações de intensa desprotecção, incompreensão, abandonos físicos alternados com, como dissemos, uma presença opressiva que foram sempre aumentando. Aumenta também a sua passividade e dependência da mãe. Desenvolve-se como uma jovem aparentemente formal e sobre adaptada sem outra saída senão inibir a curiosidade e a actividade. Na adolescência os conflitos aparecem de forma mais manifesta sobretudo quando o seu avô materno vai viver com Ana e a senhora X. Este período envolve o tempo entre os seus dez e dezoito anos. Este avô adorador de Hitler e de Salazar, é descrito como violento e prepotente. Segundo Ana, a mãe protege e alia-se ao avô.

A sua ansiedade e agitação aumentam, não quer estar em casa, passa os dias com os amigos das artes. Fuma charros, automedica-se e bebe uns copos, «uma puta, uma drogada». A mãe começa então a vigiar-lhe a vida mais de perto. Era comum a mãe mascarar-se com uma peruca e óculos escuros para segui-la nos seus programas ou vigiá-la à saída da Escola. Por esta altura, aos dezasseis anos, começam as agressões físicas mútuas com a mãe. A relação com o avô deteriora-se ainda mais. Surgem as primeiras alucinações auditivas «Nunca devias ter nascido, és uma merda, não vales nada»... Expressões utilizadas pelo avô. «Nunca chegarás aos calcanhares da tua mãe, és uma inútil.». Ana urina de forma incontrolada na presença do avô. A Enurese piora e alarga-se a outras situações que envolvem angústia como a presença de figuras que lhe suscitam medo e angústia.

Aos dezassete anos Ana é levada pela sua mãe ao primeiro psiquiatra que lhe diagnostica uma esquizofrenia e prescreve-lhe neurolépticos e ansiolíticos. Ana vive-se a partir daí incapaz de estudar e trabalhar. É a sua mãe que lhe administra implacavelmente, militarmente, a medicação. Ana piora. A sua mãe chama então o irmão para a ajudar a tratar da sobrinha. O tio bate na Ana sempre que esta se tenta opor às directivas. O pai permanece distante mas a senhora X vai forçando Ana a contacta-lo usando-a para transmitir recados ou exigir dinheiro. O pai, nas poucas vezes que acede estar junto de Ana, é vivido pela paciente como agressivo, acusador e hostil. A senhora X utiliza Ana numa «guerra» com o seu ex-marido e vice-versa. A partir desta altura o pai vai-se afastando cada vez mais.

Ana piora e é então levada a outro psiquiatra que lhe renova a medicação e a envia a uma psicóloga clínica. Esta psicóloga confirma a esquizofrenia e passadas algumas sessões reenvia-a ao psiquiatra que lhe recomenda um outro psicólogo. Este psicólogo recebe-a durante um ano em consultas juntamente com a mãe. Estabelece um horário e uma tabela de tarefas que a senhora X. obriga Ana a cumprir religiosamente, a par da medicação. Ana não melhora, os conflitos em casa agudizam-se. Aos dezoito anos Ana recorre pela primeira vez às urgências pela mão da sua mãe. Fica breves dias internada e tem alta. Regressa a casa com medicação suplementar, acrescentados «comprimidos para as crises». Aos dezanove anos dá entrada no serviço de urgência de um hospital civil acompanhada por dois agentes da PSP chamados ao domicílio que a recolhem por agitação psicomotora e comportamentos agressivos.

É transferida para a urgência de um Hospital Psiquiátrico onde fica internada numa enfermaria de mulheres. A partir daqui é-lhe atribuída uma psiquiatra que a observa e lhe diagnostica uma psicose-ezquizo-afectiva-tóxica. Esta psiquiatra pede-nos então uma avaliação psicológica para Ana. E aqui estamos.

Na primeira entrevista deve-se avaliar através da história do paciente e da passagem de alguns testes, sobretudo testes projectivos, a sua estrutura de personalidade e psicopatologia, elementos extremamente valiosos para prognóstico e adesão a uma eventual terapia. Também é verdade que cada psicólogo capta aquilo que capta. Achámos desde o primeiro contacto que Ana precisava era de ser compreendida. Não

precisava de mais testes nem avaliações, diagnósticos ou classificações. Como sabíamos que tínhamos disponibilidade interna e externa para lhe propor um seguimento, dissemos-lhe isso. Ana apareceu dois meses depois deste primeiro contacto a pedir para falar connosco. Contara a uma amiga que tinha gostado de conversar connosco e a amiga insistiu com Ana para nos procurar. Quanto à avaliação psicológica, dissemos à psiquiatra que Ana estava demasiado drogada com «comprimidos do psiquiatra» para que qualquer que fosse o teste ter validade.

Vamos apresentar de seguida material clínico. Também esta captação deste material é um sonho nosso na medida em que, apesar de as sessões terem sido transcritas logo após cada sessão, captámos e lembrámo-nos deste e não daquele (s) aspecto (s). O nosso objectivo é descrever um campo (o campo psicoterapêutico) onde muitas histórias são possíveis. Esta é uma delas.

2. Sessões

Sessão 1

(Ana chega atrasada trinta minutos, pergunta pelas horas, pede desculpa várias vezes pelo atraso. Reparámos que vinha com uns atacadores de sapatos muito grandes, desapertados em ambos os ténis, despenteada, com as bochechas encarnadas e a ofegar. Trazia desajeitadamente uma pasta de desenhos debaixo do braço com folhas a sair, parecia que os desenhos podiam saltar e espalharem-se pelo chão a qualquer momento como se algo fosse desmoronar-se.)

(Silêncio)

Ana: Desculpe, atrasei-me imenso porque fiquei a falar com a professora. Fui falar com ela porque sinto que não consigo desenhar nada de jeito, todos os meus desenhos estão cada vez pior. Não consigo desenhar, não me consigo concentrar e canso-me rapidamente... estou sempre cansada.

Ontem fui ao cinema ver um filme de desenhos animados. Era uma coisa muito simples mas saí do cinema e só abria a boca, estava cansadíssima. Os meus amigos estranharam eu abrir tanto a boca, diziam que nunca me tinham visto assim.

(silêncio)

Psicólogo: Acho que estar aqui a tentar compreender os seus sentimentos comigo, também a cansa muito.

A: Não sei, às vezes penso se não serei um caso para um psiquiatra... mas também tenho medo dos psiquiatras porque só sabem dar comprimidos...O quê que acha?

P: Acho que me está a perguntar se eu me interesso por si e quero ajudá-la.

A: Mas isso só você é que sabe...não sei o quê que eu tenho de mal, aliás eu acho que faço tudo mal, não admira que também acho que desenho mal. Mas também com os pais que tenho... a minha mãe lá está para me recriminar em tudo o que faço ou para me bater...o meu pai, fala comigo de três em três meses... também um homem que casa com a sobrinha. Que não me pegava ao colo porque eu usava fraldas. Todos os bebés usam fraldas.

A minha mãe diz que eu ficava estranha na presença dele.

Noutro dia estive a falar com a minha professora de desenho. Falámos de imensas coisas e eu até lhe contei as minhas dificuldades de relacionamento em casa mas depois ela, já não me lembro porquê, acabou por me chamar egocêntrica.

(Silêncio)

Porquê que ela me chamou egocêntrica?

(silêncio)

P: Imagino que tenha ficado magoada?

A: Não, porque havia de ficar magoada, estou-me nas tintas.

(silêncio)

P: A Ana foi procurar a sua professora para falar de si acabou por ser acusada. Será que eu vou saber compreendê-la ou também vou acabar por recrimina-la?

A: Não sei, o meu namorado chama-me tonta e diz que tudo o que eu faço é tontíssimo. Ele disse que eu não tinha nada que de ir contar os meus problemas domésticos à professora e eu respondi-lhe que a minha mãe conta os meus problemas a toda a gente, mas eu fiz o mesmo.

No outro dia telefonou o meu tio que também é professor e eu contei ao meu tio a cena que tive com a professora e o meu tio disse que a professora tinha falta de psicologia e que me tinha humilhado em frente aos meus colegas.

(Silêncio)

(Ana fala do seu Diagnóstico de Psicose, recria-se com a ideia de ser «uma psicótica». Menciona o facto de dormir na cama da mãe até há bem pouco tempo).

Ando a sentir-me muito mal por não conseguir prestar atenção às aulas. Tive uma aula de História e saí de lá com zero... não consigo perceber nada, nem sequer estou ali.

(silêncio)

Também estava com dores de barriga... e depois é esta sensação de que não consigo desenhar nada sou uma desajeitada, nada me entra... Não sou nenhum génio, pelo contrário... tenho imensas dificuldades, por isso a minha mãe e o meu namorado passam a vida a criticarem-me.

(silêncio)

P: Estava aqui a pensar que o seu trabalho comigo também não é fácil e que envolve muitas dores. Talvez também tenha muito medo que o seu trabalho aqui não seja bom aos meus olhos, que eu a avalie e critique e pense que é uma desajeitada.

A: Não... você nunca ouve o que eu digo, eu falo de uma coisa e você responde-me outra, eu estava só a falar das aulas.

(silêncio)

Agora tenho um amigo que me diz «faz isto e faz aquilo», eu já lhe disse que tenho um psicólogo, mas são imensas as pessoas que me dizem faz isto e faz aquilo.

(Silêncio)

Outra coisa que me tem incomodado é que não consigo ter prazer com o meu namorado, nem consigo que ele me toque. Isto já dura há tantos meses, não sei como é que ele aguenta. Eu sou louca.

(Silêncio)

P: O que sente quando ele lhe toca?

(Silêncio)

A: Não sei, sou louca... Depois há isso, os meus amigos também reparam que estou sempre a dizer mal de mim... até já me gozam... estou sempre a criticar-me...

P: Eu acho que a Ana se vê como uma louca, incapaz de tomar conta de si, uma criança... talvez espere do seu namorado que ele tome conta de si, como uma mãe e pai, talvez a Ana espere que o seu namorado seja como a sua mãe, que dorme consigo. Ele também toma conta de si, paga-lhe as despesas e critica-a, como a sua mãe...

A: Sim, nisso ele são iguais... mas assim estou a enganar o meu namorado... E porquê que eu faço isso? Eu acho que se eu dependesse de mim morria à fome, nem tratar da minha alimentação eu ia conseguir sem o meu namorado. Não me imagino sem o Pedro, a ideia de ficar sem o Pedro, sozinha, aterroriza-me mas depois também acho que isso não está certo, eu não o amo.

(silêncio)

P: Acho que tem muito medo de morrer de fome quando fica sozinha porque acredita que o alimento está sempre nos outros, fora de si, talvez imagine que dentro de si não há movimentos que possam vir a alimentá-la.

A: Posso sair mais cedo para ir pagar as consultas...? Não, espere, pode abrir a janela?

(nós abrimos a janela)

Tenho-me sentido pior das fobias ...

Naquela consulta que falou dos meus pais comecei mesmo a sentir-me mal. Como noutro dia, estava no cinema e começo a achar que toda a gente está a achar que eu sou uma doente mental e começo a transpirar e a sentir-me horrível... A minha mãe está em

Setúbal e isso faz-me sentir bastante aliviada. Não saio de casa, fico fechada ali dentro, há dias que chego a ter medo de sair à rua, medo das pessoas que estão na rua... No outro dia acendi um cigarro passados quinze minutos de fumar um. A minha mãe disse-me logo que eu era uma viciada, uma drogada, acabou a chamar-me puta, claro. Estou saturada.

P: (já passava da hora do término da sessão) Que horror, imagino que sim. Queria-lhe dizer que se a Ana chega tanto tempo atrasada, a sua terapia que podia servir para falar destas coisas que a saturam, acaba por não servir. Agora temos de ficar por aqui.

A: Tem razão, desculpe.

Sessão 2

Chega atrasada quinze minutos. Traz uns ténis coloridos com umas meias às riscas igualmente coloridas que lhe dão até ao joelho, uma saia com rasgões de alto a baixo, uma camisa de homem bastante larga com uma gravata de cores garridas a fazer um grande laço como um colar. Cada peça de roupa parecia rejeitar qualquer continuidade com as outras peças. A ideia que nos veio à cabeça foi de peças de puzzles diferentes.

A: Peço desculpa, se não puder, fica para outro dia... Também peço desculpa por lhe ter telefonado, deve ter coisas mais importantes para fazer do que atender o meu telefonema.

(silêncio)

P: Sou uma pessoa muito importante como o seu pai e tenho coisas mais importantes para fazer do que falar consigo, a Ana não é importante para mim.

A: Não quer dizer...podia ser...Tenho uma amiga que é psicóloga... Ela diz que é psicóloga sistémica, não sei o que é isso, mas convidou-me para ir a uma sessão da psicologia dela, é durante um fim-de-semana todo e eu falei nisso à minha mãe. A minha mãe disse que me pagava o fim-de-semana mas que eu tinha de deixar de vir aqui, disse que se eu fosse já não precisava «desse psicólogo»... É como ela o chama, quando não é pior... (sorri).

(Menciona «perigo de vir às consultas» e «manipulação». Fala dos psicólogos em geral com desdém e desconfiança)

Hoje estou um pouco histérica, até o Pedro me disse para ir ter com o «psi», «ele que te ature» disse ele...Estou mesmo uma chata não estou? Às vezes só me apetece voltar a fumar droga... mas acho que não ia adiantar nada...Deve achar que sou uma criança.

(Põe-se na nossa pele, a pensar e falar por nós que acabamos por assumir, na sua fantasia, um papel reprovador, censurador.)

P: Você já sabe de tudo, assim não precisa de contar comigo.

(começa a tossir bastante durante algum tempo).

P: Não está nada bem...

A: Sim, estou muito engripada... Isto porque fui à janela com a cabeça molhada. Em relação àquela questão do tal fim-de-semana com a minha amiga psicóloga, como eu não sabia o que fazer ela foi falar com a minha mãe... Tenho medo que não venha de lá diferente e que a minha mãe tenha dado quarenta e cinco euros e depois ainda me atire à cara isso... Qual é a sua opinião? ...Pois, já sei, não me pode responder não é?!...

P: Acho que a Ana está a testar-me para saber se eu posso lidar com o seu medo da fragilidade, da solidão... (interrompe).

A: Pois já sabia, você nunca me pode responder não é?!. Eu não sou psicóloga, ela diz que aquilo é muito bom, que é uma viagem profunda. Mas não quero que pense que estou a arranjar outra psicóloga. Lembrei-me que aquilo me podia fazer bem ao medo que tenho do escuro, parece ridículo mas eu tenho medo do escuro e se calhar aquele tipo de coisas resolve isso... a minha amiga psicóloga diz que eles lá não pegam na doença das pessoas mas sim nas outras coisas... não sei se aquilo me iria fazer bem a esta coisa dos medos, o que acha?.. Eu acho aquilo um bocado esquisito, três dias é muito pouco tempo, desconfio um bocado... mas também como é que hei de saber que ela não está certa... Não consigo pensar em nada, só queria resolver esta questão porque é muito dinheiro que eles pedem.

P: Você teme que eu também a explore, não me interesse por si, assim fica triste e não pode usufruir da terapia.

A: Sei lá se posso, não sei nada. Sei que já não suporto mais estar em casa, a minha mãe quer que eu faça tudo como ela quer e eu até faço só para não ouvir os berros dela.

(silêncio)

P: Imagino que seja horrível.

A: Sim é horrível, é insuportável, não admira que eu seja uma psicótica maluca. Agora estou com isto do fim-de-semana, mas tenho medo que não resolva nada e que eu continue cheia de medos... por outro lado, se for, tenho medo de estar a espalhar a minha vida toda às outras pessoas e acabar por fazer aquilo que elas querem... até na arte sinto as minhas pernas cortadas, sempre a mandarem-me desenhar... como querem que eu desenhe?

Não sei, acho que tenho anemia, continuo sempre cansada. Na semana passada, lá na exposição de finalistas, senti-me uma palhaça. Toda a gente sabia falar dos quadros menos eu. Nem os verbos sei dizer, não sei dizer nada. O mesmo se passou ontem, fui a uma loja de vinhos com o meu namorado, ele todo interessado nos vinhos e nas regiões e naquelas coisas todas e eu nada. Nem sei o que estava ali a fazer, nada me interessa. Ele fartou-se de e chamar nomes e tem toda a razão, parece que estou sempre apática ou quando falo é só para dizer asneiras.

Não sei o que se passa comigo. O meu namorado praticamente não me liga... Também tenho passado o tempo em jantares e almoços com os meus colegas, a beber e a fazer disparates... só não me apetece é ir para casa. A minha vida está um caos e tudo o que faço só piora as coisas. Ando a comportar-me como se fosse uma princesa que é tudo aquilo que não posso fazer... eu sou é uma princesa-palhaço. O meu pai dizia-me que eu nunca devia ter nascido... acho que afinal ele tem razão e percebo que ele não me ligue nenhuma... Tenho um livro de estética para ler e a única coisa que me apetece fazer é ler banda desenhada... Ontem fui falar com o meu professor, lá lhe contei uma série de coisas da minha vida que não tinha nada que contar, parece que tenho vontade de contar tudo a toda gente menos a si.

Não sei porque continuo a vir aqui. É a tal coisa, tenho vontade de falar com toda a gente menos consigo, acho que só venho aqui porque não tenho mais nada para fazer. Antes de ontem comecei a pôr os meus problemas para cima de outro professor, agora estou tão arrependida. Mas depois acho que venho aqui mesmo porque não tenho mais

nada para fazer... a minha mãe diz que estou pior. Eu sou uma tonta, sempre perdida, tenho aquele livro sobre estética e só pego em livros de banda desenhada

(silêncio)

P: Deve ser engraçado esse livro de banda desenhada, qual é a história?

A: Não, até tenho vergonha de falar disso, é uma parvoíce e eu não passo de uma criança... Não acha mesmo que eu devia tomar comprimidos?..

(silêncio)

Não sei como é que você pode estar calado... Houve um médico que disse que eu tinha uma depressão. Como isto não está a fazer nada se calhar eu tinha mesmo era de tomar comprimidos... no outro dia o meu namorado também disse que eu tinha a agressividade recalcada. Você deve ficar chateado de eu estar a dizer isto de falar com toda a gente menos consigo.

P: Talvez a Ana esteja chateada comigo e por isso não me queira falar de alguma coisa.

A: Por acaso há uma coisa que lhe queria contar, tenho um amigo que acha que é o Cristo. Hoje sonhei com ele. Ontem à noite fui ver um filme do «?» e no sonho aparecem também cenas do filme. Quando acordei não sabia o que era do filme e o que era do sonho. Sei que durante o filme fartei-me de morder os lábios e no sonho lembro-me que também mordida os lábios. No sonho havia um homem parecido com esse meu amigo. Ele tinha uma pistola na mão e havia também uma mulher com um buraco nas costas. Quando me levantei eu estava cheia de dores nas costas... Não me lembro de mais nada. No sonho também estava lá um amigo da minha mãe que uma vez tentou beijar-me. Era um Engenheiro que a minha mãe gostava muito... Perverso... eu contei à minha mãe o que ele tentou fazer.

(de seguida discorre num conjunto de associações muito fragmentadas. Captámos o seguinte: volta a mencionar o episódio da tentativa de ser beijada pelo amigo da mãe; menciona um episódio de como o tio a rebaixa; «Diga-me a verdade eu sou psicótica?»; volta a falar dos psicólogos com desdém; queixa-se da relação com o namorado; faz grandes períodos de silêncio).

De seguida diz: Posso sair, eu já volto a entrar...

(sai, entra, senta-se, começa a rir, sai e entra outra vez, senta-se)

A: Desculpe, mas assim é melhor.

(silêncio)

Como é que você consegue ficar em silêncio? Aliás, como é que você me aguenta?

P: Acho que a Ana se aflige com a possibilidade de destruir totalmente o contacto humano... aqui testa-me para saber se eu aguento ou se também vai interromper o nosso contacto.

(silêncio)

P: Está na hora.

Sessão 3

(Ana chega atrasada 25 minutos)

A: Desculpe chegar atrasada. Tive avaliação lá no instituto... correu muito bem, não estava nada à espera, fizeram-me muitos louvores as notas foram boas... não estava mesmo nada à espera... Quando fui para casa estava lá o imbecil do meu tio com a minha mãe. Eu contei da avaliação e eles puseram-se logo a deitar a baixo, «devias era tentar arranjar um trabalho a sério...».

Diga-me a verdade...eu sou psicótica não sou?

(logo de seguida)

Ontem estava nas aulas e há uma colega nossa que é assim um pouco gozada porque só faz perguntas estúpidas, passou o tempo todo a falar com o professor, parecia que não existia mais ninguém nas aulas... por falar em aulas, tive um sonho com você a dar aulas. Já não me lembro bem mas sei que estava cheia de medo que o meu avô aparecesse e me fizesse mal, ele já morreu e continua a aparecer nos meus sonhos.

(silêncio)

Não sei, já não me lembro, acho que tem a ver com as tarefas que ele me dava.

P: Que horror...

A: Não sei, sei que quando acordei tive vontade de chorar. Agora quando estava à sua espera veio um maluco falar comigo. Não consegui mandá-lo embora como vocês fazem e comecei também a chorar.

(após um silêncio começa a rir, a rir desmesuradamente, quando interrompe o riso inicia um auto-embalo e sem tirar os olhos da parede diz:)

A: Hoje também estou muito nervosa, andei outra vez à tarefa com a minha mãe. Ela chamou-me nomes e eu acabei por lhe dizer que puta era ela que andava com homens casados... isto porque cheguei a casa às nove e quarenta e cinco, começou logo a chamar-me galdéria e a dizer que eu era uma puta, depois gritámos uma com a outra e começamos a agredirmo-nos.

P: Caramba.

(Ana tinha as mãos e os braços arranhados)

A: É sempre assim... (logo de seguida) já reparei que isto está diferente (houve mudanças na disposição do consultório). Peço desculpa por ter faltado na sexta-feira mas o meu tio morreu na sexta-feira... era um tio bastante afastado... e na segunda-feira também faltei... eu estava a fazer um trabalho em gravura que implica uns ácidos e se eu fosse embora tinha estragado aquilo tudo... Ainda por cima é em Almada. O Instituto tem várias escolas e as aulas de gravura são em Almada. Peço-lhe desculpa... estou sempre a lamentar-me... Posso desenhar?

P: Essa coisa de ter andado à tarefa com a sua mãe, isso é horrível Ana...

(Ficámos com a sensação de que Ana não tinha vindo à consulta com medo de estragar a nossa relação com ácido, irreversivelmente. Ana tira o material de desenho da mala mas põe-no de lado. De imediato inicia um auto-embalo pronunciado inclinando-se para a frente e para trás com os braços à volta do corpo na zona do abdómen. A primeira coisa que nos veio à cabeça foi a palavra desespero)

P: O que se passa Ana?

A: Este tio que morreu é irmão do meu pai. Quase não tinha ligação com ele mas tive de ir ao funeral porque a minha mãe me obrigou... Ainda por cima eu não queria ir ao funeral porque sabia que ia lá estar o meu pai e eu não queria encontrá-lo. Obrigaram-

me também a ir à missa e eu não queria... Tudo aquilo foi horrível para mim, eu não queria ir mas tive de ir... depois tive um sonho horrível. Sonhei que estava em casa com a família e eu só queria dizer à minha mãe que ela era tarada sexual e depois estava lá a minha tia que não queria que eu falasse e virava-me a cara. Às tantas eu saí com o carro e atrolei uma pessoa e continuei, só parei o carro lá mais à frente. No carro eu estava com o Pedro e mais uma pessoa que eu não sei quem era e às tantas eu ouvia imensas pessoas a recriminarem-me e depois comecei a ouvir campainhas mas as outras pessoas não a ouviram e só lhes perguntava «mas vocês não ouvem?» e eles diziam que não... e eu sentia-me a enlouquecer.

(logo de seguida).

Estive a falar com o meu namorado, sobre aquele amigo da minha mãe que se atira a mim. Mas também acho que a minha mãe também é tarada sexual... Quando eu lhe contei ela ficou escandalizada e disse que ia fazer um escândalo, mas depois já estava a defendê-lo... acho mesmo que também é uma tarada sexual. Eu queria era que ela desaparecesse de vez, até que saísse lá de casa, para mim era um alívio... quando eu era pequenina a minha mãe passava a vida a abandonar-me, lembro-me que os meus amigos gozavam-me imenso. Porque eu passava a vida a procura-la, uma vez ela disse que ia comprar vinho e só apareceu às dez da noite... Agora é uma estupidez estar a contar isto...

(silêncio)

P: Uma estupidez porquê?

A: Isto já devia ter passado... mas era sempre assim eu passava a vida atrás dela estava sempre a ver onde é que ela ia, às vezes os meus vizinhos até pensavam que tinha acontecido alguma coisa à minha mãe. Lembro-me que era uma aflição para mim, ela deixava-me em casa de amigos ou dos meus tios e quando ela chegava eu corria para ela a chorar, mas depois voltava sempre a acontecer a mesma coisa... Um dia disse que aquilo não se fazia e ela disse que achava piada eu andar atrás dela... Tenho medo de enlouquecer outra vez e de eu ser um caso para psiquiatria, você disse-me que se eu enlouquesses ia parar à psiquiatria (Ana fecha-se sobre si e balança-se agitadamente)

P: Não me lembro de lhe ter dito isso, acho que tem muito medo que eu não a queira e tome uma atitude dessas. Quero assegurar-lhe que isso não irá acontecer pois acho que a Ana precisa de ser compreendida e não de medicamentos.

(interrompe)

A: Sim, a outra psicóloga disse isso e mandou-me para um psiquiatra... e se você não pode fazer nada? Porque já estive internada e não quero... A minha mãe tem uma amiga que é psicóloga e ela disse que eu fazia bem em tomar comprimidos. Eu disse-lhe aquilo que você me tinha dito, que não havia comprimidos que alterassem a situação, ela disse que você é um fundamentalista, já não sei. Já não sei, só tenho medo de enlouquecer... esta psicóloga também toma comprimidos... às vezes ela fala só com a minha mãe, às vezes ela fala só comigo... ela diz que não é bom nós discutirmos tanto, mas isso toda a gente diz, e depois ela diz que a minha mãe gosta imenso de mim e que faz tudo por mim... que aquelas coisas dela não são por mal.

P: É tudo para bem do povo como dizem os ditadores da América do sul...

(Ana pára de se embalar)

A: A minha é que é louca e ninguém vê isso excepto você. Que merda de sorte, ela é que devia estar aqui... então e se eu enlouquecer e for um caso de psiquiatria? .

(silêncio)

Não sei. No Instituto os professores ficaram imenso tempo a olhar para os meus trabalhos. Isso incomodou-me... é cá um peso.

P: Será que o contacto lhe pesa? Parece-me que pelo facto de eu também olhar para si aqui, e quando digo olhar refiro-me às suas coisas de dentro, seus sentimentos, suas ideias, também a incomoda pois você acha que eu não gosto do que estou a ver e acha que a vou abandonar.

A: Não sei, não sei, as coisas que você me diz, às vezes parece que fico com a sua opinião...

(silêncio)

Se me perguntarem o que é a pintura eu não sei responder, mas se um professor diz que é isto ou aquilo eu concordo logo.

P: Como se dentro de si não encontra-se nada de bom, está tudo fora...

A: Sim, sinto que não sei nada... e depois vieram aqueles louvores... agora toda a gente vem ver o meu trabalho... ficam para ali a olhar... para mim é como se tivesse que a partir de agora fazer sempre coisas boas. Antigamente todos me gozavam e eu achava que era doida... agora é o contrário. Os meus professores ficam ali a olhar como se eu fosse um génio...

P: Pelos vistos faz coisas boas e os outros até gostam.

(Ana acalma-se e fala da avaliação no instituto, as notas, do seu valor)

Sessão 4

(Ana chega muito atrasada, saiu de casa há dois dias, fê-lo debaixo de uma crise com a mãe. Foi para casa de uma tia, irmã da mãe).

A: Não tenho nada para dizer. Não pode ser hoje você a falar dos seus problemas? É que não tenho mesmo nada para dizer... E você também nunca me diz nada, assim como é que eu sei que você é sequer um psicólogo, ao menos o meu psicólogo anterior era médico e professor, dava aulas na faculdade e dizia-me coisas. No outro dia eu comentava com o meu namorado aquilo que se passava nas minhas consultas e às tantas ele disse-me que você não me ligava nenhuma... talvez seja só a minha insegurança. Depois disse ao meu namorado que eu o compreendia a si, eu sou uma chata e ele disse-me que se eu era uma chata para si e se você não tinha paciência para mim então que você fosse cozer meias... mas se você não tem paciência para mim então porque fala comigo? Se bem que o que você diz até vem nos desenhos animados. Às vezes quando estou com os meus colegas há uns que se põem a fazer de psicólogos a gozar, é igual... Você diz as coisas que diz porque tem de dizer. Qualquer pessoa sabe ser psicólogo. A única coisa que lhe peço é que não me minta.

P: A Ana testa-me e desvaloriza-me para que eu sinta o que você sente.

(silêncio longo)

A: Pois, o outro psicólogo estava-me sempre a dar coisas para eu fazer, para além de que falava mais do que eu. Eu queixo-me mas se calhar até tenho sorte consigo. É como agora, queixo-me ou pelo menos queixei-me imenso de ter de sair de casa mas pelo menos não estou a ouvir berros nem a levar com a minha mãe em cima. O meu namorado também me disse que eu deveria estar o mais longe possível de casa. Quer dizer eu dependo da minha mãe para o dinheiro. É claro que me estou a sentir mais livre mas incomoda-me ter de lhe pedir dinheiro, mas qual era a outra situação, era eu ter de ir trabalhar para um sítio em que provavelmente não teria dinheiro para pagar as aulas... mas podia ficar só com as aulas de desenho.

Para além de que já sei que não seria capaz de ir trabalhar para onde fosse, irresponsável como sou, não ia aguentar ninguém nem ninguém me ia aguentar, para além da minha dificuldade em cumprir horários. Também já pensei em ir trabalhar à noite para um bar... (Risos) ... uma vez telefonei para um bar em que me davam 50 euros por noite mais alojamento, era um bar de alterno, descobri depois...claro que não fui... agora também vai depender muito da conversa com o meu pai... não me apetece nada falar com ele...Não quero, é uma seca, nem sequer é uma seca... não sinto nada por ele. Já tive esperanças, agora não tenho... o meu pai é o meu pai porque me habituei a chamar assim, se eu disse-se João, ninguém ia perceber, porque de facto não sinto nada por ele, ele visita-me muito de vez em quando, e faz porque a minha mãe lhe pede...ou para não parecer mal... Só gostava que ele, se voltasse a falar, não tentasse outra vez controlar-me... e que me desse o dinheiro...

Não tenho grande vontade de estar com ele... o meu pai nunca foi comigo a lado nenhum, eu nem sei o que é um pai... uma mãe sei, um pai não...Ontem falei com a minha mãe, discutimos outra vez, depois eu voltei atrás para falar do dinheiro... ela disse-me que eu não falava com ela a não ser para lhe pedir o dinheiro..... eu disse-lhe que estávamos zangadas por isso é que não lhe falava..... mas no fundo eu não quero falar com ela... depois fico com medo de não falar e dela já não me dar o dinheiro.... Fico a pensar que sou uma egoísta.

P: Eu acho que a Ana está muito triste com o seu pai, está tão triste e dói tanto que é difícil de sentir.

A: Não, não tenho nada a ver com ele.

(Conta como por várias vezes no passado queria e pedia para ser internada.)

Sessão 5

(Ana faltou duas semanas, senta-se e faz silêncio de dez minutos)

A: Não tenho nada para falar... isto irrita-me... não me faz sentido ficar em silêncio... senão para quê que eu venho às consultas. Já me esquecia, não posso fazer perguntas... Isto põe-me nervosa também... não me quer perguntar nada? Faça-me perguntas. Desculpe ter faltado, mas tive de faltar.

P: Porque deixa o seu lugar vazio tanto tempo e o que a impede de ocupar o seu lugar na vida?

A: Não sei, além disso, isto não me está a fazer nada.

P: Se não está a fazer nada porquê a Ana vem? Eu acho que se esforça para que eu não possa fazer nada por si, será que a Ana está a tentar deter a sua necessidade de contacto?

A: Não tenho necessidade nenhuma de contacto...isto enerva-me... (agita-se muito) ... não tenho nada para lhe dizer... posso desenhar?

P: Claro.

(Não desenha e agita-se mais)

A: Isto é horrível sinto-me claustrofóbica, se ao menos as paredes fossem encarnadas...

P: O quê que ficava melhor se as paredes fossem encarnadas?

A: Tudo.

(silêncio)

P: Tem um exemplo para mim?

A: Não. Estou mais estranha, não sei o que se passa comigo. Estou esquisita.

(silêncio)

P: Assim não consigo ajudá-la. Pode ser mais explícita?

A: Não sei, estou estranha...

(silêncio de quinze minutos)

P: Porque será tão difícil deixar-me entrar em contacto com as suas coisas de dentro?

A: Não sei. Acho que estou mais em baixo. Deve ser da depressão... não, há bocado estava a ler isso numa revista (ri-se) ... o meu namorado é que sofre comigo, talvez por estar mais próximo. Estou sempre a implicar com ele... ele também tem as coisas dele. Amanhã faço anos e vou jantar com uns amigos.

(silêncio)

P: Parabéns por amanhã...

A: Obrigado mas o que eu queria dizer é que já estou arrependida de ter marcado o jantar. Agora também não posso desmarcar. Vão lá estar os meus amigos mas eu não me sinto com paciência, por acaso o ano passado foi o dia em que me diverti mais, sem ser aqueles dias em que apanhava grandes mocas com charros, foi um dia em que me diverti muito... Agora não sei para que serve esta festa de anos. Não me apetece nada.

Este fim-de-semana foi a exposição, não gostei nada como aquilo foi feito, achei que estava tudo mal, a disposição das peças, a maneira como foi divulgada, as pessoas que lá foram... Depois penso se também não sou muito destrutiva. Convidei várias pessoas mas só a minha mãe é que lá foi. Claro que houve logo discussão sobre já não sei o quê. Não sei se lá foi ver ...Não me estou a sentir bem, estou um pouco engripada. Aquilo que estou a dizer faz algum sentido? Tenho medo que as coisas que digo não façam sentido.

(Menciona a dificuldade que tem em saber o que quer dos homens e em especial do namorado. Diz que se apaixona facilmente pelos professores. Reconhece a sua necessidade em ser cuidada. Mais à frente dirá «Gostava de me libertar deste peso de ser esquizofrénica». Conta um episódio da menstruação onde captámos uma angustia de estar suja, contaminada. Dirá «Tenho a impressão de estar toda a gente a olhar para mim». Por último diz que as coisas que fala não têm sentido. Fica aflita com a hipótese de nós a mandarmos embora por ela «só dizer disparates»

Concluimos assim: Pode ser que um dia possamos compreender mais coisas, nós não nos vamos deixar de ver pois não?

A: Não sei, só você é que sabe.

P: Porque você não ousa pensar que a terapia só acaba com o seu consentimento também? Não fica mais sossegada se acreditar nisso?

A: Não sei.

P: Vamos ficar por aqui hoje.

Sessão 6

(Nesta sessão tivemos de levar a cabo uma «Avaliação do progresso pelo utente». Trata-se de um formulário preenchido por cada utente que está em psicoterapia no serviço e que se destina a avaliar o seu grau de satisfação. Ana responde a todas as questões escrevendo: «não sei». Quando acaba de preencher o formulário tira o seu material de desenho da mala e começa a desenhar. Os mencionados desenhos estão em Anexo. Há medida que vai desenhando, vai manifestando uma ansiedade crescente... A sua respiração altera-se e torna-se ofegante. A sua agitação a desenhar é enorme. Nos primeiros desenhos vai olhando para a janela como se estivesse a desenhar à vista. Nos últimos desenhos já só está fixada no papel. Desde o primeiro desenho que Ana exerce uma grande força sobre o lápis sendo que todos os desenhos foram feitos com as folhas directamente apoiadas nas pernas, sem uma prancha, caderno ou superfície rija. No último desenho Ana parte o bico do lápis com a sua força. Esteve até ao quarto desenho a rasgar o papel com essa força exercida no lápis e conseqüentemente a automutilar-se nas pernas. A situação foi... horrível.

Fazemos ainda notar que apesar de sermos leigos Ana tem competências extraordinárias para o desenho, frequenta uma reconhecida escola superior de desenho e conta já com algumas exposições a nível académico isto é, os seus trabalhos foram varias vezes seleccionados para exposição. Neste ano lectivo o prospecto de apresentação da Escola inteira que engloba várias artes só traz uma ilustração: A direcção da escola escolheu um trabalho seu. Este dado é importante uma vez comparado com os desenhos)

Transcrevemos as verbalizações que acompanharam os desenhos:

1º Desenho:

(Ana não fala)

P: Ana, vai-se aleijar... o que se passa?

...

P: Olhe Ana não posso deixá-la magoar-se dessa maneira, não me quer contar o que se passa consigo?

...

P: Olhe Ana acho que está a fazer sentir aquilo que se passa consigo, que está muito zangada, foi alguma coisa se passou fora das consultas ou está zangada com alguma coisa que eu lhe tenha dito?...

(Ana põe de lado o desenho e tira outra folha branca)

2º Desenho

A: (ao mesmo tempo que desenha freneticamente) Eu sou uma palhaça, eu sou tão palhaça, a única coisa que o meu pai disse certa foi que eu nunca devia ter nascido.

Ana carrega ainda com mais força sobre o papel-pele-pernas.

P: Ana por favor, desculpe mas tem mesmo de parar de se aleijar... sei que está muito aflita mas se não se acalmar e me explicar o que se passa eu não sei ajudá-la.

3º Desenho

Ana abrandando e diz : Eu sou deus e sou um sapo... Não sei o que estou aqui a fazer. Não percebo porquê que você fala comigo, você fala comigo porquê? Porquê? Porquê? Porquê? (gritando). Tudo o que você diz eu não acredito, as coisas que você diz, diz porque tem de as dizer, porque é isso que vem nos livros, porque é assim que vos ensinam. Isto aqui é um ninho de víboras. Há bocado um maluco veio falar comigo e eu desatei a chorar, se calhar eu também devia andar assim nos corredores e com um roupão branco e depois o meu pai já podia vir visitar-me e chamar-me de louca, eu sou deus e um sapo, o outro psiquiatra é que tinha razão, existe a Ana doente e existe a Ana normal. Eu não sou normal, eu sou doente. Aquele psiquiatra era tão anormal meu deus,

onde eu andei, e a minha mãe lá dentro a adorar tudo o que ele dizia...O quê que você está aqui a fazer? Não sei o que você está aqui a fazer.

P: Acho que a Ana me está a dizer que sozinha você faz mal a si própria e que precisa de ajuda para não voltar-se a aleijar.

4º Desenho.

A: Odeio aquela vaca louca, odeio aquela vaca louca. Essa filha da puta que me lixou a vida toda, cabra de merda... desculpe, desculpe...

5º Desenho.

... Eu não quero a minha mãe, eu não quero o meu pai, eu não quero a minha família, eu não quero, eu não quero, eu não quero, eu não quero, eu não quero...

6º Desenho

Existe a Ana pintora e existe a Ana doente, existe a Ana pintora e existe a Ana doente (repete também por vários segundos). E você... porquê que você está aqui?

Ana pousa o lápis e os desenhos no chão, abraça-se e baloiça sobre si. Porquê que você não me ajuda de uma vez por todas?

P: A Ana gostava que eu entrasse dentro de si e arranjasse tudo o que está mal, assim, só de uma vez.

(Acalma-se)

A: Sim... e consegue fazer isso?

P: Sozinho não.

A: Então precisa de mais quem?

P: Preciso de si.

A: De mim, mas eu sou louca.

P: Acho que você percebe que os seus sentimentos que doem não desaparece num passe de mágica e talvez gostasse de continuar a falar deles aqui, poder ficar zangada, triste, reclamar, queixar-se, lutar, emocionar-se.

A: Não

(sorri, acalma-se e fica debruçada sobre si)

(silêncio)

Desculpe isto hoje, descontrolei-me.

P: (Com o tempo ultrapassado em 20 minutos): Agora diga-me, já não temos muito tempo, passou-se alguma coisa nestes últimos dias?

A: sim, tive de ir a casa buscar umas coisas e tive outra cena com a vaca louca da minha mãe, ela insultou-me e agrediu-me e eu acabei por lhe fazer o mesmo a ela.

P: Que horror.

A: É o mesmo de sempre.

(Um elemento que ficou por ligar foi a questão da avaliação no início da consulta. Estas avaliações são obrigatórias, são semestrais. Achamos que Ana não lidou bem com elas pois de certo modo remetem para o seu valor, coesão e integridade do self, e de certo modo, na nossa opinião, tem a sua razão, pois se para determinados pacientes esta avaliação revelou-se estruturante ou organizadora, para outros é um problema)

Sessão 7

(Ana entra e reparamos que pela primeira vez vem sem piercing e visivelmente menos «excêntrica» na forma de vestir)

A: Na consulta passada eu descontrolei-me e depois desenhei... desenhei porque não tinha nada para dizer... mas depois você disse que eu estava muito nervosa. Lembrei-me que também pudesse ter a ver com as aulas da minha professora. Todo este ano fizemos exercício para nos soltar no desenho... eu sei que as consultas não são para eu andar a fazer exercícios de desenho mas eu não tinha mesmo nada para lhe dizer... e acabei a desenhar e mesmo aquilo de desenhar com o bico partido... é um registo, sempre fica uma marca, ou quando se desenha com a parte detrás do lápis, também é um exercício...Tenho de me justificar porque tem a ver com as aulas de pintura a maneira como desenhei, já agora posso saber que interpretações tirou dos meus desenhos....

P: Senti que lhe foi mais fácil virar a sua raiva contra si do a que partilhar comigo.

A: A minha mãe fez um jantar um jantar por causa dos meus anos e convidou imensas pessoas sem me perguntar nada... como se fosse a festa dela...o meu pai nem me ligou a dar os parabéns...

Mas com o meu pai não insista, eu não tenho nada a ver com ele. Ele está distante e eu não me entendo com ele. Aliás eu telefonei-lhe ontem por causa do dinheiro que ele disse que dava à minha tia...às tantas quando falava com ele comecei a gaguejar e a falar assim como às vezes falo e ele perguntou o quê que eu tinha e eu disse que estava um pouco nervosa. Ele perguntou porquê e eu disse que não sabia e ele disse que isso era uma estupidez porque toda a gente sabe porquê que está nervosa e eu disse-lhe que se calhar julgam que sabem, e depois a minha tia começou a discutir com a minha prima, e ele deve ter ouvido uns berros e se calhar pensou que era eu a desligar o telefone e desligou. Ainda bem.... Prefiro assim, não tenho nada a ver com ele.

P: Acho que a Ana gostava que o seu pai tivesse tentado compreender porque está a gaguejar ou nervosa e muito menos que lhe desligasse o telefone.

A: (com lágrimas nos olhos): Eu não sei o que isso é, eu nunca tive isso, eu não sei o que é isso, o meu pai sempre foi assim, nós não temos nada a ver um com o outro. Também não tenho nada a ver com a minha mãe, mas sei que estou dependente dela, pelo menos financeiramente...Uma amiga disse que eu devia ir lá dizer tudo o que penso...mas para quê? Eu não odeio o meu pai eu não gosto dele, simplesmente não tenho nada a ver com ele.... Ele é um cretino.

(Ana começa a agitar-se na cadeira, leva a mão à gola da camisola e começa a puxá-la enquanto suspirava e assoprava).

A: Hoje passei o dia todo com cheia de calor e parece que tenho que vomitar, já não me bastavam as tonturas.

Lembra-se daqueles testes que fiz aqui? Gostava de os repetir, acho que respondi tudo mal. De qualquer forma nunca me disse qual era o meu diagnóstico, é de esquizofrenia não é?

P: Serão essas as coisas que tanto quer vomitar e não as quer mais dentro de si?

A: Bolas, nunca lhe posso perguntar nada... Você não me entende.

(silêncio)

P: Estou a tentar entendê-la, às vezes não consigo mas parece-me que você acha que eu faço de propósito ou que não quero estar ao seu lado.

A: Então porquê que eu pergunto uma coisa e você fala sempre noutra?

P: Não é uma maldade minha, estou a tentar compreendê-la, penso que você sente que proponho palavras perigosas que a podem magoar muito.

(Ana dobra-se sobre si ficando com o tronco junto às pernas e os braços atados por baixo das pernas e começa a embalar-se)

P: Está presa e enroscada, eu queria ajudar a soltar-se, como é que eu posso fazer isso?

(Ana põe-se direita outra vez)

A: Sei que você gosta de sonhos, tive um sonho, sonhei que a minha prima tinha um pénis, mas depois vejo-a com um pénis em cima da barriga e no pénis havia um preservativo e depois ela viu que eu estava a olhar para ela e desatei a fugir, eu ia a fugir de autocarro e fui dar a uma sala onde estava o meu namorado completamente pedrado e eu viro-me para ele e digo «ã tanta coisa, tanta coisa e tu tiveste a fumar um charro». No outro dia eu disse ao meu namorado que tinha estado a fumar charros com uma colega e ele passou-se. Noutro dia também tivemos uma discussão porque ele está sempre a controlar-me e tem ciúmes de todos os homens e depois vou dar com ele e estava todo contente a falar com uma rapariga toda gira. Ele pôs-se a dizer que não era nada a mesma coisa porque foi uma coisa pontual e eu disse-lhe, e é verdade, que isso não era verdade porque já tinha reparado que ela mete conversa com ele. O meu namorado disse que isso era impossível porque ela é muito bonita e eu sou feio, disse ele. Bolas, mais valia não ter respondido nada. Mas são as minhas paranóias se calhar, às tantas o meu namorado passou-se e lá disse, lá estás tu com a tuas paranóias, aquilo tudo irritou-me e eu acabei a chorar... depois venho lá do Seixal e ele diz que afinal combinou qualquer coisa com o amigo.... E já não é a primeira vez

Ana começa a rir e isto dura alguns segundos. Quando pára diz: O outro psicólogo perguntava-me está a rir de quê, um dia tanto me ri que comecei a chorar... Mas ainda não me disse qual é o meu diagnóstico? ã, lembrei-me de outra coisa, a minha tia diz que só faz amor com o meu tio uma vez por mês... eu não acredito... isto porque eu

mexi na gaveta e encontrei preservativos... lembrei-me disto porque também me lembrei doutro sonho, sonhei que tinha visto a minha tia fazer amor com o meu tio depois eles acabaram e eu fiquei com medo que eles descobrissem o que se tinha passado com a minha prima. Tenho tido muitos pesadelos, é-me difícil falar deles porque mete outra vez sexo com a minha prima . lembro-me que acordei cheia de calor e sobressaltada.

Ultimamente tenho sonhado imenso.

Às vezes custa-me falar e contar os meus sonhos... também sonhei que me estavam a tentar esmagar a cabeça na enfermaria e que às tantas consegui chegar ao consultório mas cheguei aqui e desmaiei...

Posso sair? Preciso de sair, tenho de ir à casa de banho.

Sessão 8

Chega 30 minutos atrasada

A: Desculpe o atraso.... Estive a acabar um trabalho, aquela história das barbies...

Silêncio...

Não tenho nada para dizer...

Estou nervosa ... estou nervosa...não sei, às quartas feiras costumo ir almoçar a casa da minha mãe e hoje estava lá a minha avó, a minha avó tem problemas e já estive mesmo passada e hoje desatou aos berros porque estava a ter alucinações, ela sofre disso, e tudo aquilo me fez lembrar as Enfermarias daqui e do período em que cá estive, lembro-me que uma das coisas que mais me incomodava era quando os doentes desatavam a gritar. Nem nos filmes vi coisas parecidas, mas acho que não é só por isso que estou nervosa...

(silêncio)

Não sei... (começa a abanar a perna agitadamente) não sei... posso desenhar? É que eu não tenho nada para dizer....

P: Porquê que está nervosa sabe dizer-me?

A: Não me interessa, não quero pensar nisso.

P: Ana, quando percebemos o que sentimos e podemos pensar nisso, não passamos por cima daquilo que nos incomoda senão a dor até fica maior, a Ana está com muito medo de sentir e partilhar uma série de coisas não está?

A: Não sei, vir aqui põe-me muito nervosa... fico neste estado.... Você uma vez falou que isto era uma relação.... Qual relação isto não é nenhuma relação, pelo menos na minha ideia não é...

(silêncio)

A: Sei lá... mas sei que aqui não é possível...isto não é nenhuma relação....mas também não me falta nada ... estou para aqui a dizer isto por dizer... como vê eu sou uma estúpida. Mas se isto é uma relação eu devia ter férias desta relação....

Estou cansada e desculpe mas preciso mesmo de desenhar.... Ou então é melhor só ficar calada.... Não, é melhor eu falar...você também não me responde. Eu não sei... sei lá porquê que esta relação me põe nervosa... por isso é que eu quero desenhar....sou mesmo uma chalada... venho para aqui falar de «Barbies» ...é isso?

(Ana anda a fazer um trabalho para as aulas cujo tema, escolhido por ela, é a boneca «Barbie»).

É apenas um projecto...isso interessa?

P: Claro que sim, são as suas coisas, como não são importantes?

Você está bem? Parece-me que você não está bem, mas deve ser uma estupidez...às vezes vejo coisas que são uma estupidez...você também pode ter problemas e eu venho para aqui falar dos meus... acho estranho a sua profissão...

(De seguida Ana conta uma história de sedução com um professor)

(silêncio, começa a rir e depois pára)

Desculpe mas isto põe-me nervosa.... Venho aqui e ainda é pior... vinha na rua e vinha assim, a rir-me de nervoso... desculpe... mas eu estou pior, também acho que isto tem a ver com a minha mãe.... estive com ela e voltei a sentir algumas coisas que sentia dantes, com mais daquelas minhas ansiedades e medos.

(silêncio)

P: Medo de quê?

A: Não sei, medo de tudo, das pessoas, de ser ridícula principalmente, que não gostem de mim como você diz. Vou na rua e tenho medo só porque as pessoas me olham, depois penso que estupidez, as pessoas querem lá saber, olham porque olham... Fico pior por estar ao pé a minha mãe.... Estive o fim-de-semana com ela, voltei para casa e depois tive de ir ter com ela outra vez... e foi horrível. Ela estava sempre a tentar arranjar confusão e eu já devia saber lidar com ela mas só de pensar que podia voltar a acontecer tudo o que já aconteceu, eu começava a ficar com ansiedade. Claro que nunca como dantes mas tinha tanto medo e fiquei muito nervosa.... A minha mãe não tem solução... eu já devia saber isso mas não consigo lidar com ela... até sabendo como ela deveria ser mais fácil...é tão difícil... depois também não me sinto bem em casa da minha tia... eles não são meus pais.... Não têm me aturar... sinto-me a mais...

(silêncio)

P: Sente-se sem um lugar tranquilo onde possa sentir-se realmente amada, um pouco como aqui quando me testa para ver se o meu interesse por si é verdadeiro.

A: Aqui já não tanto... ao princípio achava que aquilo que você dizia era só por ser psicólogo.... Depois passou para três vezes por semana e comecei a pensar que gostava de mim...estou sempre a dizer que fico mais nervosa quando e estou aqui mas ao mesmo tempo quando saio fico mais calma.... E sim preciso de vir aqui... mas é difícil expor-me.

(silêncio)

Acho que tudo o que lhe digo também é muito confuso...tenho medo de ser radícula e que conte às outras pessoas como é que eu sou ... que goze comigo...No outro dia com os testes lá com a outra psicóloga eu senti que não queria estar ali.... Não queria que soubessem quem eu sou e acho que respondi tudo mal... que dei respostas incompletas...depois também sei que isto um dia vai acabar, que você não é um amigo, é um psicólogo.

P: Sim, mas até lá temos muito tempo, a terapia só acaba quando nós os dois estivermos de acordo sobre isso, fazemos isso em conjunto pode ser?

(Ana sorri)

A: Pode.

P: Hoje vamos ter de ficar por aqui

A: Pois, eu sou uma tonta, chego meia hora atrasada e depois fico arrependida.

Sessão 9

A: Já saíram os resultados dos exames? (Risos) É que eu respondi tudo mal. Havia uma pergunta que era se eu sentia problemas por estar com o sexo oposto. Eu acho que tenho problemas em estar com os dois sexos e respondi coisas deste género. Não me senti à vontade e queria saber os resultados... é que aquilo correu-me mesmo mal. Acho que vai dar que eu sou mesmo uma chaladinha.

P: Não é isso que a sua mãe lhe chama?

A: Sim, e como se não bastasse ela faz o favor de contar isso às outras pessoas, mas é sempre assim, já estou habituada. Ainda por cima quando o outro psicólogo lhe disse que eu era psicótica ela ficou cheia de razão. E depois foi o psiquiatra e depois com a história do internamento aqui no Hospital foi mesmo para não haver dúvidas. Claro que ela se encarregou de contar ao resto da família que eu tinha sido internada. Os meus tios ficaram do lado dela. Deram-lhe razão a ela por todas as cenas que já tinha havido, por todas as dificuldades comigo. Por todas as cenas de agressão de disparate que tivemos. Às tantas eu já acreditava não é? A minha mãe sempre se intrometeu na minha vida, a todo o tempo, por exemplo, se eu arranjo um amigo novo ela vai logo à minha agenda para saber o número de telefone.

Ao pé dela sinto-me sem ar, ela não me deixa fazer nada, está sempre a querer interferir comigo, noutra dia estava a ver televisão e ela chegou lá e perguntou porquê que eu estava a ver televisão. Pegou no comando e desligou a televisão, sem mais nem menos. Eu fiquei a olhar par ela, mas que remédio? Antigamente era pior, desligava o quadro da electricidade. Está sempre a querer brigar comigo por tudo e por nada. O pior de tudo, é que brigamos, passados cinco minutos para ela parece que não se passou nada e passados cinco minutos outra vez está a brigar.

Quer dizer agora acho que há progressos, acho que me respeitam mais, não só a minha mãe mas o resto da família. Se bem que noutra dia a minha mãe e o meu tio bateram à porta e eu perguntei quem era, não ouvi ninguém responder e perguntei outra vez quem

era e depois quando abri a porta o meu tio começou logo a ser agressivo e perguntou-me em voz alta e zangado se eu não sabia olhar pelo monóculo da porta, para quê que aquilo servia se eu não utilizava e por aí fora. Eu nem respondi e disse boa tarde e fui para o quarto.

P: Que horror, deve ter ficado furiosa?

A: Não, é sempre assim. Também não gosto deles, tenho vergonha deles, isto pode parecer arrogante mas não tenho nada a ver com eles. Estou para aqui a dizer isto deles mas se calhar eu sou igual. Pois, mas se eu não tivesse nada a ver com eles também não me afectavam tanto. Até a minha tia, que com a minha avó são as duas pessoas que ainda gosto me tratam como se eu tivesse doze anos, que são a idade da minha prima.

P: A Ana não fica fula?

A: O que é que posso fazer? Quando naquele dia da festa do Instituto em que eu me embeguei, ao outro dia estava mais vulnerável porque isso acontece-me sempre com o álcool, e acabei por tentar falar com a minha tia, contei-lhe de ter beijado o tal professor e de ter faltado às aulas e ela ficou em pânico e quis logo controlar todos os meus passos...

P: Foi-se pôr na boca do lobo...

A: Sim. Quis logo estabelecer horários e às tantas o meu tio que é mais lúcido que a minha tia até achou a ideia ridícula essa coisa das regras. Depois o que eu posso fazer, o meu pai e a minha mãe não me dão dinheiro, tenho de estar ainda agradecida à minha tia por me lá ter em casa... a minha mãe dá-me mil escudos para duas semanas e depois ainda me atira isso à cara... como não tenho dinheiro não posso ir almoçar a casa, por causa dos transportes, ainda gasto mais dinheiro.

Sessão 10

(20 minutos)

A: Ultimamente venho às consultas e sinto outra vez que não tenho nada para dizer. Depois, quando me vou embora lembro-me de imensas coisas que podia ter dito... Sinto que não digo aquilo que quero dizer. Fico nervosa. Não sei, sei que fico mais nervosa, com mais ansiedade. Quando ia ao outro psicólogo ainda era pior, ia sempre com a

minha mãe. Ela falava sempre imenso e eu sempre calada. Às vezes era o psicólogo que me dava a vez de falar e eu ficava tão atrapalhada que não conseguia falar, lá voltava a minha mãe a falar. Depois punha-me a rir de todo aquele disparate e das coisas que a minha mãe ia dizendo, ele virava-se para mim e perguntava qual era a anedota. Quando deixei de rir tanto, ele disse-me que eu estava melhor, que estava menos psicótica.

Havia um programa de apoio a jovens que era o «?», fui lá a umas consultas de psiquiatria e às tantas a psiquiatra perguntou-me se eu não queria ter Psicoterapia com uma psicóloga porque eu era uma pessoa que não tinha problemas em falar, que eu era muito aberta. Pelos vistos não é nada disso.

(silêncio)

P: Essa coisa da sua mãe ir às suas consultas e falar por si, isso devia ser horrível.

A: Sim era horrível, ela punha-se a descrever as minhas atitudes, dizia mal de mim, fazia queixas e mais queixas e combinava com o psicólogo maneiras de eu mudar o meu comportamento. Punham-se a fazer horários com actividades e tarefas. Depois eu tentava fazer aquilo mas acabava sempre por não seguir aquelas tretas. Era horrível era horrível, mas ela achava que o psicólogo era muito bom e que ele é que tinha razão até porque era um professor da faculdade e toda a gente dizia que ele era muito bom

(silêncio grande)

Custa-me falar como disse, e você uma vez também disse que eu não falava aqui e falava com outras pessoas e isso é verdade. Mais depressa falo em sítios que não é para falar e com pessoas que se calhar o melhor era não lhes dizer nada sobre mim.

«Posso sentar-me no seu lugar?»

P: Porquê que quer sentar-se no meu lugar posso saber?

A: Porque acho que daí se controla melhor a situação... se eu estivesse aí era mais fácil... de qualquer forma era só mesmo trocar de lugar... mas não faz mal... eu fico aqui.

As pessoas vão falar com o meu namorado e perguntam-lhe coisas que não me perguntam a mim... eu sou uma palhaça, sou ridícula, quando é para estar na brincadeira falam comigo...

(silêncio)

P: Passou-se alguma coisa?

A: Sim, foi hoje, uma colega que ia passar um filme no canal dois, foi falar com o meu namorado, a mim não me disse nada. Mas isso não interessa... quando tinha explicações de Inglês com a minha mãe e eu acabava sempre a chorar... às vezes iam amigas minhas lá a casa estudar e ela acabava sempre a dizer que as minhas amigas é que liam bem... eu não lia mal... quer dizer eu lia mal, depois fui para a Escola de Inglês e ela dizia às amigas que eu devia estar num nível mais avançado... mas a mim não dizia isso... não percebo.

(Nesta sessão Ana menciona ainda a falta que as consultas lhe fazem)

Sessão 11

Ana entra, pousa as coisas na cadeira e pede para ir à casa de banho. Quando volta pergunta:

A: Posso me sentar aqui? E aponta para uma terceira cadeira do consultório.

P: Deixa o seu lugar vazio... (Ana interrompe)

A: Não, tem a ver com a questão do outro dia Acho que é mais fácil... acho que daí me está a observar e me controla mais facilmente. Mas sento-me aqui. (Ana senta-se no seu lugar).

Bolas, tenho andado a pensar no Natal, odeio o Natal em família. Os meus tios são todos tão agressivos, acho que têm todos inveja da minha mãe, não percebo porquê, ela também não tem assim tantos bens matérias. Um dos meus tios só fala do Hitler e do Salazar. E depois foi no último Natal que eu fui internada. Por um lado até fiquei contente por não ter passado o Natal com eles.

Estou com falta de ar... Pode abrir a janela...Posso fumar?

(silêncio)

Tenho-me sentido pior, estou com medo de o irritar continuo sem vontade de trabalhar no arco. Os professores estão a levar aquilo à séria. E eu não estou com vontade nenhuma de expor

Esta consulta apresenta material muito fragmentado captámos o seguinte: Ana menciona que tinha dito mal do psicólogo dela dizendo que este era «rude» aos colegas e que eles responderam «Que grande psicólogo esse». Quando ouviu este comentário dos colegas sentiu-se mal com o facto. Conta-nos isto com remorso e no fim desta sessão dá-nos alguns desenhos dizendo que era um presente adiantado de Natal. Nós escolhemos um e não aceitámos os outros. Interpretámos o facto de nos estar a dar algo dela como um pedido de Ana para nós não nos esquecermos dela. Pergunta-nos no final quanto tempo duraria a psicoterapia e nós interpretamos a sua pergunta como um medo de retaliação da nossa parte às suas acusações contra o psicólogo. Assegurámos que o término da psicoterapia não seria nem abrupto nem decidido unilateralmente.

Conta ainda que o Avô foi para casa da mãe quando Ana tinha dez anos. O avô ia dar os seus passeios e quando chegava «desatinava», era muito agressivo, «disse-me que eu nunca devia ter nascido, não disse isso com ar de quem me queria agredir mas com um ar sentido». Acrescenta: «Quando eu tinha cinco seis anos, enchi uma mala com sacos de plástico e disse à minha mãe que queria ir embora e a minha mãe respondeu-me está bem então vai... ».; «O meu pai é um cretino, sempre foi, casou com uma sobrinha. A minha mãe disse-me que só me teve para agarrar o meu pai». Ana «andava sempre atrás da mãe», diz que uma amiga da mãe que é psicóloga perguntou à mãe porque que ela fazia aquilo, e a minha mãe disse que achava piada, a Ana andar sempre atrás dela.

P: Que horror.

Sessão 12

Ana faltara na sessão anterior e telefona de manhã dizendo que não vai comparecer à consulta pois está vomitando e com náuseas e alguma febre desde segunda-feira. No entanto aparece na consulta.

A: Desculpe ter faltado na quarta-feira mas estava mesmo mal... ã, esqueci-me de lhe dizer que no sábado quem estava mal era a minha mãe, estive de cama cheia de febre. A minha avó teve de ir lá para casa tomar conta dela. Depois foi a minha avó quem adoeceu, no domingo estive de cama também. Foi a minha mãe quem teve de tratar dela, e depois na segunda-feira fui eu, também fiquei de cama. Foi a minha mãe que tratou de mim, fazia-me a comida e fazia tudo. Ainda pensámos que foi qualquer coisa que comemos as três, mas isso é impossível porque foi tudo em dias diferentes. Não

gostei nada, ela não me deixa fazer nada. Já quando fui internada aqui e depois fui para casa, foi a mesma coisa, não me deixa fazer nada.

É estranho, eu já só queria era estar boa para sair de casa, já estava farta dela. Ela estava agressiva, não me deixava fazer nada e resmungava por tudo, chamava-me nomes e insultava-me como se eu tivesse a culpa de estar doente.

(Ana começa a ficar agitada e a puxar a gola da camisola com força. Começa a rir-se)

Desculpe eu estar a rir, mas é que não me estou a sentir-me nada bem, e estou a rir-me porque isto já começa a ser demais.

(silêncio)

P: O quê que começa a ser demais?

A: Esta má disposição aqui, estes meus chiliques.

(silêncio)

P: Que sentido terão esses chiliques, será que podemos falar do uso que Ana dá às suas dores, porque aparecem elas?

(Ana levanta-se, sai e volta a entrar no consultório. Começa a rir-se)

A: Estou-me a rir porque isso que você disse é muito duro de ouvir.

(silêncio)

P: O quê que foi duro?

(Ana faz silêncio durante o resto da sessão. Tentámos facilitar a comunicação. Não tivemos qualquer resposta).

No fim dizemos: Talvez a Ana não consiga dizer que precisa de mim para lidar com as coisas que são fortes e nos fazem doer.

Sessão 13

(Na sessão anterior faltamos à sessão sem que nos fosse possível avisar a cliente embora já tivéssemos previsto que neste dia podia não haver sessão e combinámos que Ana seria informada. Nesse dia a Ana estava incontactável e não recebeu a nossa informação de que não havia consulta. Compareceu no consultório e foi informada de que não havia

consulta. Esta é a sessão seguinte, Ana chega atrasada 25 minutos). Pede para ir à casa de banho. Quando chega faz silêncio e passado um pouco começa a rir e depois diz:

A: Só me apetece ir embora. É a tal coisa, chego aqui e fico nervosa... não sei não sei... é sempre assim em todo o lado. Este fim-de-semana tive de falar com o meu pai, a minha mãe quis que eu falasse com ele por causa do dinheiro da minha tia. Telefonei-lhe e ele atendeu e disse que eu o estava a estorvar naquele momento, tinha uma agenda muito ocupada porque andava a distribuir presentes de natal aos clientes. Eu perguntei-lhe se ele queria que eu marcasse uma hora com a secretária dele. Ele ficou chateado mas depois disse que me telefonava outro dia. Ele lá ligou e ficámos de ir almoçar, quando nos encontrámos estava também a namorada dele mais um funcionário do escritório e como se não bastasse apareceu lá um cão e ele passou o tempo todo a brincar com o cão.

Mal falámos e no fim, quando nos íamos a despedir, eu disse-lhe que me sentia mal ao pé dele e achava que ele não me ligava nenhuma.... Fiquei espantada comigo por lhe dizer isto, parece que fui buscar uma segurança não sei onde. Ele respondeu-me lá com os malabarismos dele e trocou as voltas à questão, disse que a culpa era da minha mãe.

Quando cheguei a casa veio logo a minha tia perguntar como tinha corrido a conversa. Não aguentei e desatei a chorar, já vinha nervosa e ela a querer saber tudo. Contei algumas coisas. A minha tia pegou no telefone e ligou para o meu pai. Não ouvi a conversa toda, sei que ela barafustou imenso e disse que se ela fosse filha dele, ele nunca mais lhe punha a vista em cima. Ela disse que ele era péssimo pai e que eu precisava era de carinho e não das conversas fiadas dele ou discursos moralistas. Ao outro dia ele telefonou-me, estava furioso. Perguntou-me o quê que eu tinha dito à minha tia para ela lhe ligar e falar daquela maneira. Disse que não tinha nada que ouvir uma merdas, desculpe lá mas foi assim que ele falou. Tentei pedir-lhe desculpa mas ele não me ouvia. Às tantas disse-lhe que eu era independente da minha tia e da minha mãe. Ele disse que eu era igual a elas. Disse também que se as coisas eram assim então ele nunca mais me iria ver... eu não percebo porquê, que culpa é que eu tenho?!

Não percebo porquê que ainda estou ligado a ele. Você disse-me que eu sentia a falta dele, que o que eu gostaria era que ele me ligasse mais. Eu disse sempre que não e pensava mesmo isso. Mas agora já começo a sentir isso e a única coisa que eu posso compreender é que gosto de ser rejeitada porque é isso que ele me faz. Ele nunca me

ligou quando eu era pequena, nem depois nem agora, como é que eu posso querer estar com ele?! Às tantas eu já estava a pedir desculpa por uma coisa que eu não fiz, que foi a minha tia, e agora para piorar ainda mais a minha tia já está a fazer a mesma coisa que a minha mãe, sempre em cima de mim.

P: Imagino que tenha gostado de dizer ao seu pai o que sentia?

A: Sim, foi tão estranho eu conseguir fazer aquilo, e já lhe queria ter contado isto na consulta passada mas como não houve.

(silêncio)

P: Imagino que tenha ficado muito zangada...

A: Não, eu também falto imenso e chego sempre atrasada, além disso esqueci-me do telemóvel. Não faz mal ter faltado isso a mim não é o que me pesa.

P: Talvez não seja assim tão leve a minha falta para você.

A: Não, não faz mal, mas eu tenho a agressividade recalcada não é? O meu namorado disse-me que eu tenho a agressividade recalcada por isso é que lhe estou a dizer isto. Estou sempre com medo que me rejeitem não é?

Desculpe... pode baixar o aquecedor?

P: Sim, claro.

Ana Começa a rir quando pára pergunta:

A: Posso ir à casa de banho?

P: Claro

(quando volta senta-se, depois diz «espere aí», volta a sair e a entrar, senta-se)

A: Quero agradecer-lhe ter feito duas consultas... queria também dizer-lhe que aquilo que eu disse acerca do «artista x», que ele tinha dito que a maior obra de arte do século XX era a destruição das torres gémeas, bom, eu não concordo com ele, eu acho que estava a ser estúpida, queria pedir-lhe que não liga-se porque eu disse aquilo quase como se concordasse, mas não, não.

Você disse que eu tinha a mania que era o Picasso, fiquei a pensar nisso e fiquei espantada, não percebo porque disse isso. Outra coisa, preciso de faltar uma semana, tenho de me concentrar bastante nos trabalhos para a avaliação.

P: Eu terei dito que a Ana tem a mania que é o Picasso?

A: Você disse que era preciso muito trabalho para chegar a algum lado e depois disse mesmo para o Picasso.

Depois falou em qualquer coisa da proximidade. Mas existe alguma proximidade? Isso é converso de cínico. Eu não sinto isso que queira saber de mim e estar-me a dizer isso ainda é pior.

(logo de seguida)

Hoje era para ser a avaliação, o professor B. não viu nada dos meus trabalhos. Há uns tempos atrás disse ao professor B. que era psicótica, já não me lembro porquê. Mais tarde tentei remediar e disse que era depressão... tenho medo que ele ache que eu sou maluca... deixa-a andar por aí... se trabalho ou não é-lhe indiferente...

Não aguento estar em grupo, agora levo os *headphones* para as aulas, mas mesmo assim custa-me estar no trabalho de grupo... A minha mãe deixou-me trabalhar em casa dela, estive lá este fim-de-semana.

(A seguir Ana queixa-se do trabalho em grupo e diz não se sentir à vontade. Volta a pedir-nos um diagnóstico).

(Não conseguimos organizar dentro de nós esta consulta, acabamos simplesmente a consulta quando chegou a hora).

Sessão 14

Ana entra no consultório e antes de se sentar vira o cadeirão dela de modo a ficar com a parede pela frente em vez do psicólogo. Permaneceu nessa posição de quase de costas e em silêncio durante 20 minutos.

P: Está aí alguém?

...

A: Um psicólogo disse-me que eu era o caso clínico mais difícil que ele tinha.

...

(acerca de um livro importante para os seus estudos, exprime o seguinte: «Não consigo passar da primeira página.». Mais à frente Ana diz: «Estou sempre a ler a primeira página, sempre a primeira.».)

A: Gostava de falar da minha ansiedade, nem tenho muito para dizer, sei que ela me incomoda bastante... ontem ia desenhar e fiquei cheia de ansiedade. Outro dia fui ao cinema, quando entrei fiquei cheia de medo porque pensei que estava toda a gente a olhar para mim... Depois, lembra-se de eu lhe contar que havia um rapaz muito bonito que era músico e às vezes ensaiava com o meu namorado?.. Encontrei-o com a namorada no cinema... essa namorada uma vez a propósito não sei de quê, disse ao meu namorado «não mostres à Ana».

Não sei o que hei de dizer, sei que quero falar e não consigo...

Sessão 15

(quarenta minutos atrasada)

A: Terça-feira não pude vir.... Pode abrir a janela? Estou a sentir-me mal...Posso ir à casa da de banho?

P: Sim, claro.

(quando volta, dá meia volta e volta a sair. Volta a entrar e senta-se).

A: Não tenho nada para dizer.

(silêncio)

P: Eu acho que a Ana ao deixar o que sente lá fora ou na casa de banho livra-se do medo de me contar, será que sente perigo de partilhar as suas coisas?

(silêncio)

A: Posso-me sentar aí?

P: Porque se quer sentar aqui posso saber?

A: Acho que é mais fácil, está-me sempre a observar daí.

P: Talvez seja difícil estar no seu lugar quando desse lugar se vê muito perigo, como aquele que eu disse há bocado, o de destruir o contacto.

(silêncio)

A: Hoje quando ia a entrar no Instituto vi um rato e fiquei apavorada... não sei se foi por causa disso que agora tenho uma infecção urinária... Tive também uma avaliação surpresa feita pelo director... fiquei toda a tremer, gaguejei imenso e as minhas mãos estavam todas molhadas e o meu coração batia muito depressa... Se calhar o rato pegou-me uma infecção. Tenho um medo enorme de ratos. Mas queria contar-lhe que finalmente comecei com as aulas de Inglês.

(silêncio)

P: Tem medo que os ratos façam o quê?

A: Sei lá que me ataquem. Não faço nada no Instituto. Ando lá na conversa... parece que estou no recreio.

(silêncio)

Mas aqui parece que não tenho vontade de conversar nada. Aliás, acho que chego sempre atrasada para não ter de conversar como você diz.

Espere, tenho de sair.

(Ana entra e sai algumas vezes, depois senta-se, cruza as pernas e começa a agitar uma perna em movimentos muito amplos, repetidamente)

P: Se sai daqui eu fico sem ninguém para conversar e não posso fazer nada, assim está-me a deixar impotente e eu já fico a saber como você se sente, impotente para mudar o que está errado. Agora temos de terminar, continuamos na próxima sessão.

Sessão 16

Ana chega atrasada quinze minutos, entra ofegante e agitada. Pousa suas coisas e pede para ir à casa de banho. Fica por lá uns dez minutos e volta a entrar no consultório. Pede para voltar a sair e sai, volta a entrar, faz um silêncio de dez minutos e diz:

A: Pode repetir aquilo que disse na última consulta?

P: Do quê que a Ana está a falar?

A: Não me lembro muito bem, hoje também não consigo pensar. Lembro-me vagamente de dizer qualquer coisa como eu gostar de que os meus pais me ouvissem. Mas se não se importa podia repetir o que disse, é que eu não consigo pensar sobre isso. Estou muito confusa e acerca do meu pai eu não consigo que ele me oiça, eu não consigo que ele me fale, ele nada. Eu acho sempre que é um frete para ele as poucas vezes que estamos juntos, quanto mais falar com ele. Também não suporto a minha mãe, ontem tivemos uma discussão, ela mete-se em tudo (Ana agita-se começa a mexer e a puxar as suas roupas como se as quisesse tirar).

Estou mais ansiosa, agora não consigo dormir, tenho de pedir um Xanax à minha colega e mesmo assim não resulta nada. Ontem durante as aulas eu fui à casa-de-banho e quando eu não estava na aula o director da escola entrou na sala de aula e pediu para ver os meus desenhos. Como eu não estava lá ele foi à minha mala e tirou os desenhos e esteve a vê-los. Eu nunca consegui sequer olhar para o Director, ele é esquisito, nunca conseguimos falar, ele intimida-me. Quando ele vai ao bar da escola fica toda a gente calada. Ele mete medo...

O meu pai, eu não quero falar dele, é um assunto que me incomoda, hoje a minha mãe obrigou-me a escolher uns desenhos para lhe oferecer por ser o dia do pai. É para ele dar o dinheiro, foi sempre assim, todas as vezes que eu estou com ele é por causa do dinheiro. A minha mãe anda-me sempre a empurrar para eu lhe pedir o dinheiro... tudo é falso. Ele nunca tem disponibilidade para mim. Eu contei-lhe, quando foi aquela cena com a minha tia, lembra-se? Lembra-se... não se lembra nada, mas eu disse-lhe que ele não me ligava e ele ficou irritadíssimo, eu não quero estar com ele, ele faz-me sofrer, e agora a minha mãe até me pôs à procura de uma moldura para os desenhos. Pôs uma amiga minha a telefonar para o Porto para um tio que é arquitecto, por causa da moldura. Eu quero é atirar-lhe a moldura às trombas... Mas a minha mãe obriga-me, é horrível, ela mete-se em tudo. O que é que eu posso fazer?

(De seguida Ana menciona instabilidade em casa dos tios. Menciona aspectos do tratamento que levava a cabo com o anterior psicólogo nomeadamente um jogo de

moeda ao ar que o psicólogo jogava com a mãe. Ana assistia sem ser tida e chamada sobre decisões acerca da vida dela).

No Sábado fiquei outra vez na escada, a minha mãe disse que não me abria a porta a não ser que eu lhe desse as chaves da cozinha. Ela estava atrás da porta com uma voz que parecia louca «dá-me as chaves». Ela queria confusão. Sentei-me nas escadas durante uma hora, à espera que ela abrisse a porta de casa. Queria mais um berreiro para todos os vizinhos ouvirem. Isto porque ela tem a mania de trancar a porta da cozinha. Se não almoço às horas que ela quer, já não posso comer depois. Agora o meu tio tem as chaves de casa e estou cheia de medo. Basta a minha mãe acusar-me de qualquer coisa que vem ele berrar-me e bater-me. Entretanto tive de telefonar ao meu pai. Ele não me atendeu. Foi a minha mãe que me obrigou a ligar por causa do dinheiro outra vez.

Mas continuo sem nada para dizer... isso põe-me bastante nervosa

(Silêncio)

Acho que você fica irritado por eu vir para aqui e não dizer nada... estou a fazer-lhe perder o seu tempo.

(silêncio)

P: Então mas disse-me tantas coisas. Será que me está a provocar, a testar se as coisas que diz têm interesse e se você tem interesse para mim?

A: Pois, também tenho medo disso... acho que nada do que digo lhe interessa, mas você irrita-se?

(silêncio).

P: Acho que a Ana tem medo que eu me irrite... que funcione como o seu pai, que sempre se irrita consigo... assim se eu me irritar você já pode ficar triste e infeliz.

A: Posso ir à casa de banho?.

P: Com certeza.

(Quando volta)

A: Não tenho feito nada, continuo sem conseguir trabalhar. Passo os dias a ver televisão ou deitada na cama, levanto-me às tantas e não faço praticamente nada o dia todo. Não posso andar a brincar mais com a Academia, este ano é muito importante para mim e estou a ser uma irresponsável.

(silêncio)

P: Mas assim fica responsável por não fazer nada, para depois ser vítima de toda a gente, triste e abandonada. Estava aqui a pensar se no fundo assim a Ana não corresponde exactamente àquilo que a sua mãe espera de si quando lhe diz que você não presta? De certo modo faz-lhe a vontade.

(silêncio)

A: Mas porquê que eu faço isso? O Pedro passou-se comigo, diz que tem medo que eu não trabalhe e fique dependente dele. Disse-me que se um dia quisesse separar-se de mim, que não podia. Eu disse-lhe que era adulta e que ele não tinha de ficar preso a mim. Mas no fundo ele tem razão, ele diz-me para eu desenhar e eu não desenho. Mas depois também acha que eu não devo arranjar um emprego da tanga, acho que ele tem razão. Ele disse que se arranjasse um part-time isso era meio caminho andado para ficar pelo caminho e deu o exemplo dos nossos colegas que arranjam um part-time e nunca conseguiram fazer a academia nesse ano.

Eu sei que você é muito adepto do part-time e estamos fartos de ter essa conversa, mas eu sou estudante até ao fim deste ano. E depois o Pedro está sempre a dizer que eu não preciso de trabalhar, diz que o dinheiro dele chega para os dois. Com os 250 euros que o meu pai me dá mais o dinheiro do Pedro... acho que não preciso de mais... a minha mãe paga-me a academia e os materiais vou utilizando os do Pedro. Por outro lado sei que não devia contar com os meus pais porque eles são chanfrados, mas é só até ao final deste ano.

Depois também sinto que estou a desperdiçar todas estas oportunidades de poder trabalhar na pintura. Tenho todo o tempo e até nem preciso de me preocupar com o dinheiro... se calhar estou mesmo estúpida e devia era ir trabalhar e deixar-me de coisas.

Posso sair?

(Ana levanta-se, volta a entrar, senta-se, levanta-se, sai. Faz isto repetidas vezes).

P: O que se passa Ana?

A: Não sei, assim é melhor.

P: Acho que a Ana me está a tentar paralisar, tornar-me inútil, para eu ficar a saber como você se sente. Vamos ficar por aqui hoje.

Sessão 17

(15 Minutos atrasada)

A: Desculpe chegar atrasada mas acabei de sair de um exame de Francês. Preciso mesmo de aprender Francês. Preciso também de aprender Inglês, a maior parte dos livros são nestas línguas... Já sei o que pensa, eu devia era arranjar um *part-time* não é?.. Mas as minhas colegas que arranjam um *part-time* deu mau resultado, para além de que não se ganha nada.

Agora em qualquer situação de conflito sinto-me logo desequilibrada... talvez seja por não ter dinheiro... Estive uma semana a tentar falar com o meu pai... ele nunca respondeu. Na Sexta-feira consegui falar com ele e marcámos para Sábado um encontro em casa da minha tia. Estive horas à espera dele e ele sem aparecer ou dizer alguma coisa.

Fiz uma coisa que nunca me passou pela cabeça fazer, peguei no telefone e disse-lhe que ele estava a ser indecente comigo. Ele pôs-se a dizer umas coisas que eu não percebi nada, também estava ali com gente, acho que ele não podia falar, não sei se ele às tantas até deixou de me ouvir. Depois tentei falar novamente e só consegui ontem ao fim da tarde.

Disse-lhe que ele tinha sido incrível e ele disse-me que eu era igual à minha mãe... eu comecei a sentir a garganta toda a estalar e depois lembrei-me que a minha mãe sente o mesmo, parece que o pescoço vai rebentar... a minha mãe atira-me essa agressividade contra ele, ela diz para eu o agredir... Eu às tantas disse-lhe «tu trata-me como lixo» e ele respondeu-me, «Tu és lixo», eu perguntei-lhe «então o que tu és?» e ele respondeu-me «Eu também sou lixo»... Foi uma parvalhada de uma conversa... A minha tia entretanto disse-me que a minha mãe podia perfeitamente dar-me o dinheiro.

P: Acha que a sua mãe a utiliza na guerra com o seu pai?.

A: Sim, é isso.

(silêncio)

P: Que horror, isso não é outra forma de se esquecer de si?

A: Sim é, mas o que quer que eu faça?

(Ana começa a ficar agitada e diz ter falta de ar, diz que às vezes se sente sufocar com falta de ar. Depois começa a coçar-se bastante nas pernas e braços. De seguida levanta-se e sai. Entra e sai repetidas vezes até ao final da consulta)

P: Imagino que tudo isto seja horrível para si. Essas coisas horríveis que você odeia pelos vistos podem sair aqui, não precisa de ser você a sair. Vamos ficar hoje por aqui está bem?

Sessão 18

A: Hoje foi a avaliação, não fizeram nenhum comentário ao meu trabalho, acho que me tratam como uma débil mental.

(silêncio)

Não fiz o trabalho de casa. Não tenho feito nada, é sempre a mesma lenga lenga, o que é que eu tenho para dizer se continuo nesta pasmaceira... Acho que isto é de uma pessoa mesmo louca, esta passividade.

Bom, lá fui montar a exposição, fartei-me de gastar dinheiro e aquilo não vai dar nada ... Há uma coisa que queria perguntar-lhe mas que não tem a ver comigo. Acho que o Nuno vai acabar agora a psicoterapia dele. Eu não percebo nada disso e a psicóloga dele é que sabe, mas acho que o Nuno está ainda tal mal... Ele continua tão fechado. Podia ser só comigo mas não, ele é fechado com toda a gente... Quando tento falar com ele diz que eu não tenho nada a ver com isso ... Agora anda preocupado com a queda do cabelo então no outro dia olhei para ele e reparei que ele tinha tinta-da-china na cabeça, para disfarçar a queda do cabelo. Eu fartei-me de rir expliquei-lhe que havia produtos e tratamentos para aquilo. Isto não tem importância nenhuma mas há muitas coisas que eu não sinto que a psicoterapia dele deva acabar. Se calhar é mesmo assim, não se fica

totalmente bom... Temos discutido imenso e ele às vezes diz que quer que eu me vá embora... eu fico de rastos e vou mentalizando para sair. Mas ao outro dia ele está a fazer projectos comigo como se a conversa não tivesse existido.

(silêncio)

Ontem falei ao telefone com a minha mãe e ela passou meia hora a gritar comigo e a insultar-me dizendo que eu não servia para nada, que nem sequer dos negócios dela eu tomava conta, disse também que não sabia como é que o Nuno me suportava. Ela é completamente doida comigo e em vez de eu saber isso, não, parece que quanto mais apertada estou mais bloqueada fico.

Agora lembrei-me de uma coisa, às vezes a minha mãe ia à praia com a minha prima, eu também ia., mas eu já conhecia a minha mãe, já sabia como ela era. A minha prima ia para o mar, era pequenina, e por duas ou três vezes sentiu-se aflita com o mar, fui eu que a fui buscar. A minha mãe não queria saber de nada, nunca se preocupou connosco...

P: Que horror.

A: É como você diz a minha mãe é o que é... outro assunto, todas as quartas feiras o Nuno janta com os tutores e eles já disseram para eu ir, às vezes eu vou, esta Quarta feira fui e o Nuno contou que o castro caldas me queria pagar as molduras e eu recusei. Bom, eles disseram que eu fui uma parva e que devia ter aceitado, já que ele me estava a oferecer. Disseram também que ele até podia Ter ficado aborrecido ou a achar que eu era mal-educada. Então no dia a seguir eu telefonei lá ao rapaz que tinha o dinheiro do Castro Caldas a perguntar se ainda podia receber o dinheiro e ele disse que não porque já o tinha devolvido. Eu fiquei sem saber se tinha feito bem ou não. Mas depois de telefonar ao rapaz fiquei bastante arrependida de o ter feito... mas os tutores criticaram-me tanto... Sinto-me uma parva... Mas o Professor Y é uma pessoa tão difícil... eu achei que o rapaz estava a ser simpático e que o Y não queria nada pagar as molduras... Tenho sempre medo dele, nunca sei qual é a reacção dele se eu for falar com ele, ele tem aquela fama de ser uma pessoa difícil... soube que um amigo meu foi-lhe pedir um pequeno texto para a exposição, nem era um texto para o castro caldas escrever, era só para recomendar alguém para escrever.

Acho que Y comentou isso com outro colega e disse que esse meu colega era um cretino... Depois porque que é eu ia aceitar o dinheiro do Y, eu não tenho confiança nenhuma com ele. Até tenho medo das reacções dele. Por outro lado dava-me bastante jeito o dinheiro, estive a fazer contas com o Nuno e gastamos uns quinhentos euros com esta coisa da exposição. Com as idas e vindas, mais o preço das molduras... e ficámos a dormir em casa de um amigo nosso em Évora senão... Ainda por cima emoldurei três trabalhos e só foram expostos dois. Acho que o meu colega exagerou na dimensão que deu aquilo. Fez uma propaganda enorme para uma exposição que não é assim lá grande coisa. E depois quem é que vai a Monsaraz... Um primo do Nuno e uns amigos dele foram lá às cinco da tarde e deram com o nariz na porta, quer dizer que a senhora que lá devia estar, fecha aquilo e vai-se embora, e não é isso que estava combinado.

P: Estava aqui a lembram-me das situações em que a Ana vai falar com o seu pai e este também a assusta, você parece não saber com o que conta.

A: O meu pai... o meu pai, eu quero é distância... ele agora deixou de dar o dinheiro e a minha mãe anda ver o que consegue em tribunal porque ele é obrigado a dar, mas o pior de tudo é a minha mãe passa a vida aos berros a dizer que eu é que tenho a culpa de ele não me dar o dinheiro, porque u não lhe telefono a pedir o dinheiro. Eu não percebo, as ultimas vezes que falei com ele estava sempre com duas pedras na mão, sem querer combinar nada comigo. Eu contei-lhe que me insultou por lhe pedir o dinheiro, chamou-me nomes e depois diz que eu só lhe falo por causa do dinheiro. A gora acho que a minha mãe tem razão numa coisa, ele tem de dar o dinheiro.

P: Eu não acho que a Ana queira só o dinheiro dele, acho que quer a preocupação, o cuidado dele.

A: Eu não quero nada, não insista. Lembro-me de ele uma vez vir com uma conversa a dizer que queria ser mais que meu pai, queria ser amigo e sei lá o quê. Depois a minha mãe ainda me culpa por ele nunca me ter ligado nenhuma.

P: Que horror.

A: É isso que eu sinto, que culpa é que eu tenho, eu também tenho culpa de ele não querer pegar em mim ao colo porque eu usava fraldas? O Pedro quer ir para fora, ele diz que aqui não vamos a lado nenhum. E depois refila ele e com razão, a dizer que eu não me mexo para nada.

(De repente Ana levanta-se e sai. Volta a entrar e sair repetidas vezes até ao fim da sessão).

Sessão 19

A: Pode abrir a janela?

(Abrimos a janela)

A: Importa-se que eu vá à casa-de-banho?

P: Claro que não.

(quando entra, volta a sair dizendo «espere lá». Entra outra vez)

A: O que acha daquele assunto que falámos na segunda-feira?

Isto é ridículo não é? Ou será que são resistências que foi isso que você disse, mas agora até me custa menos estar aqui, quer dizer custa-me à mesma, mas custou-me mais naquela altura. Não vou poder vir cá por causa do dinheiro, assim sem dinheiro não faz mal não vir cá não é. Há uma razão não é?

(De seguida Ana vira a cara em direcção contrária à nossa. A seguir, como já tinha feito em algumas sessões anteriores, pega no cadeirão dela e vira-o de costas para nós e diz:).

A: Ainda não me respondeu se faz mal não vir cá se eu não tiver o dinheiro.

P: Porquê que a Ana se virou de costas para mim?

A: É mais fácil assim. Mas o que acha de não vir cá?

P: Assim fico sozinho, será que é isso que quer que eu sinta, sozinho e isolado?

(começa a rir e por alguns segundos permanece a rir).

P: Qual é a piada de me deixar sozinho, eu não acho graça nenhuma. Posso saber porque se está a rir?

(Ana aumenta as suas gargalhadas, levanta-se e sai. Quando volta a entrar, senta-se e tem novamente um «ataque de riso»).

A: Posso ir lá para fora rir-me?

P: Pode, mas também pode rir aqui.

(Ana levanta-se e sai e volta entrar e o riso mantém-se).

P: Ó Ana mas o que se está a passar, pode dizer-me?

A: Não sei... Vou lá para fora.

(A situação repete-se por várias vezes sem que se passe algo mais senão ataques de riso alternados com silêncio. As nossas intervenções ou os nossos silêncios não alteravam a situação).

A: Tenho de ir lá para fora outra vez.

P: Não está farta de ficar de fora? Fora da compreensão da sua mãe, do seu pai, fora do seu lugar na vida?

(Ana levanta-se, sai e volta a entrar. Repete inúmeras vezes este movimento).

P: Então se calhar é melhor continuarmos na próxima consulta.

Ana pega nas suas coisas e sai..

Sessão 20

A: Na última consulta você foi muito agressivo. Chamou-me de estúpida... não compreendo como o deixam dar consultas. Você disse-me que eu podia aqui fazer tudo o que eu quisesse. Eu sabia que era tudo mentira... eu não ia sair para rir. É suposto que estas consultas me façam bem e não é isso que me está a acontecer. Tenho andado a pensar e gostaria de ouvir a sua opinião sobre ir consultar outra pessoa, outro psicólogo.

Ou então sou eu, é a minha desconfiança mas não percebi porque me disse aquilo na sexta-feira. Para mim já era desagradável ter aqueles ataques de riso à sua frente e se lhe pedi para sair é porque estava-me a custar estar aqui, aliás você também disse isso. Depois você diz que este espaço é para mim mas afinal não é nada.

Este espaço não é meu e você oprime-me. Parece que me empurra para tomar opções. Já me estava a sentir mal na consulta e aquilo que me disse ainda foi pior. Acho que você foi muito agressivo. Também não percebo porque se irritou. Se calhar não estava nada

irritado. O que acha de acabarmos as consultas?!... É que isto assim não dá... e o que me diz de eu arranjar outro psicólogo?.. Sinto-me mesmo oprimida.

Quando eu lhe falei da minha relação com o meu namorado você respondeu-me como se eu tivesse de tomar alguma decisão, como se me estivesse a dizer, estás a demorar muito tempo, vá mexe-te. Mesmo em relação à minha mãe é a mesma coisa, parece que eu tenho de fazer alguma coisa.

Eu disse-lhe que era um caso para um psiquiatra você é que disse que não e depois quando me disse para deixar de tomar os medicamentos eu até pensei que você tinha razão. Mas estou pior. Se não se importa eu queria mesmo deixar as consultas porque acho que aquilo que você fez não se faz a ninguém.

P: Não fica aliviada por me dizer isto tudo?

A: Sim, é verdade.

(silêncio)

Mas e quanto a acabar a psicoterapia o que acha?

P: Antes de lhe responder queria-lhe dizer que acho que você tem razão. Na última consulta a Ana sentiu-se rejeitada por mim. Eu confesso que não a estava a entender e sugeri que acabasse-mos a sessão. Você tem toda a razão. Eu às vezes também sinto que não estou a ser capaz de ajudá-la. Mas tento. Não faço de propósito e às vezes cometo erros como o da última sessão. Mas a minha pergunta é: será que eu posso partilhar os meus erros consigo? Eu preciso de si para saber quando estou a ajudá-la ou quando não estou. Será que você me pode ajudar a descobrir isso?

Depois da nossa correção Ana ficou mais calma a pareceu ter aceiteado o nosso erro. Nesta consulta relatará uma situação frequente quando estudava no liceu: «os meus pais nunca apareciam para me irem buscar, chegavam sempre tarde ao liceu e eu era sempre a última a ir embora. Quem ficava sempre comigo era uma continua que lá estava». Mais à frente conta o seguinte sonho: «eu estava em casa e começaram-me a cair os dentes todos, desatei a correr e lembro-me de ir ter a uma piscina onde havia um bacanal, eu depois fui-me esconder atrás da minha mãe. Depois lembro-me de perguntar a mim o que estava ali a fazer atrás das saias da minha mãe». Por fim menciona a sua experiência de estar internada na enfermaria do hospital. Optamos por não fazer

nenhuma interpretação quer dos conteúdos quer interpretações transferências com o objectivo de reconstruir um ambiente terapêutico securizante.

DISCUSSÃO

Sentimos que ao longo da psicoterapia Ana tornou-se capaz de compreender-se melhor e confiar mais nas suas capacidades. Iniciou um processo de individuação face aos seus pais. A sua ansiedade, pese o facto de periodicamente ainda se fazer sentir em níveis altos, diminuiu notavelmente. Ana é agora uma miúda-mulher que integra melhor um crescimento complicado, sem dúvida carregado de medo, abandono, maus tratos. Isto é algo que ainda lhe deixa uma enorme vontade de se fechar. No entanto, um iceberg que a impedia de pensar foi lentamente dissolvido, algo criativo pôde aparecer, cremos.

Estas mudanças começaram por nos parecerem lentas e à custa de muito esforço. Não compreendíamos inicialmente tanta resistência, congestionamentos, avanços, recuos e impasses terapêuticos. Estamos longe de não ter desejos sobre a nossa paciente embora tentássemos sempre não funcionar pelos nossos desejos. Achávamos que Ana era inteligente e não nos conformávamos como o que sentíamos ser lentidão ou retrocessos no início do tratamento. Tão pouco aceitámos o seu diagnóstico como uma fatalidade sem volta a dar. Mas nem sempre compreendemos Ana. Uma sintonia mínima e desejável levou por isso o seu tempo. Mergulhámos em confusão e ansiedade e tropeçámos na nossa história de vida, desejos e medos, na nossa (in)tolerância em geral.

Julgamos ser isto a contra-transferência. É certo que cada atitude do terapeuta tem o seu preço, mas aos poucos sentimos que as nossas respostas tornaram-se menos dissonantes face à paciente. Ana foi entrando em contacto com algo profundo com que nós, por sua vez, podemos contactar. No fim, cremos que onde ambos nos podíamos ter afogado, ambos soubemos aprender a nadar. Foi com espanto e esforço que tivemos consciência do modo como dentro de nós se iam organizando essa série de medos e incompreensões e isto aconteceu sobretudo devido às super-visões do caso. Mecanismos inconscientes «erraram» um caminho que, sem outro remédio, de correcção em correcção foi avançando. Um desses erros está identificado na Psicanálise como dissemos, trata-se da contra-identificação projectiva. Não vamos explorar a nossa contra-identificação projectiva pois isso implicaria expormo-nos.

Centremo-nos na paciente e um pouco na história da psicoterapia: alguns sinais de mudança foram despoletados e podemos observá-los. Trata-se de sinais provenientes da

comunicação verbal e não verbal. A pouco e pouco Ana foi vestindo de modo menos «bizarro» ainda que dentro da sua estética recorreu menos ao choque, à bizzarria ou ao desconcerto, mas sem perder a sua subjectividade na forma de vestir. Retirou o seu piercing que atravessava o lábio inferior para dentro da boca. Este *piercing* causava-nos a impressão de uma boca cozida, uma boca que não podia mamar, comer, falar, exprimir. Suzanne Maiello (1965) tem um artigo intitulado «Song and Dance» onde fala do mundo da boca como um palco de ensaio entre o interno e o externo. Sentimos um pouco isso, que Ana não podia brincar e representar nesse palco, o experimentar-se como se tinha-lhe valido apupos, poucas palmas.

Mas continuando, a sua postura corporal e comportamento mudaram dentro da consulta, os balanços extinguiram-se, deixou de se voltar de costas, tão pouco precisou de entrar e sair das consultas repetidas vezes. A sua necessidade de urinar durante as consultas também se extinguiu o que interpretámos dentro de nós como uma maior disponibilidade para depositar na relação terapêutica as suas toxicidades sem tanto medo de nos destruir. Mais uma vez remetemo-nos aos contributos de Meltzer nomeadamente ao seu artigo sobre o Analista-Retrete. Não nos podemos alongar infelizmente.

As suas faltas às sessões diminuíram pese o facto de ainda faltar bastantes vezes (das suas dezasseis sessões mensais em média falta quatro). Quanto aos consumos de drogas ilícitas e lícitas, extinguiram-se na totalidade. Essas drogas aliviavam-na não deixando assim assentar uma dolorosa estrutura psicótica (sentimentos de dependência extrema, medo, desvalorização, ódio, carência).

Os seus ataques de pânico também se extinguiram (até à data) e frequente de uma forma mais livre tanto os espaços abertos e públicos como os fechados e privados. Já consegue andar de transportes públicos, estar numa reunião, aula ou evento social. As dores orgânicas e fisiológicas, como expressão da sua identificação projectiva maciça, atenuaram. Já não dorme de luz acesa ou se queixa tanto da dificuldade em adormecer, talvez esteja mais preparada para esse momento de encontro com os seus fantasmas. Muita raiva, frustração e sofrimento ainda saiu.

Os *actings*, independentemente da análise da contra-transferência (que não estará alheia aos mesmos), dentro da consulta, consideramo-los entraves à associação livre que ajudavam a controlar a distância e proximidade face a nós e aos seus objectos internos evitando sentimentos de dependência, de anulação fusional, de crítica ou julgamento, desinteresse ou reprovação da nossa parte. Se Aceitarmos que a dor mental severa (psicótica) caracteriza-se essencialmente pela desorganização ou desintegração do eu, trata-se de defesas (resistências) que procuram diminuir essa angústia. É o contacto terapêutico e o jogo das associações livres que a paciente tenta constranger, minimizar e até anular. Observámos que períodos em que Ana tinha mais dificuldade em verbalizar, comunicando mais através desses *actings*, procedem daqueles períodos em que Ana nos permitiu entrar mais facilmente em contacto com o seu modo interno de funcionamento, períodos em que foi mais espontânea, «mais humana» e falou de uma forma mais livre e aberta de si.

Como um padrão, a seguir a estes períodos, seguiam-se períodos em que Ana parecia um bicho, tremia bastante, a sua respiração era ofegante, esfregava as mãos pelas pernas até aos calcanhares, arrepanhava e puxava a sua roupa como se a quisesse rasgar ou despir-se, coçava-se de uma forma violenta, mexia nos cabelos também de uma forma violenta, mutilava-se com lápis ou ganchos de cabelo. Lembramo-nos que em certas alturas quando acabávamos as consultas, as nossas mãos estavam transpiradas tal era a nossa ansiedade.

Depois vinham semanas e semanas de silêncio acompanhados de comportamentos como os de virar-se de costas para nós. Às tantas já não percebíamos bem se Ana melhorava ou piorava. Uma hipótese que não podemos deixar de colocar e de que Herbert Rosenfeld fala muito, é de que a «potência» inerente às interpretações poderão ter-se virado contra nós: a inveja intensa da paciente estabelece um impasse terapêutico. A bênção pode ter virado maldição. Resta-nos supor que pelo menos em algumas vezes captámos isto e reviramos a maldição de novo para bênção.

Este conjunto de medos e retracções alternados com alguma espontaneidade e liberdade, evidenciam-nos um instável padrão de relação marcado por momentos de inaptidão para viver os conflitos no interior de si onde afectos e representações permanecem isolados de modo a esconder um imaginário angustiante, cheio de desacordos entre o dentro e

fora. Ora idealizando-se a si e aos outros, ora atacando o vínculo pela raiz, reprimiu como pôde a voz de um desejo que não se compadecia nem com o ideal de si nem com os desejos odiosos, destrutivos, difíceis de suportar e muito menos serem pensados.

Mas transfere ou actua em crises que nos pareceram complicadas de conter. As repercussões que essas crises nos causaram são profundas e afectam-nos no medo, na vontade de desistir, na dor de estar vinculado psicoterapeuticamente com alguém tão violenta e com um uso tão intenso da identificação projectiva, ou afectaram-nos pela dificuldade de alcançar e entender alguém tão fechada e em silêncio.

Até que um dia, e é esta a situação que nos trouxe aqui, Ana diz: «Você é uma besta de um psicólogo, tudo o que você diz, diz porque tem dizer, porque é isso que vem nos livros, disse-me que eu podia fazer tudo o que eu quisesse mas afinal isso é mentira». Esta manifestação da paciente que abre a razão desta discussão, teve lugar na consulta seguinte a lhe termos dito: «se a Ana voltar a sair, então é melhor continuarmos na próxima consulta». Ana pegou nas suas coisas, despediu-se e saiu. Aquela fora a nossa resposta ao comportamento de sair e entrar do consultório repetidas vezes no tempo quase todo da consulta, durante praticamente três semanas seguidas.

Ana disse-nos isto necessitada, zangada. Apesar da dureza das suas palavras, na nossa mente havia um calor visceral que secretamente apreciava a sua convicção, que apreciava aquele laço tão necessário que estava a aparecer. Aquele foi para nós um momento em que sentimos um imperativo de parte de Ana: «Eu existo contigo e posso-te dizer isto que sinto». Depois da explosão a sua expressão mudou, ficou fechada, reclamando algo de originário, capital. Ficou com ar de menina pequena. Pareceu-nos uma criança que procurava um ser humano que a atende-se nas suas carências mais essenciais e simples. O que somos, quem somos perante a intimidade de um apelo como este?

Se a Psicanálise (entenda-se Psicoterapia Psicanalítica aqui) é «cura» pela palavra, como lidar com situações como entrar, sentar-se, levantar-se e sair, voltar a entrar, sentar-se, levantar-se e sair, dez vezes, cem vezes... vezes de mais para o nosso estômago? Como manejar estas situações difíceis, infantis, regredidas, eventualmente

próprias de um registo pré/ não-verbal? Como manejar um *acting* que nos deixa perplexos, assustados e invadidos por sentimentos de impotência e descontrolo?

Nada do que dissemos durante semanas surtiu qualquer efeito, absolutamente nada. Na nossa mente perguntávamos «mas onde é que isto vai parar?». Talvez hoje depois de muitas sessões de super-visão, depois de um pouco mais de experiência, análise e literatura, soubéssemos responder e sossegar a nossa mente: «isto não pára, isto é a transferência».

A própria palavra transferência é cheia de vida, ela resulta do incessante contacto emocional entre o paciente e psicólogo. O paciente instiga respostas no psicólogo e vice-versa pois trata-se de um encontro que os enrosca vivamente em afectos e sentimentos conscientes e inconscientes que geram movimento intra-psíquico em cada sujeito. Paciente e psicólogo, cada um no seu papel e função, fazem frente aos obstáculos e às riquezas transfero-contra-transferenciais.

Pontalis (1992) escreve: «Qual é o ensinamento que nos traz a psicanálise - e quero dizer a experiência, a prova da análise ou, o que é a mesma coisa, a prova do estrangeiro – ao ponto que se pode tomá-lo por seu ensinamento principal e talvez único? É que o tempo não passa. Consequência: a psicanálise não é, não pode ser do seu tempo. Ela não é de um outro tempo, mas de um tempo outro. Ela é anacrónica, ou melhor, segundo o termo de Nietzsche, intempestiva. Ela é indiferente ao “ar do tempo”».

Essa descoberta de um tempo outro, intempestivo, desconstrói um presente morto: morto pela repetição, pelo vazio, ausência de sentido, morto pelo empobrecimento dos projectos pessoais. Ao acendermos o movimento transferencial gerado pela vivência psicoterapêutica, este presente morto cobriu através de uma acção (podia ter sido através de uma lembrança, de um sonho, uma alucinação) um tempo outro, sem medida. Ana não consegue esconder as experiências emocionais vividas ao longo da história pessoal. Essa história torna-se presente, reconhecida e vai-se desenrolar junto com o tratamento. As intensidades, irracionalidades, reacções inadequadas, exageradas, defensivas (hostis e ou amorosas) passam a fazer parte da terapêutica.

Ana começa a viver um segundo ou duplo tempo não linear connosco. Não é uma narração dos acontecimentos que vai experimentando, é o passado que se actualiza e se

dissolve com o tempo psicoterapêutico. É verdadeiramente um lugar de intimidade. Aos poucos ou às vezes de repente, o psicólogo está ali na estreiteza que pode ter uma criança com a sua mãe, na familiaridade do par amoroso no seu leito, na cumplicidade de dois amigos que se entre ajudam. Nenhum destes lugares é o do psicólogo mas ele pode ocupá-los todos sem sair do seu apenas seguindo intimamente a transferência. Este espaço de intimidade e dada a natureza da transferência, colide com a lógica do tempo e do espaço.

Então como narrar, como descrever objectivamente o que se passa numa consulta, num tratamento, quando vectores como o do tempo presente se cruzam com vectores de um tempo outro, de duas pessoas diferentes e de forma tão intensa? Será ficção, será real, será possível? Como ter à disposição uma narrativa objectiva de algo que é vivido, experimentado e desenrolado num vai e vem de dentro para fora e de fora para dentro, com níveis de profundidade complicados, ali, a quente? Certo é que a transferência do paciente tem de acontecer e a disponibilidade do psicólogo para a receber tem de existir. Há aquilo que não tem lugar numa expressão verbal mas que poderá vir a ter. Há aquilo que eventualmente nunca poderá vir a ter uma expressão verbal. Mas outra vez: isto tudo, ainda assim, é partilhável?

Por um lado este jogo dinâmico é estruturante no sentido em que essa é a expressão viva dos vínculos humanos e é a partir daí que se origina a validade a manutenção do tratamento. Por outro lado é essa mesma força viva e actuante que pode dar azo aos fracassos terapêuticos. Foi nesta complexidade da experiência de uma contra-transferência algo desajeitada e envolvida em múltiplas subtilezas que trocámos os pés pelas mãos. A própria história da descoberta da transferência e da contra-transferência revela muito desta natureza desconcertante e difícil de perceber porque faz colidir o material do paciente com o do terapeuta.

Mas o que não pôde ser dito pôde ser mostrado. E isto vale para os dois, psicólogo e paciente, em situações paradoxais. No caso da paciente mostrado pela repetição, pelos silêncios e por outros meios. No caso do psicólogo, mostrado pela mencionada contra-identificação projectiva. Acresce que quanto mais avançamos maior é o risco de recuo pois a regressão atravessa as zonas traumáticas e em conflito tanto para paciente como para terapeuta. Ana actuou um fragmento essencial de suas lembranças em lugar de lembrá-lo. Um dos «elementos malditos» da transferência é esta resistência que

provoca em nós o mesmo afecto que forçou a paciente a recalcar a sua dor não-suportável, paralisando-nos. O paciente resiste ao se ver confrontado com a força da sua angústia e fantasias inconscientes. Transferência e resistência coincidem.

Pelo que foi dito na Introdução, por um lado, a resistência corresponde a este infantil que não tem idade porque está fora do tempo e fora do lugar, por outro a transferência encerra as condições de ultrapassagem e passagem para um tempo de mudanças e transformações reais. A raiz infantil, a natureza inconsciente, as vivências emocionais vão engendrar repetições que tornam a psicoterapia essa encenação contemporânea do passado.

A figura do psicólogo, inserida nas fantasias emocionais que o paciente organizou ao longo de suas experiências psíquicas, acciona a transferência e a resistência, e acciona a dinâmica do tratamento. O vigor dessa experiência é uma conjugação entre a «maldição da cruz», obstáculo, função terapêutica e expressão do essencial. Talvez seja este o surpreendente que irrompe na cena psicoterapêutica com poder de afectar ambos os participantes. Sem dúvida que o acolhimento a esta singularidade levou Ana a sentir-se reconhecida na sua humanidade. Quando corrigimos a nossa postura, Ana provavelmente sentiu que foi aceite por alguém a esse ponto.

Além das contra-transferências no sentido lato, respostas do analista às transferências do paciente, um aspecto essencial e fonte de impasses é a condição da possibilidade de psicanalisar o que se configura como empatia ou uma contra-transferência primordial (Figueiredo, 2002), no sentido em que o terapeuta deixa-se colocar diante do sofrimento antes mesmo de se saber do que e de quem se trata. Esta empatia corresponde à disponibilidade humana para funcionar como suporte de transferências e de outras modalidades de demandas afectivas e comportamentais profundas e primitivas. Deixamo-nos afectar e intimar pelo sofrimento alheio no que este tem de desmesurado e de incomensurável, de desconhecido e incompreensível. Toda a psicoterapia no que implica lidar com as transferências depende deste sentimento de contra-transferência primordial de base (Figueiredo, 2002).

Aqui o psicólogo vê-se confrontado com o autor chama de reserva de alma: «Nesta reserva de alma residem nossas teorias, nossos desejos, nossa capacidade de pensar, falar, simbolizar e sonhar. Mas aí reside, fundamentalmente, nossa capacidade de ser

afectado e interpelado pelo sofrimento» (Figueiredo, 2002). Ou seja, estamos diante de uma disponibilidade *a priori* para ir com o paciente, podendo chegar ao pé do irreconhecível, inominável, do estranho (Freud, 1919), do absurdo.

Quando nos aproximámos ou contactámos com regiões remotas da natureza de Ana, contactámos com os vislumbres de um modo de ser escondido, talvez nunca partilhado, mas revelador do absolutamente humano da paciente, expressão daquele individual. Estes enclaves tão do sujeito são uma coisa universal, ou seja, que cada um tem as suas derradeiras idiossincrasias, história única. No universal nos deparamos com toda a humanidade do semelhante. No individual, nos deparamos com o ser e suas circunstâncias, feitas de contingências favoráveis e desfavoráveis, tanto internas como externas. Isto pede antes de mais empatia pela engenhosa causa da natureza humana, o que significa, como dissemos, suportar ser tocado, na transferência, pela fúria, pelo amor, pela indiferença, pelo falso, pela repetição, sem que abandonemos o primordial: manter a ligação com o outro, preservar a reserva de alma de que Figueiredo fala. Mas claro, deixar fluir o acontecimento sem entravá-lo é difícil, sobretudo diante da repetição.

Como também dissemos na Introdução a noção de repetição do passado constitui-se no paradigma da teoria da transferência. Freud, em 1920, no texto *Além do princípio do prazer*, acrescenta que a repetição se traduz por uma compulsão ligada à pulsão de morte. Para ele, a idéia de repetição conota neurose e patologia, uma impossibilidade de ser e viver diferente no presente, reencenando-se, muitas vezes, experiências dolorosas. Esse reencenar não é determinado pelo prazer, mas pela dor e o sofrimento. É como se algo da experiência infantil estivesse «congelado», provocando estagnação, apresentando «o mesmo», o de sempre; não se consegue situar o presente como um vector existencial a ser conquistado. Algo entrava de forma insistente e imperiosa este presente.

Com características obsessivo-compulsivas, as repetições, representações psíquicas aparentemente sem conteúdo afectivo, tal como as estereotípias, os movimentos físicos, as explosões, são, segundo o que foi exposto na Introdução uma forma de evacuação maciça de elementos beta. A vontade de vomitar, as indesposições etc... fizeram-nos pensar que Ana não tivesse capacidade de absorver e digerir os alimentos-interpretações, como só pudesse ser alimentada com coisas mínimas. De facto a pulsão

pode ser contida se existir uma rêverie disponível e uma profundidade mental capaz de acolhê-la. A pulsão transforma-se em actuação se o acolhimento, continência e transformação estiverem, de facto, fechados. A pulsão assumirá assim a sua modalidade destrutiva ao invés de algo fértil, algo da ordem do elemento alfa de Bion.

Acresce que um dos problemas da insuficiente introjecção da função alfa, é que não só ficaram elementos beta por metabolizar, aqueles que historicamente ficaram sem digestão, como ficam aqueles que são continuamente produzidos dia após dia. Demorámos tempo a perceber que poderíamos estar a esforçar em demasia a paciente. Talvez a renúncia a explicitar todos os possíveis significados relacionais tivesse sido uma boa ideia a julgar pela aflição de Ana face às nossas tentativas de aproximação àquilo que nos parecia ser o profundo ou a causa ou a natureza do seu adoecer.

Encontrar a maneira de comunicar com o paciente, pode ser feito através das suas respostas às nossas intervenções. Trata-se de descobrir através dele a forma de o alcançar e isto, pelos vistos, é mais do que interpretar como a paciente nos sente. Isto não exclui o facto de que existam situações que necessitam de interpretações directas, interpretações de transferência, saturadas, de conteúdo etc. mas o que de facto tivemos de captar ao longo do nosso trabalho com Ana é que existem outro tipo de intervenções que favorecem o desenvolvimento sem que sejam elas a desvendar o significado dos sintomas. Tratam-se de operações mais construtivas e de menor custo. Vale acrescentar que não há intervenções neutras pois elas geram juntamente com o paciente transformações no campo.

Paciente e o psicólogo, diante das forças da repetição, acabaram por entrar num circuito fechado trazendo dificuldades no campo transferencial-contratransferencial. Fusões super-egóicas, conluíus com o objecto enlouquecedor internalizado, actuações, um vasto repertório contra-transferencial pôde ser encenado por parte do psicólogo. Aqui, o psicólogo precisou estar activo e em questão para si próprio e daí o imperativo das super-visões. Foi para dentro que nos voltámos intimamente, para as fronteiras das nossas possibilidades.

Isto para dizer que a paciente ajudou-nos muito a aprender a ouvir sem interpretar em termos de resistência, perseguição, ataque etc. Ajudou-nos a perceber que as interpretações podem ter efeitos colaterais e que esses efeitos não são reacções

terapêuticas negativas nem são fruto de uma transferência psicótica. A demanda de Ana era que nós lhe proporcionássemos o máximo de factores de crescimento, com o mínimo de estragos. Assim a repetição talvez tenha sido um sintoma desses estragos, não um sintoma exclusivo de Ana.

Num importante trabalho sobre transferência, Lagache não aceita que a repetição esteja a serviço da pulsão de morte, ou seja, que a repetição seja primária. Ele diz: «necessidade de repetição e repetição da necessidade, postula que, se existe uma necessidade de repetição, ou seja, do desejo em busca de satisfação, este pode entrar em confronto com o ego e mobilizar mecanismos de defesa. Dessa forma, o conflito está entre a necessidade, o princípio do prazer, e a realidade, portanto, é secundária. Seria primária se houvesse uma repetição da necessidade (...) indivíduos que interromperam uma tarefa têm tendência ou necessidade de vir a completá-la. A frustração, interrupção ou fracasso, intensifica a necessidade de completar a tarefa satisfatoriamente».

A repetição tem por isso uma amplitude e complexidade enquanto fenómeno. Não existe apenas um tipo de repetição pois pelos vistos e segundo Lagache, ela pode estar articulada ao desejo em busca de satisfação, mas também se insere numa perspectiva mais regredida, em busca da realização de uma tarefa interrompida, fracassada. No primeiro caso, repete-se na tentativa de elaboração de um conflito. No segundo, repete-se na esperança de um novo encontro objectal que possibilite uma nova oportunidade para o desenvolvimento do *self*.

«No coração da pulsão a repetir não vejo o resultado do entravamento de nossos desejos e nem, em conseqüência, por causa de sua insatisfação, a exigência de retomá-los [...] se entravamento existe, é o da própria capacidade de representação [...] o que se repete— e não digo o que se rumina— é aquilo que não aconteceu, e que não tendo conseguido advir, não existiu como evento psíquico. Repete-se como se ensaia no teatro, mas na ausência, no vazio de todo texto. Repete-se algo fora do texto, algo de incrustado, e não de impresso [...]» (Pontalis, 1992).

Então, se bem percebemos e segundo este ponto de vista, Ana estava a repetir algo que nunca aconteceu, a insistir sobre um sentimento de vazio. Ao encenar esse vazio estava a tentar inaugurar algo de vivo. O seu vazio, essa sua necessidade de acontecimento,

que não podia ser lembrado nem esquecido, foi agido repetidamente? Repetir até ficar diferente?

Um possível paralelismo: de algum modo o bebê humano advém de uma mescla de sensações pulsionais inscritas numa força vital que procura integração no seu ambiente, na mãe. A mãe recepciona, capta, esta demanda. O bebê humano, neste contexto e a partir das suas necessidades, engendra repetição até produzir esta integração, integração do self, ou seja, repete até produzir algo de diferente, insiste. Poderá ter sido alguma coisa parecida com esta que Ana pôs em curso?

Com a nossa resposta: «Se voltar a sair, então o melhor é continuarmos na próxima sessão», pouco aconteceu ou aconteceu o excesso: foi de certeza mais um momento de vazio ou de trauma e não outra coisa diferente. Winnicot (1955) faz notar que o dispositivo analítico deve possibilitar ao paciente «viver pela primeira vez, aquilo que já foi vivido». «O importante é que o que “eu sou” não significa nada, a não ser que, no início, eu seja juntamente com outro ser humano que ainda não foi diferenciado. Por esta razão, é mais verdadeiro falar em “ser” do que usar as palavras “eu sou”, que pertencem ao estágio seguinte. Não é exagero dizer que a condição de ser é o início de tudo, sem a qual o fazer e o deixar que lhe façam não têm significado» (Winnicott, 1966/1988).

Por tudo o que foi dito, ser juntamente com o outro implica essas condições ambientais favoráveis. É preciso ser-se atendido por alguém que se engaje nas suas necessidades validando e reconhecendo a sua singularidade. Esse engajamento não é invasivo, ele se dá como possibilidade de oferecer ao paciente uma salutar experiência fusional (Mahler). Pegando nisto, se tivéssemos criado possíveis sentidos e significados (holding) para os comportamentos repetitivos de Ana, para a sua angústia revelada, talvez ela nesse momento se tivesse experimentado como um acontecimento. Algo da ordem das primeiras manifestações humanas: a experiência da qualidade de ser. O tal ensaiar-se através da boca como palco perante o outro, de que Suzanne Maiello (1965) falou.

Mas o que poderíamos ter feito de diferente? Se aprender como o paciente nos sente pode ser feito através do seu pensamento onírico de vigília, como pegar na repetição e transformar a nossa maneira de nos colocar para que o paciente nos sinta próximos?

Uma coisa a paciente encarregou-se de nos ensinar: a nossa postura anterior ao episódio que aqui discutimos, superava a continência do «aparelho de pensar pensamentos» e gerou perseguição que foi evacuada como se fosse um elemento beta. O importante não era pois buscar as verdades ou os conteúdos da paciente fossem eles quais fossem. O importante era estar em unísono, no mesmo comprimento de onda afectiva, estar em «O» (Bion). Necessariamente isto implica respeito pelas defesas do paciente.

Depois de tolerar níveis mais superficiais, de facto sentimos que Ana tinha mais coragem para aprofundar o seu mundo interno, como uma escolha pessoal e não como fruto da nossa imposição. Trabalhar com a simbolização pressupunha que Ana tivesse já um significado para o seu material. A sua demanda, pelo contrário, era a de trabalhar com o processo de significação, sem significado pré-existente. Há uma diferença crucial neste ponto a avaliar pelo resultado das nossas interpretações, ou seja pela forma como a paciente respondia às nossas interpretações: com repetições de entrar e sair.

Para Ogden (1996) e na linha de pensamento de Klein, «a mãe é uma presença invisível, mas sentida [...] sua alteridade é sentida, mas não é levada em conta». A mãe invisível e previsível, no sentido de manter um quotidiano monótono e rotineiro, oferece sustentação emocional, continuidade, permanência e segurança, protegendo o bebé de surpresas inassimiláveis. Em função dessa sensível adaptação materna, o bebé humano não se dá conta do seu estado de extrema dependência e de inquestionável vulnerabilidade. Então, é possível confiar. É esta maternagem que se põe a serviço da continuidade do ser do bebé, constituindo-lhe uma subjetividade genuína, diferenciada a partir de si mesma. A lenta descoberta da alteridade em pequenas doses. Ser diferente, diferenciado, um outro, surge a partir de pequenos acréscimos diários apoiados naquilo que se repete no interior do ser.

Se o *setting* analítico reproduz o ritmo do desenvolvimento precoce ao longo do tratamento, devíamos ter continuado monótonos na captação dos actings da Ana, uma vez que as nossas intervenções não produziam mudança? Talvez assim abríssemos espaço para o surgimento das novidades. A reivindicação de Ana era explícita: nós estávamos ao serviço do seu anseio genuíno de vir-a-ser. Dentro desse enfoque, entendemos a repetição como tentativa de alcançar uma existência real. Sentir-se vivo em sua interioridade como condição primordial, algo sempre presente e sem passado cronológico.

Isto faz-nos pensar que Ana estava à espera de algo específico que só mais tarde cremos, veio a acontecer: houve um movimento temporal que se transformou em algo fundante. Nessa temporalização do encontro psicoterapêutico o vazio de si começou a dar lugar à constituição de um tempo subjectivo vivido como duração de si mesmo. O ritmo das sessões passou a ser mais organizado pelo paciente, e aí temos: o tempo das sessões, as frequências, a relação que estabeleceu com o manejo das interpretações, os dias de pagamento, as presenças e ausências dentro e fora do *setting*, tudo mudou. Fomos solicitados a percorrer esse tempo como um momento que resgata os primeiros estados do *self*. Nessas situações, estamos de frente para o paradigma do adoecer humano. Aqui estamos diante do paradigma que enuncia a positividade da vida e da criação. Viver para dar vida ao incriado.

Para terminar, Ferenczi contribui bastante para a expansão da técnica psicanalítica ao retornar aos momentos iniciais da vida humana. Diz ele: «Penso no período de vida passado no corpo da mãe. Neste estágio, o ser humano vive como parasita no corpo materno. Mal existe um mundo exterior para o ser nascente: todas as suas necessidades de proteção, calor, e de nutrição, são asseguradas pela mãe. Ele nem precisa de se esforçar para ter o alimento e o oxigênio necessários, pois mecanismos apropriados encarregam-se de trazer essas substâncias directamente aos seus vasos sanguíneos» (Ferenczi, 1913).

Ferenczi aponta para o universal humano que necessita viver dentro de si mesmo por um período uma condição primordial para, aos poucos, dar conta do seu encontro diferenciado com a realidade, atribuindo-lhe, então, sentido e significado: «Assim, se o ser humano tem uma vida psíquica, mesmo inconsciente, no corpo materno e seria absurdo acreditar que o psiquismo só se ponha a funcionar no momento do nascimento, ele deve ter, pelo fato da sua existência, a impressão de ser realmente todo-poderoso [...] despojá-lo da onipotência e obrigá-lo a tentar “modificar o mundo externo”, ou seja, efetuar um trabalho [...] causa nos bebês uma brutal perturbação advinda à sua quietude» (Ferenczi, 1913).

Essa realidade da repetição que, ao carregar em si o passado, o mesmo, ao mesmo tempo visa o novo, o inusitado, o surpreendente, apontando para transformações passíveis de emergir do que está na origem da experiência de Ana. Assim se conjugam repetição e primeira vez. Revelam-se manifestações de fidelidade ao passado visando

torná-lo real no presente. Ou, segundo Winnicott (1955-1956), visando conquistar, no presente, o direito a ter um passado. Em todos esses movimentos nos deparamos com um agir que busca ser outra coisa. Ou seja, repetição não é necessariamente prescrição.

No meio do caminho clínico, existem transferências e contratransferências que podem revirar uma história de vida e engendrar novas perspectivas pessoais. Ou não. Pode dar asneira. Sobre isso, Ferenczi acrescenta em seu artigo sobre a «Elasticidade da técnica»: «Em hipótese alguma deve-se ter vergonha de reconhecer, sem restrições, os erros passados. Que nunca se esqueça que a análise não é um procedimento sugestivo, em que o prestígio do médico e sua infalibilidade devem ser preservados a qualquer custo. A única pretensão levantada pela análise é a da confiança na franqueza e sinceridade do médico, e a esta, o reconhecimento sincero de um erro não ameaça» (Ferenczi, 1928).

Winnicott amplia essa questão quando valoriza os aspectos ambientais e sua relação com o desenvolvimento genuíno do *self*. Segundo ele, o paciente pode induzir o analista a falhar; na vivência de regressão expressa-se um re-pedido para a correção das falhas ambientais. Nos momentos regressivos, revisitamos experiências não-verbais precoces. Acompanhando intimamente o paciente até essas regiões, a esperança inconsciente faz com que o trauma original irrompa para ser vivido num ambiente de confiança. Daí a falha ao reproduzir concretamente essas situações traumáticas; se nós reconhecemos a falha é porque experimentámos o ponto de vista de Ana, e esta, ao se reencontrar com o seu ponto de vista, estará recuperando seu verdadeiro *self*, validado por uma presença viva.

Assim, para Winnicott o problema não é a falha; ele escreve: «Como analistas, estamos falhando o tempo todo, e as reações de irritação do paciente pelas quais esperamos acabam por acontecer. Se sobrevivermos, seremos usados. São as inúmeras falhas, seguidas pelo tipo de cuidados que as corrige, que acabam por constituir a comunicação do amor, demonstrando o fato de haver ali um ser humano que se preocupa [...] Portanto, a tarefa do paciente é provocar condições nas quais a repetida correção das falhas seja um padrão de vida» (Winnicott, 1968).

Podemos dizer que até certo ponto Ana criou a nossa falha. Transferência e contratransferência contracenam a dor de Ana que se instalam dentro do *setting*, dificultando o processo psicoterapêutico, ao mesmo tempo em que torna vivas, para o par, as

experiências repetidamente narradas, ou não. Experiências que convocam o psicólogo a encenar um papel que muitas vezes pode estar referido ao passado ou pode estar no futuro, referido ao anseio pelo vir-a-ser. Nesta compreensão, também o psicólogo precisa ansiar por vir-a-ser, o seu percurso existencial deve continuar em aberto para si mesmo. Curiosamente, no último dos seus seis desenhos, Ana também deixa tudo em aberto.

Referências Bibliográficas:

Jones, Ernest (1961). *Vida e obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Etchegoyen, R. Horacio (1985). *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre. Editora Artes Médicas Sul.

Fédida, P. (1996). *O sítio do estrangeiro*. São Paulo: Escuta.

Fédida, P. (1988). *Clinica psicanalítica: estudos*. São Paulo. Editora Escuta.

Ferenczi, Sandor (1909). *Transferência e introjeção*. In *Escritos Psicanalíticos*, Rio de Janeiro: Livraria Taurus Editora.

Ferenczi, S. (1928). *Escritos psicanalíticos*. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Editora.

Freud, S. (1905). *Fragmentos da análise de um caso de histeria*. Rio de Janeiro. Editora Imago.

Freud, S. (1912). *A dinâmica da transferência*. Rio de Janeiro. Editora Imago. Freud, S. (1914). *Recordar, repetir e elaborar*. Rio de Janeiro. Editora Imago.

Freud, S. (1895). *Estudos sobre histeria*. Rio de Janeiro. Editora Imago.

Freud, S. (1919). *O estranho*. Rio de Janeiro. Editora Imago. Freud, S. (1920). *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1910). *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*. Rio de Janeiro. Editora Imago.

Freud, S. (1915). *Observações sobre o amor transferencial*. Rio de Janeiro. Editora Imago.

Freud, S. (1938). *Esboço da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1914). *A história do movimento psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

Freud, S. (1937). *Análise terminável e interminável*. Rio de Janeiro: Imago.

Gabbard, G. & Lester, E. (1995). *Boundaries and violations in psychoanalysis*, New York: Basic Books.

Grinberg L. (1956) *Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectivas*. Rev Psicoanal; 13:507-11.

Grinberg (). *Teoria da Identificação*. Lisboa, Climepsi.

Heimann, Paula. (1950). *On counter-transference*. International Journal of Psycho-Analysis, 31, 81-84.

Grotstein, J. S. & Rinsley, D. B. (2000). *Fairbairn and the origins of object relations*. New York: Other.

Knight, R. P. (1940). *Introjection, Projection and Identification*. The Psychoanal Quarterly.

Kolteniuk, M. (1997). *Reflexiones sobre la contratransferencia*. In: *El proceso psicoanalítico*. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Kohut, H. (1984) *Como Cura a Psicanálise?*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kulish, N . (1984). *The effect of the sex of the analyst on transference: A review of literature*. Bull Menn Clin.

Lester, E. Jodoin, R. M. y Robertson, B. (1989). *Countertransference dreams reconsidered: A survey*. Int RevPsycho anal., 16: 305-314.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1979). *Vocabulário da psicanálise*. Santos. Livraria Martins Fontes Editora.

Lartigue, T. (1997). *La diferencia sexual en la obra de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Cowap..

Lartigue, T. (1988). *Psicoanálisis y relaciones de género*. Buenos Aires: Lumen.

Lartigue, T. (1998b). *Representaciones inconscientes de género. Efectos en la contratransferencia*. Buenos Aires: Cowap.

Matos, C. (2002). *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa. Climepsi Editores.

Pinheiro, T. (1997). *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro. Zahar Editores.

Racker H. (1948). *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre. Artes Médicas.

Racker H. (1960). *Os significados e usos da contra-transferência*. Porto Alegre. Artes Médicas.

Renik, O. (1990). Analysis of a woman's homosexual strivings by a male analyst. *Psychoanal Q.*, 59: 41-53.

Welles, J. K. & Wyre, H. K. (1991). *La contratransferencia erótica materna*. Libro Anual de Psicoanálisis, 95: 108.

Winnicott, D. W. (1955). *Variedades clínicas da transferência*. In *Textos selecionados. Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Anexos