

A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO ANALÍTICO

| MARIA HAYDÉE AUGUSTO BRITO ¹

RESUMO

Nesse trabalho são feitos comentários sobre o relato de uma psicanálise apresentado em sessão de discussão clínica. A autora procura compreender como se dá esse processo analítico em sua singularidade, acompanhando os movimentos que ocorrem entre as integrantes da dupla analítica. Constata a evidente dimensão do esforço feito tanto pela analisanda como pela analista, no qual, a primeira tem em vista encontrar caminhos para a transformação do seu modo precário de vida e a segunda, lançando mão de forma especial da contratransferência e se mantendo atenta ao próprio estado psíquico e às suas reações, desenvolve um árduo trabalho com o intuito de tornar profícua a experiência psicanalítica.

Palavras-chave: Paciente de difícil acesso. Experiência psicanalítica. Trabalho do analista.

ABSTRACT

In this paper comments are made on a psychoanalytic case report presented during a session of a clinical discussion. The author seeks to understand how this psychoanalytic process unfolds in its singularity by following the movements that take place between the members of the analytic dyad. She verifies the evident amount of effort made by both the patient and the analyst: the former aims to find ways for the transformation of her precarious way of life, and the latter, using her countertransference in a special way and being attentive to her own inner state and reactions, develops an arduous work with the goal of making the psychoanalytic experience prolific.

Keywords: Patient who is difficult to reach. Psychoanalytic experience. The work of a psychoanalyst.

¹ Médica. Psicanalista. Membro efetivo e analista didata da Sociedade Psicanalítica de Fortaleza – SPFOR. Membro da International Psychoanalytical Association – IPA.

Estou contente com essa nova chance de constatar que psicanálise não é uma atividade que se faça de forma solitária. Apesar de estarmos a sós com o paciente na sala de análise, nossas mentes estão em contato contínuo com a dos psicanalistas que nos antecederam, criando e construindo a psicanálise, com o pensamento daqueles que nos formaram e com o dos que dialogam conosco em rede, como bem mostram as articulações teóricas realizadas nesse trabalho de Silvana Barros, a quem agradeço a oportunidade.

O exercício da psicanálise exige a filiação a uma comunidade psicanalítica, pois a formação do analista é perene e se nutre do diálogo que se dá entre pares, entre analistas mais experientes e menos experientes nas instituições psicanalíticas. O analista aprende com cada discussão clínica ou reflexão teórica de que participa e, por isso, quanto mais diversificado for o pensamento dos integrantes dessa comunidade, mais vivos serão os processos psicanalíticos conduzidos nos consultórios.

O trabalho da Silvana expõe a descrição teórico-clínica de uma análise feita por ela que apresenta tanto a dimensão intelectual como a dinâmica emocional do processo analítico. Traz uma escrita que nos introduz na intimidade da relação analista-analisanda e evidencia não somente o modo de funcionar da analisanda, mas também o da analista, reiterando uma das ideias centrais da psicanálise contemporânea de que a pessoa real do analista influencia o processo da análise.

Trata-se da análise de uma mulher adulta, Luísa, com intenso sofrimento psíquico, o qual transborda para sua vida, gerando vários transtornos, tais como sintomas orgânicos e grande insatisfação nas relações familiares. Sua relação com a analista revela dificuldades de comunicação, vinculação e cooperação com o processo analítico e aponta para sua quase incontornável ambivalência em relação ao tratamento, o qual, ao mesmo tempo, Luísa requer e recusa fortemente.

Encontra, porém, uma analista disponível, que não recua diante do que se anuncia como um encontro difícil, embora tenha a perspectiva do árduo trabalho a ser realizado. A analista tolera as projeções e as evacuações psíquicas de Luísa, percebendo que, no momento inicial da análise, pouco pode fazer além de recebê-las e contê-las. Do que é manifestado por sua paciente, Silvana capta, por meio de uma escuta sensível, um medo constante de esvaziamento e abandono.

Nesse momento, Silvana pontua aspectos do conteúdo das falas da paciente, visando ajudá-la a expandir sua mente e a refletir sobre si mesma. A analista busca encaminhar a construção de um espaço psíquico no qual um pensar de natureza psicanalítica possa ser introduzido. Seu intuito é que Luísa desenvolva a capacidade de ver a si mesma nas situações referidas, deixando de acionar defesas maníacas e de projetar nos outros, inclusive no setting, a inteira responsabilidade pelo que lhe acontece, sem examinar com maior profundidade a própria contribuição nessas questões.

Luísa rejeita tais interpretações, levando a analista a supor que para ela, o que vem do outro (mãe, esposo, pai ou analista) é percebido como ameaçador, invasivo, excessivo, algo maior do que ela pode suportar. A situação lhe faz adoecer o corpo, buscar a ilusão da bebida e fechar-se em si mesma, erguendo mecanismos de controle da realidade e tentando, de toda forma, livrar-se da confusão dos sentimentos e das emoções, por meio de evacuações que, via identificação projetiva, descarrega nas sessões.

Silvana observa que Luísa não se apropria da ajuda oferecida no setting. Percebe que a paciente tem dúvida sobre as possibilidades do processo terapêutico e que parece desvalorizar a análise, uma vez que troca suas sessões por qualquer outro compromisso. A analista avalia que as interpretações que dá não alcançam o efeito esperado de aproximação e fortalecimento do vínculo com a paciente.

Ela passa, então, a considerar a paciente como de difícil acesso e recorre a estratégias teóricas preconizadas para analisandos que requerem esse tipo de abordagem. Abandona as interpretações clássicas e começa a pensar em intervenções baseadas na forma de comunicação da paciente. Assim, fundamentada em Betty Joseph (1975/1992), a analista volta-se para os sentimentos desencadeados em si mesma pelo que acontece no setting.

Várias interrogações emergem do diálogo silencioso que se estabelece entre mim e Silvana durante a leitura de seu trabalho, como por exemplo: O que faz a analista caracterizar Luísa como paciente de difícil acesso?

Para mim, há duas balizas que referenciam a escuta psicanalítica. A primeira é o *par freudiano*, que é como Bollas (2003) nomeia a invenção da sessão

psicanalítica. Para ele, o modo de pensar proveniente do encontro entre paciente e analista contempla muitos aspectos pertinentes a esse encontro, mas dá ênfase na democracia essencial que deve estar presente na situação analítica. A segunda é a disposição sem memória, sem desejo e sem compreensão de Bion. Mas, apesar desses recursos, o presente exercício clínico indica como é difícil pôr em prática a arte de escutar e entender o significado do que emana do inconsciente.

Escutar as associações livres dos pacientes, buscar entender o porquê de seus sintomas, o sentido de seu sofrimento e as razões que determinam seu modo de se relacionar constitui-se como tarefa complexa, a qual, ao ser coroada, como é, pelo objetivo implícito de obter melhoras, torna-se carregada de angústia como observado no trabalho de Silvana quando ela se preocupa com a doença física de sua paciente e com os rumos que a crise de seu casamento está tomando.

Será que Silvana conseguiu se manter em estado de *reverie*, o qual, para Bion (2007), consiste em deixar a mente disponível para escutar o desconhecido, sem a necessidade de encontrar explicações ou de dar interpretações e diagnósticos que, quando ocorrem, impedem o sonhar? Tento me colocar no lugar de Silvana para examinar se poderia suportar a fragmentação e a desorganização dos conteúdos apresentados por Luísa e manter em minha mente o silêncio necessário para poder escutar o inconsciente e entender, no material trazido por ela, o que a leva, por exemplo, a oscilar tanto entre as tentativas de ampliar seu contato com a analista e consigo mesma e os frequentes recuos que restringem esses contatos.

Da posição privilegiada em que me encontro, lendo esse relato, longe do calor das fortes emoções que eclodem durante uma sessão de análise com esse teor, vislumbro que, para mim, poderia sim haver, nessa situação, certa impossibilidade de escutar o inconsciente da analisanda. Talvez eu corresse o risco de cair no que descreve Ogden (2005) quando refere que não se tem acesso ao que não pode ser sonhado, de modo que aquilo não acessado permanece inconsciente, a se manifestar por meio de atuações, como parece ocorrer inicialmente com Luísa.

Dou-me conta de que é a dificuldade de alcançar a paciente por meio da técnica standart que encaminha Silvana a buscar alternativa. E resgato a impressão

de que, apesar da facilidade que tem de escrever, Silvana vai e volta, tentando explicitar o desenvolvimento da análise que faz circunvoluções em torno do que parece ser os mesmos pontos.

A publicação de casos com condução de pacientes graves não é abundante, apesar de o tema ser abordado por vários autores. Talvez essas comunicações sejam, de certo modo, mais raras por ser difícil transmitir o desenvolvimento de tratamentos de pacientes que se afastam do modelo neurótico e requerem uma técnica analítica complexa (Nemirovsky, 2009).

Para o autor, as situações que se mostram como graves não derivam, necessariamente, do atendimento de pacientes psicóticos, borderlines, psicopatas, adictos ou psicossomáticos. O paciente de difícil acesso é aquele que coloca o analista em uma situação difícil, não cotidiana em sua clínica, mas que deve ser diferenciado do paciente a quem não compreendemos ou que cria uma situação complicada ou incômoda.

As circunstâncias convertem-se em um quadro grave ou complexo para o analista quando ele deixa de compreender o que vai se sucedendo no processo. Até em casos de uma análise exitosa, se o analista não vislumbra a que se deve a melhora, a situação torna-se incômoda para ele e complica seu entendimento de sua contratransferência. Isso requer uma inevitável discussão sobre a influência do estado mental do analista tanto no processo analítico como em seus resultados.

É necessário criar um enquadre particular. O que vai sendo compreendido não tem antecedentes na forma do analista exercer sua tarefa e ele caminha meio às cegas, intuindo mais sobre o que não deve fazer do que sobre como deve proceder. Às vezes é necessário sair do enquadre clássico e agregar alguns minutos à sessão porque o paciente está sem condições emocionais para sua finalização, por exemplo. Ou em outro exemplo: acompanhar um paciente até o encontro com alguma pessoa de sua família.

Winnicott (1955/2000) diferencia pacientes que receberam cuidado suficiente e respostas adequadas às suas necessidades, cujo sofrimento atual é derivado dos

conflitos neuróticos daqueles que nomeia como pré-depressivos, que não tiveram esse cuidado, ou seja, sofreram um déficit repetido em seu cuidado precoce, por falhas do ambiente. Esses pacientes não diferenciam externo/interno, não têm noção de alteridade, carecem de espaço projetivo e exigem um analista que seja capaz de exercer sua profissão com as características de uma mãe suficientemente boa, ou seja, preocupada, constante, dedicada, sensível, vulnerável, resistente, capaz de odiar, de aceitar ser sugada pelo bebê e de sobreviver aos seus ataques.

Freud (1928/2019) refere em uma carta o que é entendido como sentimentos contratransferenciais que lhe são desencadeados pelo atendimento de pacientes psicóticos que ele descreve como uma irritação por senti-los tão longe de si e de tudo que é humano. Ainda comenta que sentir essa intolerância surpreendente faz de si um mau psiquiatra.

No impasse causado pelas dificuldades de trabalhar com essa paciente que de certo modo a impede de pensar, Silvana passa a escutar a si mesma, levando em conta as próprias impressões e fantasias. Ao avaliar o efeito de suas intervenções no contato com Luísa, ela considera estar diante de uma paciente de difícil acesso. Desse ângulo, propõe-se a explorar o próprio estado mental durante as sessões e a tomar como base para sua compreensão aquilo que se dá na relação analista-paciente, com ênfase no modo pelo qual essa relação é vivenciada por cada uma das partes.

Silvana relata que se estabelece nova sintonia entre ela e Luísa. Segue a paciente em seus movimentos, acolhe a forma como ela pode se relacionar com a analista e aceita, sem interpretar, sua relação altamente ambivalente com o cuidado que lhe é oferecido no setting. Procura intuir os sentimentos que se escondem sob a distorção que a paciente faz da realidade e traduz em palavras o intenso sofrimento e a necessidade de ajuda que Luísa acaba expressando. Ganha a confiança da paciente e isso se manifesta não apenas pelo aumento do número de sessões semanais, mas também pelo reconhecimento que Luísa faz da própria necessidade de ajuda. Inaugura-se, assim, um tempo de abertura na análise, no qual Luísa começa a refletir com a analista sobre as causas de seu sofrimento sem o temor desmedido de desmoronamento que predominava anteriormente.

Silvana pontua que Luísa precisa de sua ajuda e que ela admite isso, mas que, ao melhorar um pouco, diminui as sessões ou deixa de comparecer, voltando aos velhos mecanismos. A analista levanta a hipótese de estar diante de uma falha narcísica e percebe defesas como cisão e negação, coisas que sabe que precisam ser vistas, mas se abstém de atingir o ponto fraco, porque acredita que isso pode acirrar as defesas de Luísa, afastando-a ainda mais de uma compreensão mais integrada de seus sentimentos e dificuldades.

Fica implícito que Silvana capta os sentimentos de fragilidade e a condição precária de sua paciente por meio de seus próprios sentimentos ou do que se convencionou chamar de contratransferência, mas isso não é explicitado na maior parte de seu relato. Em dado momento, a analista faz uma descrição sutil e cuidadosa do que sente e pensa na relação com a paciente e exemplifica denotando como é bloqueada por Luísa quando tenta se aproximar dela, relatando que sente desânimo quando a paciente diz não precisar, que fica irritada quando ela fala de forma ininterrupta ou quando nega e/ou distorce o que a analista tenta lhe oferecer nas sessões.

Há, entretanto, um trecho em que o movimento contratransferencial é descrito claramente. É quando Luísa reage à interpretação analítica de que precisa ser alimentada por coisas boas, dizendo que já está sendo alimentada sem obter melhora e Silvana se pega justificando-se. A analista compreende estar sendo movida pelo sentimento de falta com a analisanda, quer dizer, quase se ressentir por não corresponder aos 100% que a paciente espera dela para substituir o efeito da ritalina.

Apesar de Silvana somente tomar plena consciência disso ao transcrever a sessão, esse momento permite um realinhamento do vínculo entre as participantes do par analítico e termina com o reconhecimento de Luísa de que precisa mesmo de ajuda e com a reafirmação da analista de sua disposição para compreender. Silvana reflete que o uso da contratransferência, embora tensione as vivências da dupla e desperte em si mesma estados emocionais intensos, constitui-se como importante ferramenta que favorece a compreensão do que se dá com a paciente e daquilo que se passa nas sessões. Defende que a descrição sutil e cuidadosa do que

sente e pensa na relação com a paciente e sua disponibilidade para ser continente das projeções dela propiciam movimentos de mudança na estrutura narcísica e defensiva de Luísa, fortalecendo o vínculo terapêutico.

Conclui que no atendimento de pacientes com difícil acesso, onde o processo transferência-contratransferência é intenso e regressivo, ativando partes inconscientes do analista, torna-se imprescindível que o analista examine as emoções que lhe são despertadas no encontro analítico, bem como os pensamentos e respostas que dá aos padrões de comportamento e funcionamento do paciente.

Será que Luísa seria vista como paciente de difícil acesso e tratada com base na contratransferência por outros analistas? Por outro lado, a construção do vínculo analítico que permitiu a evolução da analisanda teria sido possível com o uso da técnica clássica?

REFERÊNCIAS

- Bion, W. R. (2007). *Atenção e Interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bollas, C. (2003). Abandonar o habitual: a derrota da psicanálise freudiana. In: Green A. (org.). *Psicanálise Contemporânea* (pp. 275-290). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1928/2019). Carta de Sigmund Freud a Istvan Hollos. Disponível em: <http://www.dundivanlautre.fr/sur-freud/sigmund-freud-lettre-a-istvan-hollos-1928>. Acesso em 10 de agosto de 2019.
- 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 Elisabeth Bott Spillus; Tradução de Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago.
- Nemirovsky, C. D. (2009). El psicoanalista tratando a un paciente grave. *Psicoanálisis* - Vol. XXXI, Nº 1, pp. 129-152.
- Ogden, T. H. (2005). On psychoanalytic supervision. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(5), p.1265-1280.
- Winnicott, D. W. (1955/2000). *Formas clínicas da transferência*. In: Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 393-398). Rio de Janeiro: Imago.