



Pacientes “difíceis” e comunicação não verbal: mudanças em psicanálise

Antonio Imbasciati*, Milão

Algumas categorias de pacientes aparentemente receptivos ao trabalho psicanalítico focalizado na interpretação não apresentam mudanças internas correspondentes, principalmente a longo prazo, muitas vezes prolongando indefinidamente a análise. Tal fato chamou a atenção para os fatores terapêuticos não verbais, que acompanham o trabalho de interpretação. O autor destaca o atual desenvolvimento da psicanálise infantil, com crianças pequenas e com recém-nascidos e seus pais, e compara com o desenvolvimento terapêutico derivado da Infant Research, na qual a interpretação e a verbalização não podem ser usadas a não ser de forma secundária. Recentes constatações das neurociências parecem integrar as duas diversas abordagens, confirmando o valor estruturante da comunicação não verbal, em particular a veiculada pelas interações, e portanto o valor reestruturante das intervenções terapêuticas. Este efeito agiria também para as comunicações não verbais, interacionais, na análise dos adultos: elas constituem o veículo da comunicação afetiva inconsciente que constitui a “relação”. Uma avaliação geral e progressiva das formas formas intersubjetivas complexas e também comportamentais vem paralelamente aportando contribuições e mudanças a todo o corpus da psicanálise. O autor considera a utilidade dos desenvolvimentos mencionados para a análise dos adultos, particularmente para aqueles pacientes considerados graves, ou de qualquer forma difíceis, projetando algumas interrogações sobre a formação geral dos analistas. Nesse contexto, avalia-se como os aportes da psicanálise infantil, particularmente o trabalho com os pais de recém-nascidos e crianças pequenas, da Infant Research e das neurociências, contribuíram e vêm contribuindo para a

* Membro Efetivo da Sociedade Psicanalítica Italiana.



mudança de conceitos fundamentais na teoria e na clínica de toda a psicanálise.

Descritores: Análise de crianças. Pacientes graves. Comunicação não-verbal. Interpretação.

Nestes últimos trinta anos os analistas precisaram se defrontar com pacientes “difíceis” ou, segundo alguns, pacientes com os quais não estavam acostumados no tratamento clássico em que se formaram. Falou-se de mudança das patologias, o que foi atribuído algumas vezes à mudança social, outras vezes a uma seleção diferente dos pacientes que chegam à análise, outras ainda às atuais formas de criar os filhos, especialmente às diferentes condições de assistência aos recém-nascidos que teriam mudado a estrutura básica da mente ou, enfim, a novas condições técnicas e de formação dos psicanalistas. Alguns autores enfatizaram como o progresso da técnica psicanalítica permitiu entrar em estratos mais profundos, “rochosos”, da personalidade, que antes eram ignorados, na medida em que os casos, nos quais esses estratos apresentavam-se na origem da patologia, eram declarados como não passíveis de análise. Atualmente, com o aperfeiçoamento da técnica e dos recursos dos analistas, foi possível enfrentar tais casos e assim esclarecer os processos que estavam na sua origem. Porém isso colocou os analistas diante de dificuldades novas.

Em nível clínico foram descritos pacientes gélidos, antiempáticos, alexitímicos, impenetráveis ao *insight*, manipuladores, agentes e “agentígenos” (sobre o analista), que comportam sérios riscos interpessoais para o terapeuta. Alguns deles podem, conforme o caso, ter sido incluídos na categoria dos *borderlines*, ou rotulados genericamente como psicóticos. Porém foram descritos também pacientes de aparência menos grave, que parecem responder à análise, colaborar para o *insight* da interpretação, sobre os quais nos damos conta, aos poucos, que vão instaurando na análise um jogo de um “como se”, de um fazer de conta, de uma representação inconscientemente agradável para o analista, de uma sedução muito mascarada. São pacientes que parecem não somente aceitar as interpretações, mas também trabalhá-las ativamente, assimilá-las e tê-las já assimilado interiormente e que muitas vezes, após várias semanas, parecem ter apagado completamente todo o trabalho realizado.

Com tais pacientes o analista tornou-se mais cauto ao interpretar, atento ao momento propício, à “temperatura” (Meltzer, 1978, 1986) e ao *timing*, mais sagaz diante das identificações projetivas, mais experiente, em geral, na



contratransferência e nos seus aspectos particulares, atento às situações primitivas e às respectivas formas de comunicação, ao ato e à representação (*enactment*), pronto a regredir – monitorando-se – às condições do paciente, em geral parcimonioso nas interpretações e atento a usar a própria *rêverie*, colocando-se no comportamento de um cuidador de crianças (Greenspan, 1997), para poder restituir ao paciente algo que possa ser verdadeiramente assimilado e ter um efeito mutativo.

Entretanto, nestes casos, pode ocorrer que o analista, mesmo sendo experiente e sagaz, perceba que a análise parece ter transcorrido sem resultado. A interpretação, a mais sentida e compartilhada, a mais compreendida na transferência e na contratransferência, selecionada e cuidadosamente acurada nas palavras, oferecida no clima e na ocasião mais propícios, parece ter tido pouco ou nenhum efeito. O que há, então, que nestes casos não funciona a *talking cure*?

Sabemos que as palavras que compõem uma interpretação, nos seus significados denotativos, não são suficientes: o que flui, e que é necessário, é uma transmissão de afetos capaz de passar através das palavras. Discutiu-se sobre a empatia, sobre a capacidade de sintonização, de espelhamento, de *rêverie* e, de modo mais geral, sobre situações internas do analista no contexto da relação com o paciente. Entretanto, com alguns destes “pacientes difíceis”, temos a impressão que todas as medidas e advertências de nossa formação analítica, de treinamento e de experiência profissional, não são suficientes para fazer com que o paciente realmente assimile aquilo que acreditávamos estar-lhe transmitindo; ou seja, elas não tiveram efeito mutativo a despeito das aparências. Isso certamente está relacionado com o problema da alexitimia, com grandes cisões, ou com tantas outras formas de rotular os vários déficits dos pacientes deste tipo, mas é inevitável nos interrogarmos não só sobre os pacientes, mas também sobre nós analistas.

Contudo, para além das interrogações analíticas sobre nós mesmos, surge um problema teórico que diz respeito, a meu ver, a uma revisitação da interpretação. Uma vez que, apesar de todas as medidas acima mencionadas, com certos pacientes, as interpretações cedo ou tarde demonstram não ter efeito, parece legítimo perguntarmo-nos se a interpretação, enquanto verbalização, deva ser considerada o principal meio de cura. Stern e o Boston Change Group (2005, 2007, 2008) afirmaram que o fator mutativo, em qualquer análise, reside em “*something more than interpretation*”.

É necessário então um “tratamento” que prescindia das palavras? A comunicação que, tendo-o constatado, chamamos de inconsciente para inconsciente, sempre irá se valer de algum veículo sensorial. Talvez seja necessário um estudo mais geral sobre a comunicação não verbal. Talvez devêssemos reportar-



nos ao que podemos saber e ter experimentado com as crianças, visto que grande parte das dificuldades que os analistas encontram com determinados pacientes referem-se a estruturas psíquicas muito primitivas e formas relacionais igualmente primárias, que se estruturaram em um período não verbal. Em outras palavras, pôr à prova uma comunicação não verbal semelhante àquela que transcorre entre cuidador e criança e com o recém-nascido e que sabemos ter nos recém-nascidos um valor estruturante fundamental para as funções psíquicas.

Diante das dificuldades que um aperfeiçoamento progressivo da nossa técnica e da nossa formação nos permitiu focalizar, a psicanálise está mudando profundamente em relação a certos parâmetros que pareciam fundamentais e pedras miliarenses imutáveis da nossa ciência (Merciai; Cannella, 2009). Para esta mudança concorreram, na minha opinião, três ordens de contribuições: as contribuições derivadas da análise infantil, da *Infant Research* e das neurociências.

A análise infantil colocou o analista diante do valor mutativo do brincar, mesmo prescindindo do respectivo contorno verbal, e mostrou o valor das interações: das interações motoras, visuais (diálogo dos olhares, daqui o *vis a vis*, transposto também para os adultos), sonoras (a voz, a musicalidade) e, quanto menor for a criança, da participação, ou melhor, da presença simultânea dos pais na terapia. A *Infant Observation*, introduzida por Bick (1964) e difundida na Itália graças a Dina Vallino (2004), trouxe grandes contribuições e um importante estímulo também a outros tipos de intervenção para além do período neonatal. A análise infantil desenvolveu inteiramente o conceito de relação e pôs em destaque que a riqueza interior que o conceito contém pode ser observada sobretudo através das interações, hoje não mais entre analista e criança, mas entre criança e cuidadores e entre estes últimos e o terapeuta (Vallino, 2009).

O valor das interações fala de uma comunicação não verbal, que mais caracterizaria o estruturar-se de uma determinada relação e o seu efeito mutativo e construtivo. Se, portanto, as interações e as comunicações não verbais estruturam a “estrutura” (justamente) psíquica de uma criança, ou melhor, a sua mente, e efeito semelhante verifica-se nas formas de intervenção do analista infantil, da mesma forma poderíamos pensar que isso ocorre na análise dos adultos, principalmente se intuirmos que o seu funcionamento mental concerne a estruturas psíquicas primitivas.

Muitos aspectos evidenciados na psicanálise infantil permearam toda a psicanálise e estão assumindo a devida consideração também na análise dos adultos. Além disso, há algumas décadas a psicanálise infantil entrelaçou-se com outras formas de psicoterapia. Um desenvolvimento científico que introduziu consideráveis mudanças na psicanálise foi o multiforme filão que, usufruindo da



teoria do apego de Bowlby, evoluiu e ramificou-se, a partir de Ainsworth, de Main, de Crittenden – para citar alunos diretos –, em muitas escolas que, progressiva e diferenciadamente, prepararam situações terapêuticas quase experimentais. Inicialmente para observar o comportamento das crianças, recém-nascidos e um pouco maiores, quase sempre nas interações com a mãe (e atualmente também com o pai e com ambos os pais), e extrair delas inferências sobre os processos psíquicos que transcorrem na relação veiculados pelas interações. E posteriormente para organizar intervenções terapêuticas baseadas na observação e compreensão das próprias interações (Riva Crugnola, 1999, 2007).

Este desenvolvimento leva o nome de *Infant Research*. Os ambientes experimentais vão dos mais simples – observação mãe-criança (metodologicamente organizada) em qualquer ambiente natural – às mais variadas e complexas instalações para observar melhor cada interação (conservando o máximo possível um ambiente natural) para poder inferir, compreender, eventualmente interpretar e intervir de várias formas. A abordagem psicanalítica conjugou-se aqui de diversas maneiras, dependendo das escolas, com a abordagem comportamental e cognitivista. Há alguns anos são usadas gravações em vídeo, que servem não só para (ou melhor) observar e inferir, mas também, depois de assistidas novamente com os pais, promover ou estabelecer formas de intervenção terapêutica. De qualquer forma, o simples fato de rever a filmagem é terapêutico para os pais e é frequentemente usado juntamente com técnicas de grupo: grupos de pais que novamente vêem e discutem juntos os filmes, de si com seus filhos e de outros com os deles.

Muitos estudiosos, por exemplo Fonagy (2001) e o grupo de Stern (1998, 2005, 2008), contribuíram para integrar e também diferenciar a psicanálise e a *Infant Research*. Uma integração em curso está realizando progressos também no tratamento dos adultos e contribuiu para esclarecer o desenvolvimento psíquico, normal e patológico, nos termos do assim chamado processo de mentalização (Fonagy, 2001; Bateman; Fonagy, 2004). De fato, falhas neste desenvolvimento primitivo estão presentes em grande parte dos pacientes adultos considerados “difíceis”.

A terceira contribuição para a evolução da psicanálise, tanto na teoria quanto na clínica, é hoje dada pelas neurociências. Lembramos, entre as mais recentes contribuições, as de Schore (2003a, 2003b) e as originadas pela descoberta dos neurônios-espelho (Rizzolatti; Sinigaglia, 2006; Gallese, 2007). O cérebro da criança, mesmo da recém-nascida, vai-se estruturando por aprendizagens (hoje mudou o conceito de maturação neurológica) no diálogo com o cérebro do cuidador. Assim também aconteceria o diálogo mutativo paciente-analista (Schore



2003a, 2003b). As situações denomináveis pelo conceito de empatia demonstraram correspondências neurofisiológicas semelhantes. Quanto aos neurônios-espelho, em uma atual e debatida diatribe (Merciai; Cannella, 2009), muitos autores afirmam o seu papel de *mind reading neurons* na aquisição da capacidade de entender as emoções alheias e também as próprias através das interações. Trata-se das interações motoras, as primeiras a serem exploradas, e as visuais, centradas sobretudo no olhar dirigido às expressões faciais (também olhos e pupilas) alheias, comparadas automaticamente com a eferência motora da própria musculatura mímica. Seriam estas interações o veículo no qual se estabelece a empatia e, segundo alguns, a base das identificações projetivas.

* * *

Tudo isso faz pensar no papel da comunicação não verbal, da comunicação visual mímica em particular, por isso denominada comunicação afetiva, à qual é atribuído um papel importante como agente terapêutico. Uma tal comunicação acontece sempre – de inconsciente para inconsciente – e pode ser construtiva ao invés de patogênica, segundo a sintonia mais do que a dissintonia [conforme o conceito de *attunement* (Stern, 1987)], do vaivém das mensagens veiculadas pela comunicação não verbal.

A comunicação criança/cuidador durante os primeiros meses de vida estabelece as bases da sua estrutura mental e esta condicionará todo o seu desenvolvimento psíquico futuro. As neurociências confirmam este dado evidenciando o estruturar-se das redes neurais que constituem o que foi denominado de maturação cerebral (erroneamente no passado atribuída à genética (Schore, 2003a, 2003b). No panorama das hipóteses decorrentes da descoberta dos neurônios-espelho, muitos autores pensam que isso ocorra por ativação dos neurônios-espelho da criança quando vê ou ouve configurações visuais, ou sonoras, que a mãe lhe emite (Merciai; Cannella, 2009). Desta forma seriam adquiridos os primeiros significados psíquicos, essencialmente relacionais.

O que foi dito acima nos leva a pensar na eventualidade de que, em pacientes adultos que funcionam de forma primitiva, as comunicações não verbais do analista (daqui o *vis a vis*) possam ter algum efeito ao transmitir aquelas mensagens afetivas que se pretendem terapêuticas.

Todos esses desdobramentos introduziram em psicanálise importantes conceitos teóricos: em primeiro lugar mudou (segundo muitos, cfr. Merciai e Cannella, 2009) o conceito de representação, entendido hoje em sentido mais amplo como representação de funções mentais, inclusive elementares e sobretudo



representações de diversos “estar com”. A relacionalidade impôs-se como determinante fundamental, bidirecional, na estruturação da mente: as mentes, da criança e do cuidador como nas primeiras observações e também ‘de’ e ‘entre’ todas as pessoas, portanto também entre analista e analisando adulto. Tanto a *Infant Observation*, quanto mais ainda a *Infant Research* exploraram a comunicação não verbal espontânea, expressiva, automática, casual, que transcorre nas interações (portanto no comportamento) através dos canais visuais, sonoros, táteis, motores, olfativos e o seu valor terapêutico. E aqui é oportuna uma consideração também para os adultos. Problema um tanto difícil em tal consideração é compreender plenamente o conteúdo de uma comunicação tão “corpórea”, que parece esquivar-se à possibilidade de conscientização mesmo do analista.

Uma relativa osmose entre a *Infant Research* e a psicanálise infantil e entre elas e as neurociências que se ocuparam da regulação/desregulação afetiva mãe/recém-nascido (Schore, 2003a, 2003b) esclareceram, confirmaram e detalharam muitas passagens evolutivas descritas pelos psicanalistas. Assim, afirmou-se, por exemplo, o conceito de inteligência emocional (Goleman, 1995), inclusive para os adultos, e como o cérebro emocional, particularmente o cérebro direito, é a base na qual irá se estruturar todo o desenvolvimento neuropsíquico posterior. O mencionado Schore destaca o trabalho do cérebro emocional na elaboração do que o cérebro esquerdo poderá eventualmente conscientizar. Muitos conceitos, decorrentes da integração – ainda hoje em curso – das várias ciências, estão operando mudanças na psicanálise.

Fala-se de novos paradigmas (Jiménez, 2006). Mudou particularmente o próprio conceito de consciência: não mais entendida dicotomicamente (consciência sim/consciência não, consciente/inconsciente) como dote natural possuído de maneira igual por todos os indivíduos e constante no tempo, mas sim como *continuum* de uma capacidade possuída individualmente em diferentes níveis e variável no mesmo indivíduo segundo o tempo e o contexto relacional. Isso é percebido na análise como capacidade variável de usufruir da interpretação para além das formulações verbais, tanto do analista quanto, às vezes, do próprio paciente, e de usufruir também dos outros fatores relacionais terapêuticos em vários níveis graduais, segundo o paciente, mas também no mesmo paciente segundo o momento e o clima da relação com uma determinada pessoa: aquele analista, naquele momento. E como consciência entendida como eventual e variável epifenômeno de um trabalho mental não consciente.

Falou-se de inconsciente reprimido e de inconsciente não reprimido (Mancia, 2009), primário, de inconsciente representado e de inconsciente não



representado (Colombo, 2008) e foram relacionados esses conceitos com o conceito de memória implícita e de memória procedural. Um parêntese especial nesse contexto, que integra psicanálise, ciências cognitivas e neurociências, merece a Teoria do Código Múltiplo de Wilma Bucci (1997; 2001; 2007a, 2007b; 2009). A autora distingue um inconsciente simbólico e um inconsciente não simbólico, ou, melhor, dois sistemas, um que pode estar relacionado com alguma representabilidade, verbal e não verbal, e que portanto pode também estar relacionado com a consciência, e outro irrepresentável (Bucci, 2009; Moccia; Solano, 2009) relacionado ao corpo e à memória implícita – memória do corpo –, absolutamente fora da possibilidade de ser descritível através de palavras ou outras formas de consciência. Seria esse o verdadeiro e mais forte núcleo do cérebro emocional, que governa e talvez determine os eventos do corpo bem como os da mente.

O chamado processo referencial colocaria em conexão – maior ou menor, neste último caso fala-se de dissociação – os dois sistemas e seria ele o responsável por um significado irrepresentável, contido dentro de alguma forma representável (por exemplo, a interpretação), mas também e talvez mais dentro de formas visuais ou sonoras, que poderiam ter ou não efeito mutativo sobre todo o funcionamento mental. O efeito positivo mais do que negativo reside no grau de conexão e não de dissociação com o qual o processo referencial põe em comunicação o sistema representável com o núcleo mais profundo irrepresentável, nunca conscientizável (memória implícita) do cérebro emocional. Nesse panorama:

[...] na perspectiva da Teoria do Código Múltiplo o objetivo do tratamento psicanalítico não é definido como tornar verbal o não verbal, ou tornar consciente o inconsciente, ou ter o ego onde estava o id, mas como permitir uma nova conexão da experiência subsimbólica e simbólica dentro dos esquemas emocionais que foram dissociados e distorcidos. O processo da *talking cure* deve necessariamente envolver ambas as vias [neurológicas] (Bucci, 2009, p. 38).

No contexto da mudança que está ocorrendo na psicanálise atual (Moccia; Solano, 2009), foi cotejado o conceito de dissociação de Bucci com o conceito psicanalítico de cisão e com alguns conceitos bionianos (Ferruta, 2009), mas também foi colocado em discussão o próprio conceito de recalçamento e de pulsão e mesmo de conflito, como inferências teóricas que teriam se revelado hoje inapropriadas para explicar os processos psíquicos, sendo contestada toda a metapsicologia (Fonagy, 1999; Fonagy et al., 2003; Imbasciati, 2007, 2010;



Merciai; Cannella, 2009). Muitos reconheceram, particularmente, que o conceito de inconsciente mudou e assim também a distinção entre consciente e inconsciente: não teria sentido concebê-los dicotomicamente, postular as suas contraposições, ou pressupor barreiras, como o recalçamento, entre dois sistemas. Seria mais coerente com as pesquisas atuais, ao contrário, considerar um *continuum* de percorribilidade entre os dois (American Psychoanalytical Association, 2006; Colombo, 2008).

Não tem sentido explicar o inconsciente pensando em mecanismos de defesa: a mente é essencialmente inconsciente e somente uma parte do seu trabalho contínuo é elaborado em alguma forma consciente. Defesas podem ser concebidas como obstáculos a esse processo: não defesas “contra” o inconsciente, mas sim particularidades daquelas conexões (redes neurais) que podem permitir alguma transmissão do trabalho inconsciente “para” alguma forma transformada de consciência. Schore (2003a, 2003b) diria do trabalho do cérebro direito para o esquerdo. Poderíamos também dizer que não faz sentido pressupor um “*vis a fronte*” (força que vem da frente) por parte do ego contra um “*vis a tergo*” (força que vem de trás) do inconsciente, mas apenas um fluir natural em direção a formas transformadas “menos inconscientes” (Imbasciati, 2006). Na qualidade de tal elaboração, portanto nas estruturas que a produzem, residiria a patologia ao invés da otimização do funcionamento da mente. Neste enfoque parece justificada a crítica que foi proposta contra uma excessiva identificação da consciência com a linguagem, sem que nos tivéssemos interrogado suficientemente sobre o que é a própria consciência. Em resumo, o próprio conceito psicanalítico de mente mudou, no rastro de novas descobertas, viabilizadas por novos instrumentos (técnicos, tecnológicos e de formação interior) para a investigação do funcionamento psíquico (Merciai; Cannella, 2009).

Neste contexto de mudanças também foram postos em discussão alguns aspectos do *setting* clássico, por exemplo o divã, valorizando ao invés o *vis a vis* como trâmite de uma comunicação tão eficaz quanto a interpretação (Jiménez, 2006; Benecke; Krause, 2005).

Stern e o seu grupo (Boston Change Process, 2005, 2007, 2008) afirmam persistentemente que as mudanças terapêuticas pouco têm a ver com a introspecção e a verbalização. Portanto a estrutura neural que realiza determinadas funções mentais disfuncionais, naqueles pacientes que exatamente por isso queremos melhorar, pode ser modificada não tanto pela assimilação de significados verbalizados, transmitidos pelas palavras da interpretação, quanto por “*something more*” como dizem os autores citados, isto é, pela assimilação de significados não verbalizados, nem verbalizáveis, mais primitivos, pré-verbais provavelmente,



veiculados portanto por significantes não verbais. Isso seria válido também para os adultos.

Logo, deveríamos estudar melhor a comunicação não verbal: é ela que funciona exclusivamente com os infantes, como já foi demonstrado nas várias escolas que utilizam a *Infant Research*, na estruturação da mente, e na estrutura neural, dos recém-nascidos e das crianças pequenas, mas também é ela que funciona, embora não exclusivamente, na análise dos adultos. Seria então o “contorno” não verbal, que acompanha a interpretação verbal, o que, sem que o percebamos, teria efeito mutativo.

* * *

Falou-se muito em psicanálise de transmissão de inconsciente para inconsciente, mas, na minha opinião, até agora pouco foi dito sobre quais são os canais comunicativos nos quais viajam essas transmissões, que significados eles transportam e como, através destes canais, desenrolam-se os eventos mentais que vão se sucedendo ao longo da relação analítica.

Nas diversas formas com as quais é conduzida uma psicoterapia mãe/recém-nascido-criança, estudou-se muito o “espelhamento” por parte da mãe das emoções expressas pela criança, para uma adequada restituição a fim de que a própria criança as “aprenda” e assim possa progredir o processo de mentalização (Greenspan, 1997; Bateman; Fonagy, 2004). Tal espelhamento acontece através dos canais não verbais nas interações (postura, olhar, expressividade mímica, entonação, manuseios, etc.) e veicula, com as suas configurações aferenciais (=significantes), mensagens, isto é, significados, que, recebidos pela criança, vão estruturar a sua mente incipiente (e as suas redes neurais). A criança, por sua vez, também emite mensagens. Para que este diálogo contribua ao desenvolvimento mental da criança, ao invés de ser agente propiciador de patologias, é preciso que a mãe saiba não só captar adequadamente a mensagem da criança (decodificação dos significantes dela), mas também responder a ela regulando a própria mensagem (portanto emitindo configurações adequadas de significantes congruentes) em sintonia e com significantes igualmente adequados para que a criança possa decodificar o seu espelhamento. Tudo isso ocorre com um nível de consciência frágil da mãe; está em jogo a memória relacional implícita. O que acima ocorre entre mãe e criança ocorreria também na análise dos adultos (Schore, 2003a, 2003b; Merciai; Cannella, 2009).

Assim está se produzindo uma vasta literatura sobre o assunto nestas últimas décadas, associando psicanálise, ciências cognitivas e neurociências. O conceito de espelhamento reflete e talvez detalhe o conceito proposto por Bion sobre a



função de *rêverie* da mãe e do analista e da restituição melhorada dos objetos maus transformados em objetos pensáveis? O mérito da *Infant Research* consiste em ter questionado e descrito detalhadamente as diferentes formas interacionais, as melhores possíveis ao invés de disfuncionais, defeituosas, confusas, patogênicas, nas quais se pode observar o desenvolvimento do diálogo mãe/criança. Schore (2003a, 2003b) destaca o trabalho dos dois hemisférios direitos dos dois dialogantes. Neste contexto, foram estudados os conceitos de “sensibilidade” e de “responsividade” do cuidador (lembramos de passagem como muitos analistas afirmam, hoje, que o analista deve funcionar como um cuidador também com os adultos) e como, em função da maior ou menor capacidade funcional do cuidador nestas suas duas dimensões, a mente da criança se estrutura da melhor forma possível e não de forma defeituosa e patológica. As duas capacidades mencionadas explicam-se em nível automático, inconsciente, e dependem da estrutura emocional inconsciente (memória implícita) da mãe. Por outro lado, a estrutura que se forma na criança constitui o cérebro emocional, ou inteligência emocional (Goleman, 1995), que é a base de todo o desenvolvimento posterior da mente do futuro indivíduo.

Sensibilidade, responsividade, capacidade de espelhamento adequado, ao invés de alexitimia, não respondência, intrusividade, confusão, desorganização, vão determinar a qualidade da estrutura mental da criança e do futuro indivíduo. Esses conceitos, formulados na *Infant Research* após evidências experimentais, encontram cotejo e unificação com outros conceitos correlatos, os quais, com nuances que dependem muitas vezes dos termos usados, foram evidenciados na psicanálise infantil e que alguns autores revelam na análise dos adultos (Beebe; Lachmann, 2002).

Trata-se de conceitos eminentemente relacionais, assim como os MOI (Modelos Operacionais Internos) foram identificados como relacionais, enquanto formas funcionais da mente associáveis ao estilo de apego em ação naquele indivíduo, naquele momento daquela relação. O estilo de apego, por outro lado, foi detalhado minuciosamente; Crittenden (2008) identifica dezesseis protótipos de estilos de apego. Os estilos de apego são características relacionais da memória implícita, esquemas individuais, talvez individualíssimos, de um “estar com”, que permanecem ativos no adulto. Nesta perspectiva podem ser comparados com os objetos internos da psicanálise. Estes primeiramente foram descritos em termos intrapsíquicos, o que favoreceu uma espécie de reificação, como se fossem representações semelhantes às representações conscientizáveis, mas pouco a pouco, no desenvolvimento da psicanálise, não somente a infantil, cada vez mais assumiram conotações de relacionalidade, como formas primárias de se viver em



relação com “alguma coisa”, identificadas em termos afetivos, que, da sua origem com as ligações infantis privilegiadas, assumiram valor psíquico estruturante para a vida adulta.

Os diversos eventos descritos como capacidade de espelhamento em nível psíquico provêm da pesquisa neurocientífica atual postos em conexão com os neurônios-espelho nas situações interpessoais definíveis com o termo “empatia” (Gallese, 2007; Merciai; Cannella, 2009). Isso desloca a atenção para os adultos: as situações de empatia, há muito tempo reconhecidas pelos psicanalistas como fatores terapêuticos na análise dos adultos, correspondem ao que foi observado nas crianças como fator relacional estruturante da mente e das redes neurais. A mudança operada por uma análise nos adultos, efetiva no plano clínico e ratificada, de resto, pelo confronto de mudanças do funcionamento neural, estaria então relacionada a uma comunicação – empática – que, como ocorre nos infantes, não é verbal e que não é intencional e muitas vezes não é consciente. Esta perspectiva parece fortalecer o que já foi afirmado em nível clínico, ou seja, que o que produz uma mudança no paciente reside na assimilação de mensagens que vão bem além do conteúdo da interpretação verbal e frequentemente ocorre para além da consciência da dupla analítica. Seria essa, então, a comunicação de inconsciente a inconsciente, do analista para o paciente e vice-versa, que agiria terapêuticamente.

Tudo o que foi acima descrito envolve, portanto, a comunicação não verbal: na psicoterapia psicanalítica com recém-nascidos e com crianças pequenas, ela é o único meio que pode agir terapêuticamente. Mas afirma-se que ela pode agir também na análise dos adultos; de forma particular, ela seria essencial para modificar as situações psíquicas mais primitivas (Stern, 1998). A comunicação não verbal seria, aliás, a responsável pelas modificações das redes neurais que constituem a estrutura básica da mente. Quanto mais um paciente possui disfuncionalidades nesta estrutura funcional e, conseqüentemente, não é capaz de funcionar em um nível mais evoluído, tanto mais seria essencial para a análise recorrer à comunicação não verbal. Os pacientes “difíceis” seriam o seu campo precípua de aplicação. Seria necessário, então, estudar os processos e os canais através dos quais transcorre a comunicação não verbal na dupla analítica.

A capacidade de usá-la e a forma como é usada dependem, de qualquer modo, da estrutura inconsciente básica (memória relacional implícita, cérebro emocional) de cada pessoa. Logo, é muito difícil que ela possa usá-la com a intencionalidade consciente e por determinação voluntária. Ela agirá às escondidas do sujeito. Pelas pesquisas sobre os infantes sabemos o quanto a comunicação não verbal, além de poder promover um bom desenvolvimento psíquico, pode também ser patogênica. Sabemos que aquelas mães que, levadas pelos cursos de



acompanhamento do nascimento, “se esforçam” para comunicar-se com o seu filho, intencionalmente, a todo custo e além da sua capacidade emocional, podem produzir efeitos patogênicos. Como, então, um analista pode utilizar a comunicação não verbal? Para uma “boa mãe” é natural usá-la bem, espontaneamente e sem nem ao menos percebê-lo: se existe empatia com o filho, parece que o seu inconsciente é capaz de regular a sua comunicação não verbal (olhar, voz, mímica, postura, contatos táteis proprioceptivos motores) de forma a responder adequadamente às mensagens da criança e assim organizar e promover o seu desenvolvimento psíquico. Um “bom” analista deveria então poder responder do mesmo modo, captando as mensagens não verbais do paciente e respondendo-lhe de forma “benéfica”. Seria essa a boa transmissão de inconsciente para inconsciente com os adultos? Mas o inconsciente do analista é suficientemente sensível e espontaneamente atento para fazer isso? O seu inconsciente básico está equipado para este seu uso terapêutico? E, se está, o quanto a situação analítica relacional, referente a cada paciente individualmente e a cada momento, lhe permitirá usá-la?

* * *

Como pode então funcionar um analista? Que formação ele recebe no seu treinamento a este respeito? Ele é ensinado a escutar algo dos próprios afetos (a sua análise pessoal) para entender alguma coisa dos afetos do paciente (supervisão de que tipo, para quais casos?). Porém, no desenvolvimento do treinamento como atualmente é praticado, o foco incide na interpretação verbal, sendo negligenciada aquela outra e mais importante comunicação que acontece, inevitavelmente, feliz ou infelizmente, em nível não verbal: nas interações, que sempre acontecem na análise de qualquer forma e veiculam mensagens com os respectivos afetos, positivos e negativos. Nesta perspectiva, seria desejável para os analistas uma formação mais profunda sobre o que está na origem da comunicação afetiva relativamente às suas expressões, isto é, aos respectivos veículos de transmissão.

É uma perspectiva difícil, mas, creio, com futuro. Por exemplo, poderíamos chamar a atenção do analista para uma maior conscientização acerca das configurações sensíveis e sensoriais que ele emite, automaticamente e inconscientemente, e acerca do modo, ainda mais inconsciente, com o qual ele decodifica a comunicação não verbal do paciente. Isso é possível na sua formação? Poderão ser cogitadas formas para treiná-lo melhor a usar, para fins da análise, aquela comunicação que transcorre sempre, para além da palavra? Acredito que uma experiência com as crianças, recém-nascidas sobretudo, possa corroborar, neste sentido, a formação do analista que irá trabalhar com os adultos.



A perspectiva de um recurso à comunicação não verbal na análise dos adultos é repleta de dificuldades e de interrogações. Uma mãe transmite, não verbalmente, ao seu recém-nascido, e isso estrutura a sua mente. Mas sabemos o que são exatamente estas mensagens? Vemos os seus efeitos, patogênicos ou propulsores do desenvolvimento e, observando as interações, inferimos algo psíquico. Mas é esse o psíquico irrepresentável que flui na memória implícita e que nós representamos para nós mesmos de alguma forma? A transmissão acontece de forma muito pouco consciente para a mãe, e o seu conteúdo lhe é totalmente inconsciente. Para um observador mesmo experiente, qual é a compreensão possível de traduzir em formas conscientes? E que transmissão deste tipo ele poderia realizar? Se se trata de mensagens irrepresentáveis, se se trata de transformações de memória implícita, de memória do corpo, de alguma coisa emotiva subsimbólica, como pode um analista usá-las? Não é uma *mãe-com-seu-recém-nascido*. Adianta aqui a contratransferência? É esse evento inconsciente, do qual o analista conhece aquela parte que ele consegue analisar, isto é, que consegue tornar consciente para si mesmo.

Mas, se se trata de alguma coisa de irrepresentável, como os autores citados hipotetizam, como pode a contratransferência ser útil? Talvez não seja sem razão que Bucci detalhe o envolvimento emocional do analista, que, para ser eficiente, deve sofrer igualmente a dor (inconsciente) do paciente (Bucci, 2009). Em suma, os conteúdos emocionais não verbalizáveis, os que parecem ser agentes sobre o paciente, como podem ser regulados? Como pode a intenção terapêutica do analista, que é sempre consciente, abrir mais o caminho que, do seu inconsciente, elabora alguma comunicação não verbal, conseguindo regulá-la de forma a ser terapêutica, do mesmo modo com que sabe regular a interpretação verbal?

Não tenho respostas para essas interrogações que, porém, acredito possam ser aprofundadas para toda a psicanálise. Em muitas psicoterapias com cuidadores e crianças juntos, costuma-se treinar o terapeuta filmando as interações que transcorrem entre cuidador e criança, para depois analisá-las em supervisão. Costuma-se também filmar a interação do terapeuta durante a intervenção e usar a filmagem para a supervisão e o treinamento do próprio terapeuta. Isso pode ser desenvolvido para treinar também o analista de adultos a controlar, ao menos um pouco, a regulação daquilo que acontece no decorrer da comunicação não verbal com o paciente durante as interações da terapia? Isso poderia ser útil para a análise de alguns dos pacientes “difíceis”? Esse emprego tecnológico pode ser conciliado com o clima íntimo necessário à análise? O presente trabalho constitui, portanto, um convite à pesquisa.

* * *



Apresento agora um caso que me desafiou no que concerne à análise clássica, caso muito difícil, em que o uso da interpretação foi mantido, porém obviamente limitado e muito ponderado, ao passo que foi levado em consideração aquele “*something more*” do qual fala Stern e o Boston Change Process Study Group (2005). Eu considero que esta seja uma tentativa, uma perspectiva de pesquisa que aguarda o cotejo com o que outros colegas poderiam relatar de casos semelhantes.

Carlo

Carlo tem atualmente sessenta e cinco anos e está em análise com duas sessões vis a vis. Com quatorze anos teve um episódio psicótico agudo delirante, tratado com fármacos e duas sessões de eletroconvulsoterapia. Após o esbatimento dos sintomas psicóticos, realizou psicoterapia psicanalítica por cerca de três anos (entrando novamente em estado agudo seguido de uma psicoterapia psicanalítica por cerca de três anos.) Depois de uma interrupção dos estudos secundários, Carlo parecia “normal” e se inscreveu na universidade. Após um bloqueio nos estudos fez uma análise com três sessões com uma analista da Sociedade Psicanalítica Italiana por cinco anos. Durante esse período terminou brilhantemente o curso de engenharia e começou a trabalhar normalmente. Com trinta e nove anos, em consequência de desentendimentos no trabalho, voltou ao analista que o aconselhou a mudar de terapeuta, indicando-lhe o meu nome. Seguiram-se sete anos com três, depois quatro, depois cinco sessões semanais. Carlo parecia ter se recuperado, encontrou novo trabalho, despediu-se de mim. Passados oito anos retornou, dizendo que tinha necessidade de tratar-se: estava agora dedicando-se a sua grande empresa familiar e havia dissidências e brigas legais com os parentes. Nenhuma relação com amigos ou amorosa. Retomou à análise com três e depois quatro sessões.

Nos primeiros tempos, apesar de breves momentos delirantes na sessão, o paciente parecia responder adequadamente: a análise versava principalmente sobre os afetos que mobilizavam os seus comportamentos em relação aos parentes, sobre a enorme hostilidade para com eles, mascarada na irrefreável preocupação de salvar a empresa familiar da qual sentia-se herdeiro. Uma situação constantemente persecutória e mecanismos obsessivos serviam para negar uma insuportável experiência de fracasso. Gradativamente comecei a perceber que o que parecia ajudá-lo a esclarecer seus afetos contraditórios e o que ele mesmo parecia ter compreendido a respeito não era de fato traduzido naquelas decisões,



claramente vistas e tendo ele declarado que resolveriam os problemas externos que me apresentava continuamente como causa dos seus males. Gradativamente eu percebia que associações, sonhos, descrições de si e dos seus sentimentos, que pareciam verdadeiros insights a propósito da sua persecutoriedade, das suas projeções, das suas obsessões, revelavam-se como exercícios verbais dirigidos a mim para mostrar-me o quanto era “competente e capaz”, enquanto cada vez mais eu sentia que nele havia a ideia de que eu, por outras vias, ou como prêmio à sua diligente colaboração, poderia concorrer para sanar os seus problemas, para livrá-lo das preocupações, não só com relação à empresa, mas também e principalmente às preocupações interiores sobre si mesmo que, com lúcida coerência, parecia querer resolver e para as quais afirmava querer a minha ajuda. Revelava-se nisso a transferencialidade da sua representação (enactment): assim tinha feito sempre, e obtido, com a mãe. Desse modo construía para si um ideal ilusório de onipotência.

As interpretações sobre estas modalidades surtiam uma anuência, contornada de lembranças e de associações, que, porém, deixava intacto o jogo que eu sentia que ele procurava instaurar comigo de sucessivas e várias maneiras; também qualquer percepção sua, explicitada e repetida para mim, de como os seus impulsos interiores condicionavam condutas irracionais para com o exterior (a empresa familiar e qualquer outra relação interpessoal) as deixavam absolutamente inalteradas e destrutivas. Era posto em ação um jogo perverso, como provavelmente acontecera com os parentes, pelo qual destruía e destruía-se como um apelo desesperado para que alguém o provesse; quando a ajuda chegava, a negava e rejeitava, como se fosse um ataque (projeção, lembrança da eletroconvulsoterapia) à sua aspiração de onipotência. Esta, por outro lado, parecia ter sido alimentada e cristalizada na infância com o seu mostrar-se “competente e capaz”, com a sua satisfação íntima e para além das suas efetivas possibilidades, de forma que, quando não era bem sucedido, recebia repreensões ao invés de compreensão contra as quais tinha que se rebelar. Opor-se de tal forma a “alguém” parecia ser a sua única possibilidade de contato, aliás, de existência.

Esta dinâmica perversa tendia a envolver-me em uma atmosfera desrealizada que eu sentia estar associada à possibilidade de ter sempre garantidas as suas quatro sessões no divã (onde a motricidade denunciava uma ritualização), assim como, por toda a sua vida, desde a adolescência, ele estivera sempre protegido por uma enorme e gratuita disponibilidade financeira. Nesse seu mostrar-se “competente e capaz”, eu sentia que havia uma convicção inconsciente tenaz de que o próprio pensamento pudesse ser fabricado voluntariamente,



usufruindo das palavras extraídas da análise, e que isso equivalesse à realidade, ou seja, como se equivalesse a um verdadeiro pensamento sobre a realidade de si mesmo e que ela poderia ser mudada mudando o seu pensamento. Pensamento esse que ele regulava, obviamente, somente com as palavras, fingindo ter assimilado a interpretação na análise. Nenhum desmascaramento dessa crença e do seu jogo surtia efeito, pelo contrário, quanto mais eu interpretava, mais ele parecia tomar gosto em fingir que assimilava as interpretações, em um jogo de composição alternada de um grande quebra-cabeças que não envolvia minimamente a sua vida. Obviamente comecei a interpretar cada vez menos.

Carlo parecia fazer de tudo para tornar agradável a mim a sua pseudocolaboração: descrevia os seus sentimentos, na realidade pseudosentimentos, e as dificuldades que experimentava comigo e em relação a mim, segundo ele, percebidas graças à análise. Descrevia, ou melhor, redescravia também o que se referia aos seus jogos obsessivos, declarados como tais por ele mesmo. Expunha cada dificuldade com coerência e riqueza de particulares, evacuando-a, porém, em si mesmo e tentando depositá-la em mim, na expectativa de que eu a resolvesse, experimentando (já que as interpretações eram para ele coisas concretas, fabricadas com as palavras como o seu pensamento e equivalentes à realidade) as diferentes técnicas que ele acreditava mais eficazes ao seu intento, isto é, que eu me movesse, fizesse “alguma coisa”, mesmo que somente interpretando.

Depois repetia – eu diria ‘requeitava’ – interpretações velhas, mostrando tê-las assimilado e integrado ao seu interior, para após poder aplicá-las em novas condutas interpessoais, mas tudo em uma espécie de fingimento. Essa parecia ser, porém, para ele, a única realidade em que podia acreditar, enquanto, na realidade exterior, continuava a agir como se ela e a análise nunca tivessem existido. Um contorno obsessivo progressivo com o passar dos anos caracterizou este seu inatacável “como se”.

Seguimos assim durante anos, enquanto Carlo destruía a empresa que gostaria de ter salvado e dissipava o seu patrimônio. Contratransferencialmente alternavam-se em mim momentos de compreensão pelos seus handicaps, de sintonia e de esperança e outros de minha raiva por situações que pareciam simples e de resolução fácil e próxima, mas que a seguir se revelavam inatacáveis. Eu sentia o paciente como um provocador que mostrava a beleza da sua colaboração diante da minha incapacidade. Havia em mim momentos de afetuosa piedade e outros de desânimo e de renúncia à tarefa. Sentia que o paciente queria introduzir em mim todas as suas coisas, sobretudo as ruins, cada pensamento desagradável equivalendo nele aos próprios excrementos.



Carlo usava muito frequentemente o toilette do consultório e cada interpretação a propósito era repetida e manipulada como justificativa de que tinha “entendido”, mas na realidade para continuar o ato. De fato, em uma espécie de delírio calmo e convicto, em nível consciente, não sabia se o que saía do seu corpo era urina ou esperma, necessitando preocupar-se em olhar as partes de seu corpo para identificar que secreção estava emitindo (era capaz de perceber tatilmente quando isso acontecia, ou olhando com cuidado preventivo cada parte do seu corpo). Com algumas prostitutas – único contato que se permitiu em toda a vida – tinha que perguntar-lhes como era o seu pênis e o que acontecia no coito. Da mesma forma não conseguia distinguir a saída dos líquidos do seu corpo da saída de palavras da sua boca. Estava convencido de que podia, assim, fabricar o próprio pensamento. E tampouco, mais profundamente, distinguia os orifícios do corpo entre si. Junto ao contínuo fingimento de que entendera as interpretações, eu me dava conta de que ele tinha uma forte resistência a que “algo” de meu entrasse nele.

À sua evacuação dissimuladamente violenta correspondia o medo de uma penetração minha igualmente violenta dentro dele, tudo vivenciado em termos concretos, corpóreos. Junto ao seu medo, eu sentia uma resistência raivosa ao fato de que deixar entrar algo de meu dentro dele lhe demonstrasse a sua dependência e rompesse a sua primitiva e denegatória onipotência. E também medo de que eu pudesse entender um pensamento seu diferente daquele que acreditava ter fabricado com as suas palavras e fornecido a mim. Isto é, medo de deixar escapar alguma coisa que entrasse dentro de mim. Este “algo” era, ao mesmo tempo, a “verdade”, a compreensão da sua desastrosa situação interior, da sua doença e algo de explosivo e destrutivo que podia agir tanto dentro dele quanto dentro de mim.

Essas angústias, com a falta de distinção entre corporal e mental, impediam-no de ter qualquer contato comigo e também com qualquer outra pessoa da sua já não breve vida. Tudo era mascarado em um jogo de satisfação sutil para com os vários aspectos da minha atuação, jogo que me envolvia na sua atmosfera irreal. Uma manifestação da minha impotência, diante de uma situação que para ambos revelava-se impossível, com a perspectiva de interromper a análise (já com mais de dez anos), não o demovia: cada vez ele me pedia para continuá-la.

A morte da mãe, assistida desveladamente por Carlo durante uma longa agonia, pareceu despertar-lhe sentimentos autênticos, e isso me fez suspender a ideia de decidir pelo encerramento da sua análise. Tinham-se passado dez anos desta sua segunda etapa, mas Carlo não conhecia o tempo. Neste ínterim, vinha-se maturando em mim a minha experiência analítica e o conhecimento sobre



psicoterapias infantis neonatais, enquanto refletia sobre a incapacidade do paciente de usufruir das palavras para um pensamento verdadeiro, sobre as suas descrições de afetos como se não se pudesse considerar o seu impacto sobre a realidade da ação, sobre a sua incapacidade de distinguir a encenação complacente para comigo de um contato mais autêntico e sobre os seus ritos obsessivos, que pareciam favorecer, com a posição no divã, uma situação separada da realidade. Por ocasião de uma proposta minha de encerrar a análise e ao seu pedido de continuá-la, eu propus então passar das quatro sessões no divã a duas vis a vis. Carlo aceitou passivamente.

Pouco a pouco comecei a ficar em silêncio observando-o e deixando que a minha expressão, principalmente do rosto, fluísse naturalmente. Para mim foi uma surpresa perceber que me sentia à vontade com o vis a vis, que geralmente é considerado mais vinculador que o divã. Por alguns meses, Carlo pareceu não perceber absolutamente nada das minhas expressões, como se eu não existisse: fazia tudo sozinho, expondo cada dificuldade e interpretando-a para si mesmo, no rastro de uma memória lúcida (reprodutiva como uma fotocópia) de toda a sua perpétua análise. Depois, prolongando-se a ausência das minhas intervenções verbais, começou a me observar e, cada vez que notava alguma coisa (mas a maior parte das vezes desviava logo o olhar), mostrando surpresa, atribuía um significado à minha expressão, porém a seu bel-prazer, na verdade de forma completamente diferente do que eu sentia na situação, corroborando-o com repetições de velhas interpretações minhas e principalmente “refeitas” por ele.

Eu o sentia agitado no seu empenho em dar um significado à minha expressividade. Decorridos mais alguns meses, não saberia dizer o quanto eu tinha acentuado a minha expressividade, fazendo-a acompanhar de brevíssimos comentários ou de algumas interpretações, ou o quanto ele tinha-se tornado capaz de me olhar e de captar as minhas expressões como significativas, o mais das vezes, porém, dotadas de um significado que ele atribuía a mim, como se quisesse convencer-me disso, como se quisesse introduzi-lo em mim com uma violenta identificação intrusiva, mas, ao contrário agindo como se, com a minha expressão, eu quisesse obrigá-lo a raciocinar (=falar) de uma forma diferente da que fazia.

Em seguida, de várias formas, repetia a tentativa de atribuir às minhas expressões visuais o “seu” significado, em um jogo de “faz de conta” com as palavras. A minha expressividade parecia atingir o objetivo de fazer com que cessasse o seu contínuo ato de palavras sobre aquilo que ele captava; ou seja, entender que eu lhe transmitia algo sem entender o quê. Isso, se de um lado era vivenciado como uma imposição violenta ao seu livre correr com as palavras que ele acreditava serem autênticos pensamentos, com esforço aprendidos através



Antonio Imbasciati

da análise e considerados equivalentes a realizações concretas, por outro lado causava-lhe perplexidade. Esta emoção – finalmente – por um lado era sofrida masoquisticamente como uma imposição punitiva porque “errava”, mas por outro lado, diante do meu silêncio, continuava a despertar-lhe uma certa angústia. Após alguns meses, houve um momento decisivo que foi a sua percepção de que tinha medo de “descobrir-se”, de ser desmascarado pela minha compreensão, percebida através das minhas expressões não verbais, da sua aspiração, agora reconhecida, de ser considerado saudável e inteligente. Eu diria que este foi um primeiro reconhecimento verdadeiro, depois de décadas, da sua doença.

Eu me sentia agora mais tranquilo e Carlo parecia tornar-se capaz, diante do meu sentir-me tranquilo, de tolerar o reconhecimento das suas incapacidades mentais e de ter preocupações mais autênticas pela sua situação interna, um estímulo a aproximar-se do seu mundo interior e de mim de maneira diferente. A perplexidade atualmente tem aumentado e Carlo parece agitado. Tenho a impressão de que ele começa a “sentir”, autenticamente, alguma coisa diferente daquilo que “queria sentir” e sobretudo entender (entender realmente, assimilar) que o que começa a sentir – emoção – não pode ser regulado a seu bel-prazer. Parece-me que Carlo está tomando consciência das suas dificuldades. Este poderia ser o sinal de uma guinada na sua estrutura interior? E a minha comunicação não verbal, que experiência lhe estará transmitindo? □

Abstract

Serious patients and non verbal communication: how they are changing psychoanalysis

Some types of patients seem to be able to work in the ir psychoanalytic treatment focused in interpretation, but on a long term basis, they don't show internal changements and so their analysis goes on indefinitely. Interpretation and verbalization seem not to have any effect. So the role and the value of non verbal therapeutic factors were pointed out. The Author takes into account the current developments in infant psychoanalysis with very young children, babies, newborns and their parents, by making a comparison with therapeutic developments derived from the so called *Infant Research*: here interpretation and verbalization can't be applied, unless used in a secondary manner. Recent neurosciences findings seem to integrate the two different approaches and to confirm the structuring action of non verbal communication and it's, restructuring therapeutic value. The interactional, non verbal communications would have the same effect on adult



analysis: they would be the unconscious affective vehicle of communication which constitutes the “relationship”. A general and progressive evaluation of complex intersubjective relational and behavioral factors in human relationship is bringing contributions and changes in the whole psychoanalytic “corpus”. The Author considers the usefulness of these developmental contributions for adult analysis, specially with patients considered serious and/or difficult cases, questioning and discussing the general analytic training. The contributions of child psychoanalysis, specially the work with parents of newborns and small children shown through *Infant Research* and neurosciences are pointed out as important factors changing fundamental concepts in psychoanalytic theory and technique.

Keywords: Child analysis. Serious patients. Nonverbal communication. Interpretation.

Resumen

Pacientes “difíciles” y comunicación no verbal: alteraciones en psicoanálisis

Algunas categorías de pacientes aparentemente receptivos al trabajo psicoanalítico enfocado en la interpretación no presentan alteraciones internas correspondientes, principalmente a largo plazo, muchas veces prolongando indefinidamente el análisis. Ese hecho ha llamado la atención hacia los factores terapéuticos no verbales que acompañan el trabajo de interpretación. El autor toma en cuenta el actual desarrollo del psicoanálisis infantil, con niños pequeños y recién nacidos y sus padres, haciendo una comparación con el desarrollo terapéutico derivado del *Infant Research*, en el cual la interpretación y la verbalización no pueden usarse a no ser de forma secundaria. Recientes constataciones de las neurociencias parecen integrar los dos distintos enfoques, confirmando el valor estructurante de la comunicación no verbal, en particular la vehiculada por las interacciones y, por lo tanto, el valor reestructurante de las intervenciones terapéuticas. Este efecto actuaría también para las comunicaciones no verbales, interaccionales, en el análisis de adultos: ellas son el vehículo de la comunicación afectiva inconsciente que constituye la “relación”. Una evaluación general y progresiva de la relacionalidad en sus formas intersubjetivas complejas y también comportamentales está paralelamente aportando contribuciones y alteraciones a todo el corpus del psicoanálisis. El autor considera la utilidad de los desarrollos mencionados para el análisis de los adultos, particularmente para aquellos pacientes considerados graves, o de cualquier forma difíciles, proyectando algunos



interrogantes sobre la formación general de los analistas. En ese contexto, se evalúa como los aportes del psicoanálisis infantil, particularmente el trabajo con los padres de recién nacidos y niños pequeños del *Infant Research* y de las neurociencias, han contribuido y contribuyen para la alteración de conceptos fundamentales en la teoría y en la clínica de todo el psicoanálisis.

Palabras llave: Análisis de niños. Pacientes graves. Comunicación no verbal. Interpretación.

Referências

- AMERICAN PSYCHOANALYTICAL ASSOCIATION. (2006). *Panel 20/01/06 on consciousness*.
- BATEMAN, A.; FONAGY, P. (2004). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Milano: Cortina, 2006.
- BEEBE, B.; LACHMANN, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: co-constructing interactions*. Hillsdale: The Analytic.
- BENECKE, C.; KRAUSE, R. (2005). Facial affective relationship: offers of patients with panic disorder. *Psychotherapy Research*, v. 15, p. 178-187.
- BICK, E. (1964). Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico. In: BONAMINIO, V.; IACCARINO, A. *L'osservazione diretta del bambino*. Torino: Boringhieri, 1989.
- BUCCI, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: a multiple code theory*. New York: Guilford.
- _____. (2001). Pathways of emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, v. 21, p. 40-70.
- _____. (2007a). New perspectives on the multiple code theory. The role of bodily experience in emotional organization. In: ANDERSON, F. S. (Eds.). *Bodies in treatment, the unspoken dimension*. Hillsdale: The Analytic. p. 51-77.
- _____. (2007b). Dissociation from the perspective of Multiple Code Theory. *Contemporary Psychoanalysis*, v. 43, p. 165-184; 305-326.
- _____. (2009). Lo spettro dei processi dissociativi. Implicazioni per la relazione terapeutica. In: MOCCIA, G.; SOLANO, L. (Eds.). *Psicoanalisi e neuroscienze*. Angeli: Milano.
- COLOMBO, D. (2008). What use of consciousness? A clinical neuroscience roundtable. *J. Amer. Psychoan. Ass.*, v. 56, n. 1, p. 273-280.
- CRITTENDEN, P. (2008). *Il modello dinamico maturativo*. Milano: Cortina.
- FERRUTA, A. (2009). Un'analisi scientifica del vivente. In: MOCCIA, G.; SOLANO, L. *Psicoanalisi e neuroscienze*. Milano: Angeli.
- FONAGY, P. (1999). Memory and therapeutic action. *Int. J. Psychoanal.*, v. 80, p. 215-223.
- _____. (2001). *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano: Cortina, 2002.
- FONAGY, P. et al. (2003). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Milano: Cortina.
- GALLESE, V. (2007). Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale. *Rivista di psicoanalisi*, v. 53, n. 1, p. 197-208.
- GOLEMAN, M. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam, 1996.
- GREENSPAN, S. (1997). *Developmentally based Psychotherapy*. New York: McGraw Hill, 2000.
- IMBASCATI, A. (2006). *Constructing a mind: a new basis for psychoanalytic theory*. London: Brunner & Routledge.



- _____. (2007). Neurosciences et psychanalyse: pour une nouvelle metapsychologie. *Rev. Franc. Psychanal.*, v. 71, n. 2, p. 455-477.
- _____. (2010). Towards new metapsychologies. *Psychoanalytic Review*, v. 97, n. 1, p. 73-90.
- JIMÉNEZ, J. P. (2006). After pluralism: towards a new, integrated psychoanalytic paradigm. *Int. J. Psychoanal.*, p. 1487-1509.
- MANCIA, M. (2009). *Sentire le parole*. Torino: Bollati Boringhieri.
- MELTZER, D. (1978). *Lo sviluppo kleiniano*. Roma: Borla, 1982.
- _____. (1986). *Studies in extended metapsychology*. Milano: Cortina, 1987.
- MERCIAI, S.; CANNELLA, B. (2009). *La psicoanalisi nelle terre di confine*. Milano: Cortina.
- MOCCIA, G.; SOLANO, L. (2009). *Psicoanalisi e neuroscienze*. Milano: Angeli.
- RIZZOLATTI, G.; SINIGAGLIA, C. (2006). *So quel che fai Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina.
- RIVACRUGNOLA, C. (1999). *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partners*. Milano: Cortina.
- _____. (2007). *Il bambino e le sue relazioni*. Milano: Cortina.
- SCHORE, A. N. (2003a). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton & Company.
- _____. (2003b). *Affect dysregulation and the disorders of the self*. New York: Norton & Company.
- STERN, D. (1987). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- _____. (1998). The process of Change Study Group. Non interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *Int. J. Psychoanal.*, v. 79, p. 903-921.
- STERN, D.; BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP. (2005). The something more than interpretation revisited. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, v. 53, n. 3, p. 693-729.
- _____; _____. (2007). The foundational level of psychodynamic meaning. *Int. J. Psychoanal.*, v. 88, p. 843-860.
- _____; _____. (2008). Forms of relational meaning: issues in the relations between the implicit and the reflective verbal domains. *Psychoanal. Dialogues*, v. 18, p. 125-202.
- VALLINO, D. (2004). *Essere neonati*. Roma: Borla.
- _____. (2009). *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Roma: Borla.

Recebido em 01/07/2010

Aceito em 11/08/2010

Tradução de **Susana Termignoni**
Revisão técnica de **Neusa Knijnik Lucion**

Antonio Imbasciati
Società Psicoanalitica Italiana
Via Celio, 2
20148 – Milano (Italia)
www.imbasciati.it
e-mail: info@imbasciati.it
e-mail: imbascia@med.unibs.it

© Antonio Imbasciati
Versão em português da Revista de Psicanálise – SPPA