UM ENCONTRO ANALÍTICO – TRANSFERÊNCIA, CONTRANSFERÊNCIA E MANEJO CLÍNICO

| SILVANA RODRIGUES DE BARROS¹

RESUMO

O presente trabalho apresenta reflexões teórico-clínicas sobre uma análise, ressaltando as complexas vicissitudes dos processos de transferência e contratransferência que constituem o espaço de encontro entre a subjetividade do analista e a do paciente. Mostra que na clínica com “pacientes de difícil acesso”, ou seja, naqueles que têm dificuldades na comunicação e vinculação com o analista, as sensações experimentadas pelo analista na contratransferência precisam ser constantemente observadas e compreendidas por ele para serem manejadas em favor da continuidade do tratamento, como no caso relatado, em que a paciente busca ajuda, cuidados, mas ao mesmo tempo, parece não aceitar e recusa de certa forma, a ajuda solicitada. Psicanalistas como Ferenczi e Winnicott abriram seus consultórios para esses pacientes e, posteriormente, Beth Joseph, juntamente com Wilfred Bion, Hannah Segal e Herbert Rosenfeld, deram continuidade ao trabalho de Melanie Klein, utilizando e expandindo os conceitos de projeção, identificação projetiva, uso da transferência e contratransferência na abordagem clínica. Beth Joseph se interessou especialmente pelos pacientes considerados difíceis e resistentes à análise. Em sua clínica, não se detinha apenas às comunicações verbais do paciente, explorava o conceito de contratransferência, levando em conta o estado mental do analista durante as sessões. Acreditava que as interpretações possíveis de provocar mudanças psíquicas eram aquelas baseadas na transferência e na contratransferência. Em outras palavras, explorava a relação analista-paciente e o modo pela qual era vivenciada por cada uma das partes.

Palavras-chave: Clínica psicanalítica. Transferência. Contratransferência. Paciente de difícil acesso. Projeção. Identificação projetiva. Manejo clínico.

ABSTRACT

This paper presents theoretical and clinical thoughts about an analysis, emphasizing the complex destinations of the transference and countertransference processes that constitute the place of encounter between the patient and the psychoanalyst subjectivities. It shows that in the practice with “patients who are difficult to reach”, i.e., those who have difficulties communicating and connecting with the psychoanalyst, the sensations experienced by the analyst in the countertransference need to be constantly observed and understood so he can handle them in order to make it possible to continue with the treatment. In the clinical case presented, the patient seeks help and care, but, at the same time, does not seem to accept it, and, in a way, rejects the requested help. Psychoanalysts such as Ferenczi and Winnicott opened their practices to those patients. Later, Beth Joseph with Wilfred Bion, Hannah Segal and Herbert Rosenfeld continued the work of Melanie Klein, using and expanding the concepts of projection, projective identification, the use of transference and countertransference in the clinical approach. Beth Joseph was especially interested in the patients who were considered difficult and resistant to analysis. In her practice, she was not restrained to the verbal communications of the patient. She explored the concept of countertransference, considering the mental state of the analyst during the sessions. She believed that the interpretations that could provoke psychic change were the ones based on transference and countertransference. In other words, she explored the patient-analyst relationship and the way that it was experienced by each one.

Keywords: Psychoanalytic practice. Transference. Countertransference. Patient who is difficult to reach. Projection. Projective identification. Clinical handling.

¹ Psicóloga. Especialista em tratamento psicanalítico de crianças com autismo e psicose. Psicanalista. Membro associado da Sociedade Psicanalítica de Fortaleza – SPFOR. Membro da International Psychoanalytical Association – IPA.

INTRODUÇÃO

O aumento do número de pacientes com características de difícil acesso nos consultórios psicanalíticos tem produzido extensa gama de novas formulações teóricas/técnicas e de mudanças nas estratégias de tratamento. O deslocamento da ênfase da teoria da pulsão para a teoria das relações objetais e para a psicologia psicanalítica do self encorajou muitos psicanalistas a tratar estes pacientes. Questões relacionadas às dificuldades referentes à tolerância ao diferente e à manutenção dos vínculos parecem ser determinantes nessas patologias em que predomina o sofrimento narcísico.

Psicanalistas como Ferenczi e Winnicott abriram seus consultórios para esses pacientes e, posteriormente, Beth Joseph, juntamente com Wilfred Bion, Hannah Segal e Herbert Rosenfeld, deram continuidade ao trabalho de Melanie Klein, utilizando e expandindo os conceitos de projeção, identificação projetiva, uso da transferência e contratransferência na abordagem clínica.

O chamado “paciente de difícil acesso” é aqui compreendido como aquele que apresenta dificuldades na comunicação, vinculação e cooperação com o analista. Ele busca ajuda, cuidados, mas ao mesmo tempo, parece não aceitar e recusa de certa forma, a ajuda solicitada.

Beth Joseph se interessou especialmente pelos pacientes considerados difíceis e resistentes à análise. Em sua clínica, não se detinha apenas às comunicações verbais do paciente, explorava o conceito de contratransferência, levando sempre em conta o estado mental do analista durante as sessões. Acreditava que as interpretações possíveis de provocar mudanças psíquicas eram aquelas baseadas na transferência e na contratransferência. Em outras palavras, explorava a relação analista-paciente e o modo pela qual era vivenciada por cada uma das partes.

Ela considerava a experiência emocional como primordial na relação transferencial/contratransferencial, com potencial de produzir modificações psíquicas. No entanto, em seu artigo “Relações de objeto na prática clínica” (Joseph, 1988), dizia que estas modificações não eram absolutas, mas atenuavam o funcionamento psíquico anterior.

Figueredo (2008), no texto “A clínica borderline”, descreveu o manejo dos casos-limite como uma clínica psicanalítica limítrofe, na qual o analista se vê colocado, ele mesmo, em vários aspectos em uma condição fronteira. Para esse autor, essa é uma clínica complicada, marcada pelas oscilações transferenciais e ataques ao setting, a qual exige uma maior maleabilidade operacional do analista, mas não deixa, por isso, de conservar os aspectos decisivos e fundantes da clínica psicanalítica clássica.

Nesse trabalho, lançarei um olhar sobre as complexas vicissitudes dos processos de transferência e contratransferência que constituem o espaço de encontro entre a subjetividade do analista e a do paciente e as sensações experimentadas pelo analista na contratransferência, tais como sensação de desamparo, angústia, desânimo com o tratamento, raiva, sensações de incompetência pelas dificuldades de evolução do paciente, falhas na comunicação e dificuldades de adesão ao tratamento, que nesse tipo de clínica precisam ser constantemente observadas e compreendidas pelo analista para serem manejadas a favor da continuidade do tratamento.

O PACIENTE DE DIFÍCIL ACESSO

Uma característica do encontro do analista com o paciente dito de difícil acesso é o modo como ele usualmente se apresenta ao terapeuta, quase sempre trazendo um sofrimento crônico e várias dificuldades que comprometem suas relações interpessoais. Alguns já experimentaram problemas que foram difíceis de resolver pela abordagem psiquiátrica, o que leva à rotulação desses pacientes como problemáticos e difíceis.

Outro aspecto aponta para falhas primitivas no estabelecimento e internalização das primeiras relações, o que gera reações de dependência de cuidados e reações de medo e ódio dessa dependência, levando a constantes ataques ao vínculo. Eles exibem comportamentos de apego, negação, atos destrutivos do vínculo e/ou autodestrutivos e problemas em tolerar uma dependência normal.

A relação com o profissional torna-se tão importante para os pacientes difíceis

que o manejo do tratamento se transforma no principal campo de ação do terapeuta, bem como a compreensão do que ele, terapeuta, experimenta via contratransferência.

O ENCONTRO ANALÍTICO COM LUÍSA - TRANSFERÊNCIA, CONTRATRANSFERÊNCIA E MANEJO CLÍNICO

Luísa me procurou trazendo como queixa sua ansiedade que, segundo ela, estava muito acentuada e intensificando sua colite ulcerativa. Relatou que, embora estivesse usando as medicações prescritas pelo gastroenterologista, estava difícil controlar a crise dessa vez. O primeiro episódio de colite foi durante a residência, há 18 anos, por ansiedade e extrema pressão. Na época, ela foi atendida no ambulatório de psiquiatria do hospital onde fazia residência e fez uso de ansiolítico e de ritalina. Usou essa última medicação por mais de 15 anos.

Quando me procurou, ela tinha um filho de três anos e uma menina de seis meses. Dizia-se exausta, porque a menina não dormia à noite. Ressaltou que na gravidez, nascimento e primeiro ano do filho tudo foi tranquilo. Ele também não dormia, mas ela não se sentia sobrecarregada. Com a chegada da filha, tudo mudou.

Ela se queixava muito do marido que não a compreendia e reclamava também de sua mãe que, segundo ela, era muito invasiva, não tinha limites, intrometia-se em todos os assuntos de sua vida. Elas não se entendiam, brigavam constantemente e ela dizia que isso poderia vir do fato de elas serem parecidas.

Logo nos primeiros encontros, Luísa me apresentou seu modo de ser: ansiosa, irritada, briguenta, controladora. Porém havia certo receio de ser rejeitada, porque dava muita ênfase à indicação, como se me dissesse: me aceite porque foi o Dr. F que me encaminhou. Quis logo fixar os dias das sessões, chegando até a puxar a agenda das minhas mãos para ver os horários fixos para ela.

Ela sabia que precisaria de alguém tolerante e disponível para um encontro difícil. Anunciava que o contato com ela não seria fácil. E eu sentia que teríamos um árduo trabalho pela frente.

Luísa tinha intensos conflitos com seus familiares, mas vivia em estreita dependência com eles. Talvez em função dos ataques dirigidos à família, não reconhecia o ambiente familiar como um espaço amoroso e acolhedor.

A projeção no outro dos aspectos desvalorizados de si era um mecanismo muito utilizado por ela. Mas o resultado disso era um medo constante de esvaziamento e abandono e a utilização de defesas maníacas que a deixavam em estado de euforia e ansiedade. Era frequente, em seus relatos, ela tentar mostrar ao outro (mãe, esposo, terapeuta) que fazia tudo de forma perfeita, que era importante, indispensável, para lidar com a ameaça constante em sua mente de que seria abandonada.

Luísa sempre trazia um extenso relato de seus conflitos para as sessões. Não era fácil acompanhá-la. Falava muito, de forma ininterrupta, como se precisasse se esvaziar de algo indigesto que poderia complicar sua colite. Dizia estar comigo porque precisava pôr para fora tudo aquilo, já que não ninguém em casa a escutava. Eu pouco falava, não havia espaço para escuta e reflexão. A via evacuativa era utilizada para aliviar as angústias geradas pelo contato com o outro, aquilo não podia se sustentar, ficar retido na sua mente e ela usava o setting para isso, parecia se aliviar e na sessão seguinte já trazia outras queixas geralmente sobre o marido e sua mãe.

Era frequente ela rejeitar e se defender das minhas interpretações. Então eu procurava escutar e modular minha fala para que Luísa pudesse tolerar minha aproximação e, conseqüentemente, nosso vínculo.

Quando reclamava, seu semblante mudava, refletia impaciência e raiva e eu buscava me manter calma. Falava sem pausas, emendava assuntos e, várias vezes, concluía que estava melhor, que o marido e a mãe que precisavam de terapia, chegando até a pedir que eu conversasse com eles.

Eu procurava segui-la em seus movimentos, acolhendo a forma como ela podia se relacionar comigo. Compreendia que o que vinha do outro, seja mãe, esposo, pai ou eu mesma, era considerado invasivo, sentido como excessivos, ultrapassava

os limites do seu Eu, lhe adoeciam o corpo, ela se fechava e erguia mecanismos de controle ou buscava evacuar, via identificação projetiva, nas sessões comigo. Ela quase nada trazia do seu passado e infância e havia uma dificuldade em rememorar. Quando quis lembrar-se de fatos de sua infância, precisou perguntar à sua mãe. Ela não refletia, não aprofundava suas questões. Não fazia perguntas sobre si mesma, tinha razões e as explicava para mim. Aparentemente havia uma cisão psíquica e medo de romper seu equilíbrio psíquico (Joseph, 1989). Embora esse equilíbrio lhe custasse um crescente estado de ansiedade, sofrimento e sintomas somáticos, parecia que a possibilidade de pensar e mudar era muito ameaçadora.

Outro mecanismo de evitação frequente era o ataque ao setting. Muitas vezes, ela desmarcava sessões e, sempre que eu pontuava essas faltas, rejeitava com justificativas e argumentos. Quando se sentia melhor, queria reduzir as sessões, alegando falta de tempo e necessidade de cortar despesas. Algumas vezes, eu falava da importância da continuidade da terapia, tentando conscientizá-la por via racional, mas Luísa não parecia escutar.

Ela me trazia urgências, me deixava preocupada com seu estado de saúde (a colite ulcerativa), com a crise constante e crescente em seu casamento, mas quando eu procurava ficar mais disponível, ajudá-la como eu podia nas sessões, ela recuava, parecia não poder se apropriar daquela ajuda, tudo se tornava mais importante que a análise dela, e eu duvidava da minha capacidade de compreendê-la e ajudá-la.

Resolvi não usar mais interpretações que não faziam efeito de aproximação e fortalecimento do vínculo. Compreendia que Luísa tinha dificuldade de pensar que precisava de ajuda e seria difícil alcançá-la com interpretações clássicas. Precisava me concentrar em seu método de comunicação, em seu modo próprio de falar e de reagir às interpretações da analista, como afirmava Betty Joseph (1975). A ênfase deveria ser no manejo da técnica. Passei a refletir mais sobre como eu sentia e reagia à fala áspera, impaciente e arrogante dela, como eu recebia suas frequentes desmarcações, o que me chegava via identificação projetiva, para pensar formas de intervir e manter a análise.

Após o primeiro ano de tratamento, sempre permeado pelas oscilações nos movimentos transferenciais, pequenas aberturas no sistema defensivo de Luísa começam a ser observadas. Ela resolve confiar em mim e revelou que tinha dependência de álcool, fazia uso abusivo da ritalina e que precisaria de ajuda para parar com esses abusos.

Esse período inicia-se no momento no qual Luísa, retorna, após o recesso e viagem para sua cidade natal e relata que admite que precisa de tratamento mais intensivo, que estava bebendo demais, seu casamento estava em crise e que uma tia, que ela admirava muito havia apontado que ela havia perdido o controle com a bebida.

Até esse momento da análise, Luísa pouco falava da sua relação com a bebida. A partir desse momento, revelou fazer uso abusivo do álcool, pois o marido ameaçou que se ela não contasse, ele viria me contar. Disse que quando bebia não conseguia parar até se embriagar, tinha vontade de beber durante a semana e que, embora não percebesse, o marido reclamava que ela ficava agressiva, falava alto demais, não controlava o que falava, o constrangia na frente dos amigos e, no dia seguinte, ficava muito irritada e sem disposição para cuidar das crianças.

No ano anterior, quando ela me falava da sua relação com a bebida sempre apontava que gostava de beber o vinho dela nas sextas, como os amigos de sua cidade faziam e que isso incomodava muito o marido por causa da cultura machista dele. Mas ela não iria ceder ao machismo dele. Era uma mulher que gostava de beber e se ele bebia, por que ela não poderia beber também?

Nessa retomada, quando trabalhávamos em três sessões semanais, também contou, muito constrangida, que quando morou nos EUA, no período do doutorado do marido, frequentou um grupo de alcoólicos anônimos, pois sua dificuldade se intensificou, e que os avós paternos e maternos eram alcoólatras, que sua mãe havia sofrido demais com o alcoolismo do pai dela e que, em sua família, tinham outros casos de alcoolismo. Senti um impacto ao receber essas revelações, fiquei preocupada ao pensar que ela tivesse escondido por mais de um ano uma parte tão difícil e dolorosa de sua vida.

Ela, ao perceber minha preocupação, disse que só estava dividindo isso comigo agora, porque além do alerta da tia e da ameaça do marido, viu que poderia confiar em mim, pois eu era diferente, segundo os critérios dela, dava para confiar. Confessou sentir-se constrangida ao fazer tal revelação porque éramos profissionais autônomas e sabíamos que isso poderia nos comprometer, e repetiu que sabia que poderia confiar em mim.

Falei que embora tenha ficado surpreendida por não saber antes, compreendia que era difícil para ela e tentaria ajudá-la.

INICIA-SE O TEMPO DAS PERGUNTAS

Considerarei que inauguramos um tempo de abertura, o tempo das perguntas, quando ela poderia começar a refletir comigo sobre as causas de seu sofrimento sem tanto temor de desmoronamento. Eram momentos ainda fugazes dentro das sessões, pois até então predominava o relato acusativo e projetivo de Luísa. Ela começava a fazer pequenas mudanças em seu sistema defensivo, movimentos sutis (SHIFTS, Mudança psíquica e processo psicanalítico, 1986) na forma como se relacionava comigo nas sessões e se posicionava em seu discurso. Em algumas sessões, a cisão diminuía, ela entrava em contato com suas dificuldades e me convocava a pensar com ela sobre o porquê dos seus abusos na bebida.

SESSÃO - "POR QUE TU TENS QUE ABUSAR, LUÍSA? POR QUÊ? ME PERGUNTO E NÃO SEI..."

P: Hoje eu estava pensando enquanto dirigia... Eu estou com tudo fora do lugar em casa por causa da reforma, não dá para dormir no quarto, estamos afastados, eu e o Márcio, eu durmo no quarto com as crianças e ele dorme no quarto de brinquedos... Será que a gente se afastou por isso? As crianças dormem juntas e eu estou dormindo com elas (...)

Digo que é ruim para ela se sentir tão afastada do Márcio.

P: Então Silvana, faz dezenove dias que eu parei de beber, nesse final de semana

fui para o Beach Park, para o aniversário do meu cunhado e eles começaram a beber no sábado, Márcio parou de beber umas dezenove horas no sábado e chegou uma hora que meu cunhado falou: tu não estás mais bebendo? Logo que eu cheguei eu falei para minha cunhada: Olha, eu vou ter uns campeonatos e decidi que não vou mais beber, porque não é bom eu beber e treinar. E tem outra coisa: mudaram meus remédios para colite e a gente combinou que eu iria parar uns tempos. (...). Vamos ver se vai dar certo, porque ela estranhou porque também vai fazer dezessete anos que ela me conhece bebendo. (...). Eu estou decidida mesmo. Na viagem eu não vou beber mesmo primeiro, porque é uma viagem muito bonita, muita coisa para ver e segundo, porque acho que a pior parte já passou. (...) O pior seria esse aniversário, porque é bem característico que a gente faz churrasco, todo mundo bebe...

Pergunto como ela se sentiu durante o churrasco.

P: Bem, não foi assim tão fácil... Na hora do churrasco eu precisei dar uma saída. Eu fui fazer outra coisa, fui dar banho nas crianças e realmente naquela hora eu precisei ficar longe. Meu cunhado me perguntou e eu disse que não beberia, que estava bem focada, que iria correr na praia, fazer outras coisas. E daí me dei conta que fiz muito isso na minha vida. Começaram a vir as coisas, Silvana. Lembro quando fui jogar o campeonato brasileiro, foi em março, eu passei janeiro e fevereiro na praia, eu não bebi e corria de manhã, à tarde e à noite. O técnico falou que a gente não podia perder a forma. Eu tinha vinte e quatro anos, não era nenhuma menininha, ia jogar o meu último campeonato brasileiro, porque depois iria me formar e não bebi(...). À tarde fui à academia, não fiz nada Silvana. Realmente corri um pouco, não fiz nada.

A: Luísa, você lembrou que já consegui não beber quando se propôs e você veio hoje me contar isso: Que resistiu ao churrasco, que está decidida, mas que não é fácil... Você veio me falar das suas capacidades, de que tem recursos para enfrentar essa parada, porque sabe que não será fácil. (Nessa fala, busco fazer um reconhecimento do propósito difícil dela e um reforço de suas capacidades egoicas).

Ela então começou a me falar das vezes que parou de beber, porque precisava jogar um campeonato ou porque precisou emagrecer para concorrer para rainha do colégio. E continuou a falar das vezes que conseguiu parar de beber.

Sua fala era, como sempre, muito apressada, agitada, impaciente e ela sentava-se na ponta do divã, nunca se recostava ou relaxava. Mal parava para respirar. Nessa sessão, além da agitação habitual, havia uma euforia misturada ao temor de fraquejar que denotava o quanto estava sendo difícil para ela o propósito de parar a bebida.

P: O que eu vejo desses doze dias é que eu sinto muito mais falta da ritalina do que do álcool, muito mais. Porque a ritalina me deixava confiante, concentrada, mas a ritalina me levava ao álcool. Antes eu não queria beber durante a semana e agora eu estava querendo, porque ela me deixa muito irritada no final do dia, muito ansiosa. Daí o álcool era para tirar essa ansiedade... Mas, eu sinto falta e o meu medo é voltar à ritalina, porque é uma droga lícita, porque está sendo muito usada, porque poucas pessoas têm essa consciência. Os médicos nem sabem que ela pode causar essa dependência. Por exemplo, eu sinto falta de concentração numa cirurgia, eu sinto falta dela numa aula. Ainda não tive coragem de dar uma aula teórica de quatro horas... E eu queria saber por que eu não consigo usar a ritalina só para esses casos. Por que tu tens que abusar Luísa? Por quê? Me pergunto e não sei.

A: Você me diz aqui que persegue a performance máxima, a concentração máxima. E a ritalina entrou para lhe garantir essa potência, o êxito máximo.

Luísa tentava me explicar que estava muito ansiosa e insegura a ponto de desmoronar, porque a ritalina que lhe dava a ilusória potência máxima estava lhe fazendo falta. Havia uma falha narcísica que precisava ser vista. A ritalina e o álcool tinham funcionado como um seio inesgotável, de onde ela se nutria ilusoriamente de uma sensação de integração e força psíquica.

P: Sou dispersa mesmo, é muita coisa para dar conta, tenho medo de esquecer, sabe? (...). Da bebida até sinto menos, mas tenho medo de operar sem ritalina.

A: Você está me pedindo ajuda, dizendo que é disso que a gente precisa cuidar.

Penso que Luísa, nesse momento, também estava tentando negar sua dependência ao álcool. Para ela era menos doloroso admitir uma dependência à ritalina que ao álcool pelos significados devastadores que a dependência ao álcool tinha em sua família.

P: Precisarei sim para conseguir ficar sem a ritalina, Silvana. Mas sou determinada. Não vou mais usar, porque não quero mais. Isso eu sei, porque já tentei tirar antes. Do álcool não sei se preciso (...).

A: Luísa, você me diz que precisa aceitar minha ajuda, precisa conseguir ficar na terapia, mas todas as vezes que melhorou um pouco, diminuiu as sessões, deixou de vir.

P: Eu sei, Silvana. Mas deixa eu te explicar. Não é só essa sensação de 100% de concentração da ritalina que sinto falta, porque a ritalina dá uma sensação boa... Poucas pessoas sabem disso. Mas eu tomo isso há dezessete anos e sei o que causa em mim. Dá aquele “uhum” de qualquer droga, depois dá a irritabilidade e depois dá a depressão.

A: Sim. Dá o prazer de se sentir potente, de não precisar de ninguém.

P: Causa dependência sim. Não é a dependência química que causa a síndrome da abstinência, mas é a dependência de você querer usar, porque lhe causa prazer (...). Eu também comecei usando pouco, depois passei para 4, 6 e já cheguei a usar até 12. Isso tudo depois de ter meus filhos. Era muito bom quando eu chegava em casa e podia ver TV, descansar. Mas agora chego e tenho que dar banho, dar jantar, fazer o dever, colocar para dormir. O abuso veio a partir dos meus filhos, não estou culpando eles, estou culpando a situação, dessa dificuldade de encontrar outra babá.

Nesse momento, quando Luísa dá-se conta de que culpa seus filhos por seu sofrimento atual, imediatamente ela sente-se perseguida por seus próprios pensamentos e faz uma negação desse sentimento, mas não se dá conta disso. Não pontuei essa negação por entender que isso só iria aumentar os mecanismos defensivos de Luísa, afastando-a ainda mais de uma compreensão integrada de seus sentimentos e dificuldades.

P: Eu passei o final de semana sem beber, consegui, senti falta naquela hora que eles estavam bebendo, mas usei a estratégia de comer antes, comer muita carne, dormi muito e passou. (...) Mas, e na Semana Santa, Silvana, com a ritalina? Por isso preciso vir muito aqui agora.

A: Você me pede para ser alimentada com coisas boas para conseguir deixar a ritalina, Luísa.

P: Já estou com a sertralina, o revia, os dois remédios para colite, já está me dando dor no estômago. Daí liguei para o médico: Poxa Doutor eu parei de beber, parei a ritalina, estou tomando o zoloft, fazendo tratamento psicológico e a minha colite piora?

Luísa reage à minha interpretação de que precisa ser alimentada por coisas boas ali comigo e diz que já está sendo alimentada e não melhora. Conscientemente só percebo isso na transcrição da sessão, mas, durante a sessão, minha fala seguinte foi me justificar, explicando quantas turbulências viveu no semestre anterior, pontuando que só agora ela vai intensificar o tratamento, agora seria alimentada com a relação analítica. Penso que na contratransferência, me senti em falta com ela. Eu não estava dando os 100% que ela dizia obter com o uso da ritalina.

A: Luísa, em quatro meses você compra apartamento, muda, vive uma crise conjugal há tempo anunciada, disputa um campeonato durante o qual você tem uma crise de ansiedade, toma muita ritalina até o ponto de entrar em colapso. Agora você decidiu parar, falar, pensar sobre suas dificuldades, levar a sério seu tratamento, mas estamos no início. Isso leva tempo.

P: Acho que estourou tudo isso Silvana.

A: Sim, estourou. E agora você decidiu mudar o rumo da sua vida.

P: Sim. E não é fácil. Preciso da sua ajuda Silvana. Você topa viver isso comigo?

A: Luísa, já topei faz tempo. Faltava você topar.

P: Vou aceitar meus limites Silvana. Desmarquei as cirurgias. Depois vou pegar só os casos leves e repassarei os difíceis para ele. Vou aceitar meus limites. Na gravidez funcionou. Eu atendia só os casos leves, porque não tomava ritalina e fiz barrigas muito grandes. Ele pegava quase tudo. Ele me protegia muito Silvana... Eu pegava os casos fáceis. Os casos difíceis de precisão cirúrgica ele pegava. E agora combinei com ele que por enquanto os casos difíceis passarei para ele.

Assim transcorriam as sessões. Ela se aproximava, pedia ajuda, recuava, acusava. Era frequente eu sentir dúvidas sobre qual o momento de interpretar, que palavras iriam ampliar sua capacidade de pensar e de suportar o tratamento. Preocupava-me, também, com o estado de saúde dela e com a problemática da adicção ao álcool.

Ao buscar compreender as afecções psicossomáticas de Luísa e a problemática da adicção, recorri à tese de Mcdougall (1996), onde a autora afirma que “nos estados psicossomáticos é o corpo que se comporta de maneira ‘delirante’; ele ‘hiperfunciona’ ou inibe funções somáticas normais e o faz de modo insensato no plano fisiológico. O corpo enlouquece”.

Para Mcdougall, a adicção também faz parte desse conjunto de afecções, sendo considerada como uma tentativa “psicossomática” de suportar a dor mental através do recurso a substâncias externas que tranquilizam o espírito e suprimem provisoriamente o conflito psíquico. O inconveniente desta solução, afirma Mcdougall, é que ela precisa ser repetida indefinidamente.

Essa clínica pede do analista um cuidado constante com sua presença frente ao analisando, uma maior capacidade de escuta, continência, abertura e atenção maior aos movimentos contratransferenciais.

Na clínica psicanalítica contemporânea, como definir o uso da contratransferência? Seria algo que brotaria do inconsciente do analista e que deveria ser revelado ao paciente? Algo que pode ser pensado como a função de reverie da mãe, de acordo com Bion? Uma atividade do pensamento do analista? Uma construção psíquica resultante do encontro do analista com o paciente?

André Green, em “O trabalho do negativo”, (1993), refere-se ao uso que Freud fez da contratransferência no texto “Construções em Psicanálise” (1938 /1990):

A resposta à transferência do analisando, já nesse momento, não se limitava a uma simples interpretação desta, passava a impor uma atividade de pensamento no analista: uma construção (Freud, 1938). A contratransferência deixava de ter uma função inibidora, ao contrário se tornava estimulante. Tudo isso muito antes de Paula Heimann expressar suas ideias sobre a contratransferência, em 1950 [...]. Cada um dos elementos extraídos da escuta do analista será um pensamento... (GREEN, 1993, p.172).

Nos textos “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912/1990) e “Sobre o início do tratamento” (1913/1990), Freud ressalta que o que garante efetivamente a situação analítica, mais do que os dispositivos proporcionados pelo setting, é a posição simbólica assumida pelo analista no percurso de uma análise. Para ele, o conjunto de derivações dessa posição interna do analista é que dá consistência ao tratamento.

No V Congresso Psicanalítico Internacional (1918/1990), Freud recomenda uma mudança de atitude do analista nos casos em que a análise da transferência não se apresenta como recurso suficiente para vencer as resistências e desenterrar o processo, e afirma que ao analista cabe adotar uma postura mais ativa. Ele transfere a incumbência de prolongar a duração do tratamento e de encontrar técnicas capazes de atestar o sucesso do método analítico para seus discípulos. E foi Ferenczi quem mais se destacou nessa tarefa.

O percurso clínico de Ferenczi foi pautado no desafio de acolher o sofrimento desses pacientes chamados difíceis (1926/1987). Ele conclui que as dificuldades enfrentadas nesses processos eram decorrentes da insensibilidade dos analistas,

que não queriam se deixar afetar pelo encontro analítico, e se pronuncia por introduzir a faculdade de “sentir com” e pelo projeto de “soltar a língua” (1927/1987).

O manejo técnico deveria dosar bem a empatia e a capacidade de “sentir com”, e também frisou a importância da análise pessoal do analista, que o capacitaria para avaliar a situação analítica. Destaca a importância das supervisões nesses casos, como o espaço para o analista dar-se conta e pensar sobre seus sentimentos contratransferenciais, sua postura e interpretações.

O trabalho conceitual de Wilfred Bion e posteriormente o de Beth Joseph levaram a uma maior compreensão do impacto projetivo do paciente nas respostas contratransferenciais do analista e, assim, aumentaram a capacidade do analista e a recomendação era de que o analista trabalhasse com as comunicações e encenações do paciente, com maior ênfase numa compreensão mais de dentro para fora da transferência.

A ênfase ao que acontece entre o analista e o paciente, ao que está se passando na mente dos dois faz com que a pessoa do analista se torne presença inevitável, pois há uma comunicação inconsciente acontecendo na sessão (Saad, 2007).

Nesse sentido, pode-se dizer que: “a pessoa real do analista está no centro da psicanálise contemporânea e refere-se à influência que as suas características pessoais têm sobre o processo da análise. O analista é ‘revelado’ no processo, nos seus silêncios e nas suas falas, como o é na escrita e nos relatos clínicos que faz. E o é até mais do que desejaria” (Saad, 2007, p. 3).

Apresento aqui outra vinheta de sessão, em que utilizo o que vivencio com ela nas sessões como interpretação, buscando conectá-la, comigo e através de mim, ligá-la à sua história, seus medos e mecanismos defensivos.

Nessa sessão, ela continuava a reclamar da mãe e do marido, projetando neles suas dificuldades para se vincular.

Num momento de abertura no discurso dela, pontuo o seu movimento comigo

nas sessões e explicito também reflexões minhas, resultantes de nossas vivências nas sessões. Percebo, após as pontuações, que esse tipo de interpretação alcançou Luísa, levando-a a diminuir sua fala apressada e defensiva e olhar para si mesma, adotando um tom reflexivo ao entrar em contato com suas dores existenciais:

A: Sabe, Luísa, às vezes a gente teme se ligar muito a alguém por receio de sofrer, de sentir falta. Então quer controlar a ligação, não se aproxima tanto. Nesses dois anos aqui com você, vi você se aproximar um pouco de mim, da terapia e de repente recuar, reduzir as sessões. Você vem, pede ajuda, mas depois fala que já está bem, que o dinheiro está pouco.

Nessa hora, Luísa se assusta, e começa a falar, de forma menos acelerada e num tom mais baixo:

P: É, talvez eu tenha medo disso, sabe? Tenho medo, também, de ser disciplinadora como minha mãe foi e da L. (filha dela) depois também não me querer mais, como eu não quis minha mãe.

A: Luísa, você tem medo de se aproximar de mim e eu ficar tão disciplinadora como sua mãe.

P: Não, Silvana! Minha mãe não para de falar, de querer controlar tudo. Ninguém aguenta isso nela.

A: Luísa, enquanto você fala, fico pensando no que sua mãe pode ter lhe causado, que desencontro houve entre vocês que a deixou tão magoada, temerosa.

P: Primeiro, Silvana, é que minha mãe...

Nesse momento e pela primeira vez, Luísa se perde em seu próprio discurso. Faltam-lhe as palavras. E ela não acha nada para emendar. Repete então:

P: É que minha mãe, minha mãe... Acho que ela tem síndrome do pânico. Ela tem medo de tudo, Silvana. Na viagem, ela empacotou os meninos todinhos, dos pés

à cabeça dizendo que estava frio demais, mas não estava. Daí a Lara chorava, porque sentia calor... Mas ela nem via isso. É ela e os medos dela, Silvana!

Nessa sessão, Luísa me apresentou sua criança e o medo de eu não conseguir vê-la, de empacotá-la em meus próprios medos.

Outro momento crucial na direção do tratamento ocorreu após Luísa ter realizado uma cirurgia no joelho, encontrando-se em estado de intensa desorganização mental e desamparo. Ela começa a chorar durante a sessão, eu fico comovida com o que ela está vivenciando e meu ato interpretativo foi me colocar disponível para ajudá-la, no aqui e agora da sessão.

Primeiramente falo que ela estava sentindo-se sozinha e sobrecarregada, ela me interrompe e continua sua fala, parecendo não ter escutado:

P: Ele não me poupou de nada. Eu explodi. Daí a gente brigou, eu fui para a casa do meu pai, bebi lá e só voltei para casa umas 16h e ele dormiu. Acumulou tudo... Eu já estava com dor, tomando 40 mg de corticoide, cheguei no almoço e falei com o S. (cunhado do Márcio) e ele disse que C. (irmã de Márcio) já havia passado por isso. Mas o Márcio vem é me dar carão: Luísa, você fica chorando na frente dos outros e S. vem me dar lição de moral. Eu respondo logo: Márcio, todo mundo está vendo que você não está me ajudando! Ele acha que está me ajudando. Será que sou eu? Não dá. Tenho que botar na minha cabeça que não posso contar com ele.

Aproveito um instante que Luísa para e pergunto:

A: Como posso ajudá-la, Luísa?

Ela parece se assustar, me olha com feição brava, mas suaviza a voz e diz que sabe que tento ajudar, mas o que ela não pode é precisar do Márcio, pois, para seu casamento continuar, tem que não precisar dele.

Embora ela reaja e diga que não pode precisar, penso que, no campo transferencial,

se instala uma maior aproximação e redução das defesas.

Essa atenção à realidade de nossa interação, a descrição sutil e cuidadosa do que eu sentia e pensava na relação com ela (como ela me bloqueava quando eu tentava me aproximar, como ela me deixava desanimada quando dizia que não poderia precisar, como ela me deixava irritada quando falava de forma ininterrupta negando e/ou distorcendo o que eu tentava lhe oferecer nas sessões) e minha disponibilidade para ser continente das projeções dela, a meu ver, propiciaram pequenos movimentos de mudança na estrutura narcísica e defensiva de Luísa, fortalecendo o nosso vínculo terapêutico.

Eu percebia que interpretações explicativas não surtiavam efeito, não se sustentavam na mente dela. Por várias vezes, fiz interpretações corretas do conteúdo verbal trazido por ela, mas essas não foram eficazes para promover movimentação psíquica.

Outro momento crucial no manejo clínico para a continuidade do tratamento ocorreu no final do ano, quando Luísa comunicou que seu pai teria que fazer uma cirurgia, porque descobriu um problema cardíaco que precisava ser corrigido. Experimentamos novamente um clima de muita tensão e medo. Luísa acompanhou o pai nas consultas, providenciou tudo e voltou a brigar com a mãe, porque ela não sabia administrar as medicações do pai dela. A cirurgia do pai foi marcada para final de novembro, mas foi adiada.

Em dezembro, esperei-a para a sessão de segunda-feira, ela faltou e, quando minha atendente cobrou a sessão, ela explodiu em fúria. Disse para minha atendente que como era uma segunda-feira, não tinha como avisar que conseguiu um encaixe para uma consulta do pai dela com outro médico no horário da sessão, porque esse só disponibilizou aquele horário (Luísa tinha o número do meu telefone pessoal). Sentiu-se incompreendida, falou de forma muito grosseira que assustou minha atendente e disse que assim não daria mais para vir, que estava cancelando até resolver o problema do pai dela. Não quis falar comigo. Disse que depois me explicaria.

O impacto dessa comunicação de Luísa mobilizou em mim raiva e desânimo. Lá

vinha outra interrupção. Precisei me acalmar na supervisão e pensar em como manejar esse movimento dela de explosão e interrupção. Decidi, juntamente com a supervisora, ligar para ela. Perguntei como estava o seu pai, ela explicou o que houve, eu escutei, ela comunicou a nova data da cirurgia e afirmei que a esperaria voltar para a análise. Ela agradeceu e prometeu retornar.

Quando o pai fez a cirurgia, enviou-me uma mensagem dizendo que tudo transcorreu bem e que ela antecipou a ida para sua cidade natal. Ao retornar para as sessões, enfatizou o quanto foi importante para ela aquela ligação que eu fiz, que ela precisou voltar para me dizer isso.

Mergulhar na análise de pacientes com patologias mais difíceis, como estados limítrofes (crianças com retraimento autístico ou psicótico, dependentes químicos, pacientes limítrofes e distúrbios narcisistas de personalidade), requer que tenhamos disponibilidade para encarar, dentro de nós mesmos, emoções mais violentas, estados de espíritos por vezes confusos, e atravessar tempestades contratransferenciais inconscientes.

A introjeção prolongada do material do paciente muitas vezes sobrecarrega o analista, gerando sentimento de incapacidade, impotência e reativando seus pontos não resolvidos.

Continuamos, Luísa e eu, nessa travessia. São frequentes os movimentos de recuo e ataques ao setting, no entanto sinto-me mais segura quanto à continuidade do tratamento e o manejo clínico do que vivenciamos via transferência. No primeiro semestre de 2018, ela decidiu ir à terapia de casal com o esposo. Foram a algumas sessões, mas decidiram não prosseguir, “por enquanto”. Disse-lhe que, “por enquanto”, foram os passos que eles puderam dar, até que se constitua outro tempo menos turbulento.

Em Junho de ano seguinte, Luísa interrompeu novamente a análise alegando que precisaria cuidar do filho que se internou devido a uma pneumonia. Retornou somente em outubro, afirmando que dessa vez permanecerá e aceitará o enquadre porque precisa. Ressaltou que só voltou porque algumas coisas que falei ficaram em sua mente, embora o psiquiatra tenha recomendado outra abordagem.

Em Janeiro, começou a frequentar um grupo de AA. Comunica que não conseguiu tirar a ritalina ainda, mas sua mãe está cuidando disso, controla seu uso, lhe entregando dois ou quatro comprimidos por dia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Examinar o uso do enlace transferência-contratransferência na clínica psicanalítica contemporânea, a partir de recortes do atendimento de uma paciente considerada de difícil acesso, foi meu objetivo nesse trabalho.

Tomar consciência e fazer uso da sua contratransferência é uma tarefa muito complexa, pois estão em jogo identificações tanto do paciente, quanto do terapeuta, incluindo aqui a história e a personalidade real desse último. Por este motivo, o foco atual deverá ser naquilo que a dupla produz entre si e não no que cada um produz separadamente. A direção de tratamento da Psicanálise Kleiniana Contemporânea recomenda que o analista procure escutar além das palavras, escutando dentro de si mesmo, buscando, em seu psiquismo, elementos para compreender as comunicações do paciente no aqui e agora da sessão analítica.

A turbulência emocional disposta ali faz com que surjam sentimentos de amor e ódio para com o paciente. Em momentos em que a angústia toma conta do analista, é necessário que ele permaneça sendo continente para com o material que o paciente traz, abrindo caminho para a compreensão do mesmo.

À medida que os sentimentos difíceis vão se acomodando dentro do terapeuta, ele abre espaço para visualizar outras formas de intervenções, que não são aquelas que o paciente inconscientemente incute nele.

Ele vai se disponibilizar, com seu consciente e inconsciente, para introjetar as comunicações verbais e não-verbais do paciente, elaborá-las, tentar compreender o paciente dentro de si, oferecendo-se como veículo para construção de sentido. Caberá ao analista estar ligado ao outro (paciente) e poder suportar ser tocado pela transferência, pela raiva, pela irritação, pela indiferença, pela repetição e, até mesmo, pelo amor.

Traduzir a prática clínica em palavras é muitas vezes complicado e não conseguimos transpor para a escrita o que realmente se passa nesse espaço. As palavras tentam descrever algo que está na dimensão do comunicável e aquilo que se dá na vivência clínica ultrapassa o que se tenta objetivar na escrita.

Talvez para descrever o que sentimos e compartilharmos no enlace clínico, teríamos que utilizar outra linguagem. Uma metalinguagem? Uma linguagem que descrevesse a experiência estética que é o encontro de duas subjetividades na cena analítica. Será arte?

A vida é a arte do encontro,
embora haja tanto desencontro pela vida.
Vinicius de Moraes.

REFERÊNCIAS

- Antonelli, E. (2006). O amor e o ódio na contratransferência. II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. São Paulo. Anais 2006 – Trabalhos completos. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.27.3.4.htm>.
- Azevedo, A. M. A. (2015). Transferência, vínculo e alteridade: uma aproximação teórico-clínica. In: Candi, T. S. (org.). Diálogos psicanalíticos contemporâneos: o representável e o irrepresentável em André Green e Thomas H. Ogden. São Paulo: Escuta.
- Bernardi, B. L. (2002). Contratransferência: uma perspectiva a partir da América Latina. In: Livro Anual de Psicanálise, XVI, 215-234.
- Etchegoyen, R. H. (1987). Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ferenczi, S. Contraindicações da técnica ativa (1926/1987). São Paulo: Escuta.
- Ferenczi, S. Elasticidade da técnica psicanalítica (1927/1987). São Paulo: Escuta.
- Ferenczi, S. (1921/1987). Escritos sobre técnica. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1912/1990). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XII.

- Freud, S. (1914/1990). Recordar, repetir e elaborar. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XII.
- Freud, S. (1913/1990). Sobre o início do tratamento. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Imago, v. XII.
- Green, A. (1993/2010). O trabalho do negativo. São Paulo: Artmed.
- Joseph, B. (1975/1992). O paciente de difícil acesso. In: Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph/ organizado por Michel Feldman e Elizabeth Bott Spillus. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1992
- Joseph, B. (1986/1992). Mudança psíquica e processo psicanalítico. In: Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph/ organizado por Michel Feldman e Elizabeth Bott Spillus. Rio de Janeiro: Imago.
- Joseph, B. (1988/1992). Relação de objeto na prática clínica. In: Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph/ organizado por Michel Feldman e Elizabeth Bott Spillus. Rio de Janeiro: Imago.
- McDougall, J. (1996). Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise. São Paulo : Martins Fontes.
- Racker, H. (1968). Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- Saad, A. A. C. (2007). O impasse no contexto da psicanálise contemporânea. XXI Congresso Brasileiro de Psicanálise. Disponível em: <http://www.spbsb.org.br/forum2/textos/impasse.doc>.
- Winnicott, D. W. (1983). O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1993). Textos selecionados da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.