Transferindo aspectos inomináveis no campo analítico: uma aproximação didática

Roosevelt M. S. Cassorla, Campinas*

O objetivo do trabalho é mostrar similaridades e diferenças, em forma didática, entre fenômenos que se manifestam dentro e fora do campo analítico quando a simbolização verbal se encontra dificultada ou obstruída. Estudam-se, em particular, descargas e dramatizações que se revelam como gestos psíquicos, acting-outs*, ações patológicas e* enactments*. Situações clínicas ilustram os fenômenos estudados. Em particular mostra-se que áreas de dor inominável podem revelar-se através de enactments agudos, mix de descargas, não-sonhos dramatizados e sonhos sendo sonhados, que desfazem conluios entre os membros da dupla analítica (*enactments *crônicos). Diferenciam-se, também, atos não pensados e ações interpretativas efetuadas pelo analista. São discutidas questões referentes à nomenclatura, diferenciação, funções e manejo desses fenômenos, remetendo-se à condição de intersubjetividade da relação analítica. Conclui-se com a abordagem de fatores do analista que podem facilitar o acesso a aspectos primitivos no funcionamento mental.*

Descritores: Transferência. Intersubjetividade. Acting-out*.* Enactment*. Ação patológica. Gesto psíquico. Sonhos. Não-sonho. Não-sonho-a-dois. Teoria do pensar. Técnica analítica.*

* Membro efetivo e didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo e do Grupo de Estudos Psicanalíticos de Campinas.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P661 15/8/2012, 10:57

Visões contemporâneas sobre a comunicação entre os membros da dupla analítica, isto é, sobre o que a maioria dos psicanalistas nomeia como aspectos da transferência/contratransferência, tentam compreender como são externalizados e transferidos aspectos cuja simbolização verbal se encontra prejudicada. Nessas situações, áreas psicóticas e traumatizadas se revelam/escondem no campo analítico em formas variadas.

Quando o paciente é capaz de sonhar (sonhos da vigília e da noite) e comunicar esses sonhos através do discurso verbal, considera-se que estamos em contato com áreas simbólicas, isto é, em que o trabalho-de-sonho-alfa é capaz de transformar fatos não mentais em fatos que podem fazer parte da rede simbólica do pensamento (Bion, 1962, 1992). Neste modelo a transformação de fatos sem significado em símbolos imagéticos (elementos alfa) que, por sua vez, adquirem representação verbal, nos faz considerar que tudo aquilo que o paciente narra, no campo analítico, é a descrição de imagens visuais atuais ou que se sofisticaram em conceitos e abstrações. Por isso consideramos essas narrativas *sonhos* em sentido amplo, e elas incluem relatos, narrativas e outras formulações verbais, inclusive as associações subsequentes. Elas revelam/escondem situações conflitivas da triangulação edípica utilizando as defesas possíveis. Os tons, timbres, ritmos, pausas e formas musicais envolvidas nos relatos verbais revelam expressividades que evocam/escondem configurações afetivas.

O analista se deixa penetrar pelo sonho do paciente, identifica-se com ele e re-sonha esse sonho em outras vertentes, desfazendo ou modificando defesas. O sonho do analista é comunicado ao paciente que, por sua vez, o re-sonha e assim por diante. Constituem-se *sonhos-a-dois* em desenvolvimento contínuo, que, ao se conectarem à rede simbólica do pensamento, promovem sua ampliação e desenvolvimento.

Concomitantemente (ou preferencialmente) o paciente coloca no campo analítico fatos sem significação ou com significação tão restrita que não é possível a conexão adequada à rede simbólica do pensamento. Esses fatos, descritos como elementos beta, objetos bizarros e transformações em alucinose tomam o campo analítico. Neste texto englobaremos todos esses fenômenos no termo *não-sonho*. Os *não-sonhos* estão em busca de sonhadores que os transformem em sonhos, e o analista pode ser esse sonhador.

O não-sonho do paciente se manifesta no campo analítico através de descargas em atos, em sintomas corporais, em enredos estanques, por vezes bizarros (delírios, fanatismo, dogmatismo) e em alucinações dos sentidos. Os

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P662 15/8/2012, 10:57

não-sonhos podem ser sutis, encobertos, ou sua manifestação ser tão intensa que demande ajuda médica e/ou psiquiátrica[1].

O analista se deixa penetrar pelo não-sonho de seu paciente que, em geral, é descarregado através de identificações projetivas massivas. O analista utiliza sua capacidade analítica para sonhar o não-sonho. Ao dar-lhe significado, esse não-sonho sonhado se conecta à rede simbólica. Neste modelo, portanto, o analista sonha o não-sonho do paciente.

No entanto essas identificações projetivas podem atacar a capacidade de pensar do analista. Nessas situações o analista é recrutado a participar de conluios duais, confundindo-se com aspectos do paciente sem que se dê conta do que está ocorrendo. Ocorrem *não-sonhos-a-dois*. Eles podem redundar em impasses e fracassos analíticos.

Por vezes esses conluios se arrastam por um tempo considerável paralisando áreas do campo analítico, enquanto o processo caminha em outras áreas. Trata-se de *enactments crônicos*. Esses conluios podem se desfazer se o analista, incomodado, se permite um "segundo olhar", por vezes com a ajuda de um colega. Ou quando ocorre um *enactment agudo*, situação que indica desfazimento da relação dual e contato traumático com a realidade triangular. No decorrer do texto essas situações serão melhor estudadas[2].

1. Introdução a partir da clínica

Tentaremos, neste texto, discutir alguns aspectos relativos à manifestação, no campo analítico, de fatos clínicos nos quais a simbolização verbal se encontra prejudicada. Como a nomenclatura referente a esses fatos é controversa e as possibilidades de compreensão teórica nem sempre complementares, efetuaremos uma proposta de ordenação e esclarecimento. Nosso objetivo é principalmente didático e visa à aplicação clínica. Antes de passar aos temas propriamente ditos, serão apresentadas três vinhetas clínicas[3].

---

[1] Os termos transferência psicótica, transferência traumática, transferência de vazios, transferência perversa, transferência erotizada etc. poderiam ser utilizados nessas situações, dependendo dos fenômenos que surgem no campo analítico.

[2] O detalhamento das ideias descritas pode ser encontrado, em suas versões mais recentes, em Cassorla 2008a, 2008b, 2008c, 2009, 2012a, 2012b. Seu desenvolvimento é encontrado em Cassorla, 2001, 2003, 2004, 2005a, 2005b, 2007.

[3] Todas as situações clínicas relatadas foram construídas e deformadas (visando à não exposição) a partir de fatos reais ou potencialmente possíveis em processos analíticos.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P663 15/8/2012, 10:57

Paciente A

O analista mudara de consultório e a paciente chega para sua primeira sessão no novo local. Fora avisada da mudança com bastante antecedência e haviam sido trabalhadas fantasias sobre ela, de forma que parecera criativa.

Já ao entrar A. faz o analista perceber que ela está transtornada, sua expressão facial lembrando-lhe a da primeira entrevista, quando chegara como se fosse psicótica. Seu olhar faz o analista sentir medo e ele percebe que está impactado por vê-la dessa forma. A. não se deita no divã, nem se senta. De pé, agressivamente, diz que não vai mais continuar a análise, depois do que o analista tinha feito. Repete obsessivamente a acusação, inconformada, sem entrar em detalhes. Sua fala é contundente, onisciente, totalmente fechada a qualquer questionamento. Seu ódio é manifesto e o analista receia que pule em cima dele e o agrida fisicamente.

O analista percebe o quanto está surpreso e assustado, mas não encontra nenhuma pista que explique a conduta da paciente. Ela continua acusando-o de algo que ele não entende. Após várias tentativas, finalmente o profissional consegue interrompê-la, solicitando que esclareça o que ele teria feito. E ela, em vez de responder, abandona bruscamente a sala de análise para nunca mais voltar.

O analista, inconformado, tentará reconstruir as sessões anteriores não encontrando nenhum elemento que lhe possibilite alguma pista compreensiva. Terá, apenas, a impressão que a mudança de consultório poderia estar involucrada na situação, mas não tem como confirmar sua hipótese. Chamaremos, provisoriamente, o fenômeno ocorrido *acting-out* (atuação). Consideraremos que não houve possibilidade de sonhar (pensar) algo indefinido e esse *não-sonho* foi descarregado através da fala e de outras ações motoras.

Paciente B

O paciente B. chega à sessão com expressão sofrida, similar àquela que tem tido nos últimos tempos. Fala desesperançado de seu sofrimento, de se sentir sobrecarregado sem dar conta do trabalho, da família, das dificuldades de relacionamento, de compromissos infindáveis, da vida terrível que levou desde sempre. Entra em detalhes sobre sua impotência e desânimo e diz que, finalmente, percebeu o absurdo de estar fazendo análise. Não consegue imaginar como conversas poderão fazê-lo melhorar, ainda que, estranhamente, goste de estar com o analista. Está certo que não tem jeito, que é tudo uma perda de tempo e dinheiro.

O analista sente que o relato do paciente o incomoda e também se sente desesperançado, quase duvidando se vale a pena continuar o trabalho. Percebe

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P664 15/8/2012, 10:57

seus sentimentos e, por isso, pode esperar que apareça algo que lhe forneça dados relativos às funções da fala de B. Aos poucos vai se formando em sua mente uma ideia, que lhe ficará clara concomitantemente com sua comunicação ao paciente. Diz-lhe: "B., me passou pela cabeça se você. não estaria querendo saber como eu sinto nosso trabalho e se eu também não vou me sentir impotente e desistir".

O analista percebe que poderia continuar sua intervenção. Ao falar, seu campo de hipóteses se ampliou e "visualiza" B. como se fosse um bebê procurando saber se será acolhido, compreendido, talvez testando essa capacidade no analista e utilizando os meios que pode agora e talvez no passado. A sensação de incômodo, de impotência, se transforma e o analista se sente mais confortável. Mas interrompe a fala por sentir que deve observar como o paciente sentiu sua intervenção.

B. diz que é engraçado, lembrou-se de situações na adolescência, em que estava bem na escola e, ao ir chegando em casa, passava a sentir-se mal, sofrido, como se nada valesse a pena. Tem consciência de que sua mãe e pai foram bons pais, mas parecia sempre que faltava algo.

O analista lhe diz que talvez esse sofrimento fosse a forma de comunicar a seus pais, e agora ao analista, sobre algo ainda indefinido, nomeado como falta, e sua esperança de que ambos pudessem compreendê-lo. Mas ele corria o risco de fazer com que as pessoas, o próprio analista, ficassem contaminados por sua desesperança e pudessem desistir dele.

B. sorri e diz que sabe que isso não aconteceria com o analista. Mas se lembrou de um episódio. Quando se dedicava a um trabalho pelo qual era responsável, seu superior tivera um surto psicótico; isso já era visível no ambiente de trabalho, através de falas e condutas inadequadas. Um dia, entrando na sala do seu superior, este passou a gritar de forma perturbada, afirmando que B. nunca conseguiria levar o trabalho adiante. B. respondeu-lhe, também gritando, que sim – ele tinha razão, que ele nunca iria conseguir fazer o trabalho [...] com esse chefe. Este ficou desarmado, não esperava isso, e se acalmou, voltando a falar coerentemente.

O analista comenta que talvez essa lembrança tenha a ver com os riscos que se corre com loucuras. Se o seu chefe-analista também ficar louco, ambos poderiam desistir de compreender o que está acontecendo e não ocorreria qualquer trabalho produtivo. Mas, ao lembrar desse episódio, B. também mostra que a comunicação dessa loucura pode estimular a percepção de ambos.

B. sorri, diz que sim e conta detalhadamente um episódio, da véspera, em que, ao se vitimizar, percebera que esperava levar alguma vantagem em

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P65 15/8/2012, 10:57

determinada situação. Ficou assustado com a percepção; ao verificar que seus queixumes tinham sido ignorados, ficou aliviado.

O analista mostra-lhe que parece ter ocorrido o alívio pela percepção que analista e paciente não levaram avante um conluio mórbido e que, graças a isso, o clima da sessão se alterou produtivamente, conduzindo a um maior conhecimento.

Chamaremos o fenômeno ocorrido na primeira fala do paciente, lamentadora, de *descargas*, *evacuações* ou *ações evacuativas*, *não-sonhos* manifestados na sala de análise, em que as descargas ocorreram através da fala. No decorrer da sessão essas descargas foram sendo substituídas por *sonhos-a-dois*, isto é, vinculações de fantasias, lembranças, ideias, juízos, que se manifestaram como enredos fruto da capacidade de pensar de ambos os membros da dupla. E isso ocorreu graças à possibilidade de o analista sonhar o *não-sonho* inicial, dando-lhe um significado que foi se ampliando durante a sessão.

Paciente C

C. tem recusado sistematicamente todas as interpretações do analista, ridicularizando-as e denegrindo a análise e o profissional. No entanto, vem pontualmente às sessões e não esconde o prazer em derrotar o analista. Este tem tentado compreender a função desse tipo de comunicação sem sucesso e sentindo-se incomodado.

Numa sessão o paciente entra e diz que esqueceu o talão de cheques. Logo, o pagamento (que já estava atrasado) não será efetuado. Fala sobre o fato agressivamente, não como desculpa, mas como algo consumado frente ao qual o analista terá que se submeter. Continua: "E, pelo que andei ouvindo, há outros analistas que cobram mais barato que você. E talvez sejam mais experientes. Não sei quanto cobra G., vi uma palestra dele e o achei muito simpático. Ele falou sobre inveja, e fico pensando se você não me cobraria mais que aos demais pacientes, porque tem inveja de quanto eu ganho. Com certeza G. ficaria muito feliz se eu o procurasse – e eu lhe pagaria de bom grado o que me cobrasse".

O analista, que já iniciara a sessão contaminado por lembranças de sessões anteriores, percebe que vai ficando cada vez mais irritado. Em particular, quando o paciente fala de G., pensa que esse seu colega, cuja formação questiona, mais uma vez está seduzindo pacientes em potencial, perversamente. Lembra-se de outros episódios relacionados a G. em que se sentiu prejudicado por ele. Pensa também no pagamento: contava com ele para cumprir seus compromissos e agora terá que resolver o assunto de outra forma. De repente se lhe escapa a seguinte

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P66 15/8/2012, 10:57

frase: "Você e G. se merecem". C. sorri e diz: "Você está incomodado com G. Está ironizando porque ele é melhor que você".

Nesse momento o analista sente que está descontrolado. Seu ódio é imenso. Pensa que G. é um falso, que seus títulos são um embuste e se vê vingativamente desejando que o paciente procurasse G. e com isso se destruísse ainda mais. Tem vontade de dizer isso ao paciente e sente que não poderá evitar. Sabe, por outro lado, que está perturbado. Passa a sentir-se mal, fica tonto e tem a sensação de que vai desmaiar. Pede licença ao paciente e vai ao banheiro onde lava seu rosto e tenta se acalmar.

Quando o analista retorna, o paciente se levanta, parecendo assustado, e diz que gostaria de sair antes de terminar o horário. Em seu próximo horário telefona e avisa que não mais virá à análise devido a uma viagem urgente, não dando qualquer chance ao analista para um novo encontro.

Consideramos, neste material, que o analista não foi capaz de conter a violência das identificações projetivas massivas de seu paciente e as devolveu puras, ao dar-lhe a entender que "ele e G. se mereciam". Não foi possível ao profissional desemaranhar-se dos ataques invejosos e denegritórios do paciente, "metabolizá-los", nomeá-los e pensá-los, sendo descarregados no corpo e na fala. Posteriormente o terapeuta, em supervisão e análise pessoal, perceberá que fora mobilizado em conflitos seus não resolvidos, reativados na relação com dinheiro e com seu colega G. Tratar-se-ia de uma evacuação em duplo sentido, um *não-sonho-a-dois*. Utilizaremos o termo *enactment* para esse entrecruzamento e suas consequências.

Pensamos que, nas três situações relatadas (falas e conduta de A., primeira fala queixosa de B. e falas, sintomas e condutas de C. e seu analista), as descargas comunicavam fatos não passíveis de serem simbolizados e sonhados em forma suficiente. Esperar-se-ia que o profissional suportasse essas descargas e em seguida as sonhasse. Em A. não houve tempo para isso, em B. a compreensão e o sonho do analista estimularam sonhos-a-dois. Em C os não-sonhos-a-dois destruíram o processo analítico[4].

2. Alguns aspectos teóricos

No item anterior separamos alguns fenômenos que descrevemos como evacuação de elementos não possíveis de serem pensados. Essa descrição embute um referencial teórico em que consideramos a existência de um mundo interno

[4] Adiante esta formulação será ampliada.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P667 15/8/2012, 10:57

cujo externalização poderá redundar em descargas e/ou vinculação, ligação criativa, desenvolvimento de novos significados e crescimento mental. Abordaremos esses aspectos, resumidamente, partindo de conceitos freudianos (Freud, 1911), kleinianos (Segal, 1957) e bionianos (Bion, 1962). Nossa tarefa será diferenciar categorias relacionadas a *sonhar-pensar* e à *descarga evacuativa*.

Categoria I (do sonhar-pensar). A. *pensamento*, que se refere à possibilidade de sua expressão através de símbolos verbais, visuais, figurativos, artísticos, matemáticos, o brincar, etc. B. *ação decorrente de pensamento*, em que este se manifesta através de atos que modificam a realidade.

Ambos os fenômenos costumam vir mesclados e expressam fantasias, ideias, lembranças, conhecimentos, juízos e suas vinculações, incluindo estados emocionais, e se manifestam através das formas descritas. Sua comunicação ocorre através de um fenômeno emocional em que o indivíduo coloca dentro do outro um estado mental, despertando sentimentos, como forma de comunicação e não de descarga. Esses mecanismos são conhecidos como identificações projetivas normais ou realísticas e se diferenciam das identificações projetivas massivas, anormais ou patológicas, que subjazem aos fenômenos que veremos na Categoria II.

Utilizamos na Categoria I termos tais como pensamentos, ideias, ideações, conhecimentos, conceitos, juízos, devaneios, fantasias conscientes, sonhos, figurações, ações racionais, pensamentos em ação, teorias e outras nomeações similares. Espera-se que este texto, representado por símbolos da escrita, corresponda a esta categoria como uma articulação de fatos e ideias, fruto de pensamento.

Categoria II (da descarga). A. *ações evacuativas, como atos motores*, que servem à descarga de elementos que não podem ser pensados. B. *linguagem verbal evacuativa*, com a mesma função anterior, linguagem como ação não pensada; C. *descargas evacuativas*, dos mesmos elementos, ocorrendo de outras formas, manifestadas por onisciência, sonhos evacuativos, somatizações e sintomas corporais, fala desagregada, discursos ilógicos, alucinações, outras formas de transformação em alucinose, etc.

Nas três situações a descarga é efetuada através de identificações projetivas massivas**.** Essas identificações projetivas servem tanto ao propósito de evacuação e controle dentro do objeto, como têm potencial comunicativo, que teoricamente poderia ser desvelado.

Fenômenos da Categoria II podem ser genericamente chamados ações evacuativas e, quando ocorrem no espaço analítico, podem ser nomeados como *acting-out* e *enactment.* Adiante os diferenciaremos em detalhes.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P668 15/8/2012, 10:57

A ampliação do conceito de *ação evacuativa*, para além dos atos motores, implica em referência analógica à descarga, expulsão, movimento sob pressão, incapacidade de esperar e adiar gratificações. Esse movimento pode apresentar-se, eventualmente, como um antimovimento (por ex., silêncios, mutismo, catatonia, ruminações obsessivas, paralisias, etc). Dessa forma, a Categoria I, do *pensamento*, se opõe à categoria II, da *ação como descarga, sensu latu*.

Uma ampliação teórica desses conceitos implicaria aprofundamento em várias áreas. No referencial freudiano, a Categoria I (sonho-pensamento) remete ao processo secundário e ao princípio da realidade: a descarga motora, antes meio de aliviar o aparelho mental de excesso de estímulos, evolui para pensamento, caso se suporte frustração, e se transforma em ação empregada na alteração apropriada da realidade. No referencial kleiniano, vincula-se à posição depressiva (D), o que permite discriminação self-objeto e suficiente integração para que ocorra a formação de símbolos. No referencial bioniano, estamos no registro da parte não psicótica da personalidade, com a função alfa sendo capaz de transformar elementos beta em alfa, potencialmente pensáveis.

Por outro lado a Categoria II (descarga) remete ao processo primário e ao princípio do prazer/desprazer, no modelo freudiano; à posição esquizoparanoide (EP) e à dificuldade de simbolização no referencial kleiniano; ao funcionamento da parte psicótica da personalidade e à evacuação de elementos beta no modelo bioniano.

Fenômenos das categorias I e II ocorrem ao mesmo tempo, predominando ora uns, ora outros. Dessa forma, frequentemente identificaremos estados intermediários, mais próximos de um ou outro extremo, conforme a oscilação dos funcionamentos descritos: processo primário↔secundário; EP↔D; parte psicótica↔parte não psicótica da personalidade, não-sonho↔sonho.

Os fenômenos da categoria II, descargas do paciente, devem ser observados na sala de análise como tendo duas funções principais:

1. eliminar os estímulos desagradáveis, introduzindo-os dentro do analista;
2. mobilizar o funcionamento mental do analista.

Nesta última situação podem ocorrer gradações situadas entre dois extremos: a) comprometimento mental do profissional, identificado com os aspectos projetados do paciente (e, eventualmente, mobilizando aspectos próprios, dos quais não dá conta); b) possibilidade de compreensão, ressignificação dos elementos evacuados e transformação em algo possível de ser reintrojetado pelo paciente, pensável, junto com a introjeção da capacidade de efetuar essa transformação.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P669 15/8/2012, 10:57

Entre as categorias I e II há um continuum de possibilidades, como um espectro de cores, que inclui símbolos verbais, símbolos deteriorados, equações simbólicas, quase-símbolos, símbolos sendo destruídos e/ou refeitos, símbolos que expressam, mas não se vinculam, elementos sem significação, etc. (Cassorla, 2009). Há um fenômeno peculiar que envolve atos simbólicos não verbais e que poderia ser classificado entre I e II. Trata-se de dramatizações que ocorrem no campo analítico, como um "filme mudo" no qual paciente e analista se envolvem em cenas sem palavras que desvelam, de alguma forma, registros traumáticos ocorridos antes que a simbolização verbal se torne possível. Essas dramatizações, que podem também imiscuir-se em *acting-outs* e *enactments*, vão além da descarga e incluem outro tipo de simbolização – *o gesto psíquico* – gestos mímicos, ações simbólicas, que buscam nomeação[5]. Seriam não-sonhos dramatizados. Eles podem acompanhar tanto sonhos quanto descargas.

Na situação da paciente A., que acusa o analista e o abandona, o profissional não teve condições de compreender e significar os elementos projetados, não se lhe dando tempo para tal. A função da ação acabou sendo apenas a descarga dos elementos não pensados.

Com o paciente B. o analista sentiu-se incomodado com a fala inicial, lamentadora, desesperançada. A despeito de aparentar o uso de palavras como símbolos, elas serviam primordialmente como fluxo evacuativo. No entanto, o analista teve condições de observar, com paciência, a evolução dos fenômenos colocados em jogo no campo analítico até ser capaz de decifrar seu componente comunicativo. O analista pôde então transformar, ressignificando, o que estaria subjacente à evacuação. O paciente, por sua vez, valida as intervenções do analista, mostrando a ampliação do contato com seu mundo interno e com a realidade externa através de fantasias, lembranças e afetos, conjuntamente com a mudança do tipo de funcionamento mental. Sonhos-a-dois se tornam possíveis.

A fala do paciente C. visa a atacar o analista através de estados de superioridade invejosa. Esses ataques podem destruir a capacidade de pensar do analista. Este, por deficiências pessoais, não consegue utilizar sua função analítica para decodificar e ressignificar a função das identificações projetivas massivas. Por isso, devolve-as, não metabolizadas, como retaliação. O paciente vai tomar consciência abrupta de que suas fantasias destrutivas se transformaram em algo real. O processo analítico torna-se impossível.

Nas três situações podem identificar-se gestos psíquicos, em que são dramatizadas situações de frustração e abandono (paciente A), lamentadoras

[5] Estes fenômenos foram estudados em detalhes por Sapisochin (2007, 2011).

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P65 70 15/8/2012, 10:57

(paciente B) e invejosas-denegritórias (paciente C). Em resumo, a concomitância das três categorias (sonhos, não-sonhos evacuativos e não-sonhos dramatizados) é comumente identificada. O analista deverá utilizar sua capacidade intuitiva para discriminá-las.

A possibilidade de o analista utilizar seus próprios sentimentos para compreender seu paciente pode ser considerada como o uso de sua contratransferência como instrumento. Esta terminologia indica contato com derivados conscientes da contratransferência. Como veremos adiante, a maioria dos analistas atuais considera as identificações projetivas do paciente como formas de envolver o analista, estimular que ele represente papéis complementares, com resultados tanto obstrutivos como comunicativos[6].

3. Ação racional, *acting-out* e ação patológica

Paula tem 16 anos e foi encaminhada para análise por um psiquiatra. Já havia passado por vários profissionais, que "não deram certo". A mãe conta ao analista, por telefone, que há alguns meses Paula está estranha, fechada, fazendo e falando coisas esquisitas. Nos últimos dias piorou, tem passado a noite em claro, aterrorizada com algo indefinido, e ontem bateu na empregada acusando-a de querer envenená-la. Acabaram de chegar de um supermercado, onde agrediu uma funcionária, acusando-a de querer roubá-la.

Qualquer que seja o referencial teórico, os analistas estarão de acordo quanto ao fato de a demanda pela entrevista repousar na "esquisitice" e nos terrores e atos de Paula.

O telefonema da mãe para o analista poderá ser considerado uma *ação racional*, pensada, resultante de uma avaliação realística da situação e da necessidade de ajuda. Não estranharemos se encontrarmos também a mãe algo assustada, identificada com a filha, mas esses terrores teriam sido transformados em pensamentos, que, por sua vez, demandaram ações práticas para lidar com o problema.

A mãe comunica ao analista pensamentos através de símbolos verbais e identificações projetivas realísticas. Além do significado das palavras, a mãe utiliza entonações, ritmos, pausas e outras formas de comunicação não verbal, que estimulam o analista a captar modulações afetivas, em especial o terror sentido.

[6] Uma revisão de aspectos relacionados a estes fatos pode ser encontrada em Cassorla 1995, 1997. O livro editado por Zaslavsky & Pires dos Santos (2006) mostra diversas abordagens em relação à contratransferência.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P65 71 15/8/2012, 10:57

Paula, por seu lado, tentou comunicar seus terrores à mãe através da evacuação violenta de elementos não pensáveis, não-sonhos como enredo estanques. A mãe, ainda que não tenha conseguido sonhá-los, pede ajuda ao analista.

Alguns psicanalistas poderão chamar *acting-out* aos fenômenos manifestados por Paula, através de ações evacuativas, em especial os atos motores (a agressão à empregada). Esse termo é a tradução inglesa do alemão *agieren*, que Freud (1914) usou, de uma forma geral, como uma forma de repetição do passado impossível de ser recordado e que se manifesta transferencialmente em relação à pessoa do analista. Freud exemplificava com o paciente que não recordava sua rebeldia infantil frente a seus pais, mas se mostrava desafiante em relação a seu analista.

Aos poucos, a ideia de *agieren* de Freud foi sendo restringida a atos impulsivos descarregados, o termo *acting-out* se tornando mais restrito que o agieren freudiano. Se retomarmos a ideia original, podemos considerar que o paciente coloca no campo analítico enredos dramatizados, *gestos psíquicos*, que podem ou não ser acompanhados de descargas. Na verdade, a conceituação e teorização do *acting-out* não são suficientemente claras. Além dos aspectos já assinalados há confusões dos seguintes tipos:

1. Os *acting-out* ocorrem na situação analítica, ou estão a ela estreitamente relacionados, e foi nessa situação que eles foram descritos. O uso do advérbio *out* implica no fato de os fenômenos se constituírem em externalizações de situações que ocorrem no mundo interno. *Out* também se refere a movimento e rapidez. Alguns passaram a interpretar o sufixo *out* como referência a *fora da sessão*. Para contrapor, utilizaram o advérbio *in* para aquilo que ocorreria dentro da sessão, criando-se o termo *acting-in*. Não utilizaremos este último termo[7].

Consideraremos, portanto, *acting-out* como atos relacionados à situação analítica, ocorridos dentro ou fora da sessão. Dessa forma, a utilização do termo *acting-out* (atuação) para os atos de Paula, descritos por sua mãe ao telefone, não é adequada no referencial que adotamos e os chamaremos de *ações patológicas*. Este termo, portanto, descreve situações similares, mas sem relação com o processo analítico. Será utilizado, também, para atos realizados por personalidades caracterologicamente impulsivas, que põem em risco a si e a outros (Roughton, 1993).

Teoricamente, ações patológicas também poderão ocorrer em pessoas que estão em análise e serão diferenciadas de *acting-out* se verificarmos que não existe,

[7] Na verdade, o termo *acting-in* foi introduzido em outro contexto, praticamente não mais utilizado, como algo entre o *acting-out* e os sintomas de conversão (Etchegoyen, 1987).

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P65 72 15/8/2012, 10:57

na ação, relação identificável com a situação analítica. No entanto, espera-se que essas ações patológicas possam ser externalizadas, em algum momento, no campo analítico, através de *acting-out* (dentro ou fora da sessão), ou outras transformações, que, contidas e ressignificadas, venham a ser transformadas em pensamentos. Dessa forma, ações patológicas e *acting-out* irão se substituindo, e a predominância dos segundos em detrimento das primeiras, permitindo a participação viva e presente do analista, indicará transformações produtivas.

Por exemplo, uma pessoa que constantemente sofre acidentes, frutos de impulsividade, como ações patológicas, terá grande chance de continuar com essa conduta (ou outras com significado próximo) uma vez iniciada a análise. Espera-se que, aos poucos, esses "acidentes" sejam transformados em pensamentos ou outros fenômenos, incluindo ações "acidentais" manifestadas no campo analítico, dentro ou fora da sessão (*acting-out*). Lembremos, no entanto, que, mesmo em se tratando de ação patológica, seu relato na sessão terá conotação transferencial, não pela ação em si, mas em função dos estados emocionais colocados em campo, na relação com o analista.

2. Outra utilização inadequada do termo *acting-out* decorreu de uma difusão errônea do conceito para dentro da psiquiatria e da sociedade. Dessa forma, passou-se a aplicá-lo a comportamentos de pessoas com dificuldade em controlar seus impulsos e, posteriormente, de forma pejorativa, moralista, a qualquer situação em que pessoas fazem algo que não é considerado "correto", caindo-se num vértice antianalítico.

No entanto, essa conotação moralista foi, também em parte, produto da psicanálise. Quando o psicanalista esperava que o paciente apenas recordasse, colocando em palavras suas lembranças antes recalcadas, o profissional poderia frustrar-se, se isso não ocorresse. Dessa forma, corria o risco de ficar irritado com as "atuações" do paciente, pois este não se ajustava ao que se esperava que "devia" fazer. Ao mesmo tempo, o analista sentia-se pressionado a retaliar o paciente por seu "mau comportamento".

Aos poucos foi possível perceber e teorizar melhor esse mal-estar vivenciado pelo analista. Ele decorre do risco de contraidentificações com os elementos expelidos pelo paciente, através de identificações projetivas massivas. Dessa forma, o profissional poderá sentir-se imobilizado por elas, ou contra-atuando, devolvê-las não "metabolizadas". Em outras palavras, corre o risco de bloqueio ou mesmo destruição de sua função analítica.

A compreensão de que o paciente "atua" porque não pode fazer outra coisa, que a função analítica prejudicada faz parte do processo e que a tomada de consciência desse prejuízo pode servir para compreender o que se passa têm feito

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P65 73 15/8/2012, 10:57

com que se abandone a conotação moral aplicada ao fenômeno. Mas ela persiste no meio psiquiátrico, jurídico, social e mesmo entre psicoterapeutas e psicanalistas. Devido a essa contaminação do termo, há analistas que passaram a utilizar o termo *enactment* para substituí-lo. Mas, como veremos adiante, este conceito implica em algo além de *acting-out*[8].

Consideramos que o termo *acting-out* é útil, desde que sua teorização seja clara, como a descrição de uma forma de funcionamento do aparelho mental, revelada por ações motoras ou evacuativas, por dificuldade ou impossibilidade em utilizar a simbolização, base e manifestação da capacidade de pensar e que ocorre em relação com o processo analítico. Trata-se, portanto, de uma das variadas formas como a transferência se manifesta, e podemos utilizar conceitos relacionados à identificação projetiva massiva, elementos beta e função alfa prejudicadas, em sua teorização. E, como vimos, reservamos o termo ação patológica para aquela que ocorre em determinados indivíduos, sem relação com o processo analítico[9].

4. Na sala de análise

Uma vez nomeados a maioria dos fenômenos que nos propusemos a estudar, passaremos a ilustrar em mais detalhes seu trabalho pelo analista. Iniciaremos com o segundo contato com Paula. O analista considera que o processo analítico já se está desenrolando, ainda que o contrato não tenha sido efetuado. Por isso, por vezes, junto com condutas analíticas estritas ocorrerão outras, investigativas, próprias de entrevistas exploratórias.

O analista abre a porta que dá para a sala de espera e vê a mãe de Paula, sentada, lendo uma revista em sua frente. Atrás da mãe há uma janela grande de vidro e vê-se Paula olhando, do jardim, para a sala de espera, atrás da mãe. É algo insólito, como se Paula estivesse superposta, atrás da figura da mãe. Mas, pelo fato de estar de pé, o analista parece ver uma imagem monstruosa: um corpo sentado com duas cabeças, a da mãe e, acima dela, na mesma linha, a de Paula.

A percepção do analista, a partir da imagem visual que lhe é oferecida, se transforma, em sua mente, na ideia acima. Não houve ainda qualquer comunicação

[8] Alguns analistas vêm utilizando o termo *acting* (sem o sufixo).

[9] O termo *acting-out*, ainda que seja mais utilizado para condutas motoras, por vezes é usado também para ações evacuativas envolvendo a descarga através da fala. No entanto, não costuma ser utilizado para outras ações evacuativas como descargas no corpo, não-sonhos traumáticos, gestos psíquicos, alucinações e outras transformações em alucinose ainda que correspondam a fenômenos similares.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P65 74 15/8/2012, 10:57

verbal, mas ocorreu vinculação com outras ideias do analista. Vemos, desta forma, uma imagem visual sendo significada, buscando transformação em símbolo verbal, resultado de pensamento e matéria-prima para sua ampliação.

Paula percebe que o analista abriu a porta, passa do jardim para a sala de espera e entra direta e espontaneamente na sala de análise. Parece um trator, sempre olhando para a frente. Vai direto para a cadeira do analista, atrás do divã. Este se senta em outra cadeira e tem que virar-se para poder vê-la, torcendo seu corpo. O analista pergunta o nome, idade, onde mora, etc., e Paula responde coerentemente, mas, olhando-o nos olhos, parece que desafiadora.

Esse olhar é mantido por algum tempo, e o analista indaga o que aconteceu. Responde evasiva: "Nada". É-lhe dito que, se veio até a consulta, talvez seja porque está sofrendo. Acena que sim com a cabeça. Agora parece frágil. A seguir mostra o peito e o pescoço e faz uma careta como se estivesse sufocada. Diz: "Angústia".

No momento seguinte ocorre uma transformação intensa: seu rosto mostra ódio, e grita agressiva: "Meu pai quer que eu tome o remédio, eu não quero tomar. O que o sr. acha?". Enquanto fala, exaltada, se agita na cadeira. O analista percebe que ela exige uma resposta imediata. Ele fica em silêncio, sabe que tem que observar mais. Paula tira do bolso um papel, uma bula de remédio e diz que quer tomar este remédio e não o que o pai quer lhe dar. E, continua: "O sr. não acha mais lógico eu tomar o remédio que eu quero e não o que meu pai quer?". Fala com uma certeza inabalável. O profissional não consegue ler a bula e percebe que, entre outros estímulos, ela incita a que ele se levante e se aproxime dela. Pergunta agressiva: "O que o sr. acha?".

Detenhamo-nos na sua expressão agressiva somada à pergunta sobre tomar ou não o remédio. Ainda que haja comunicação verbal, Paula está colocando em ato, descarregando emoções violentas, as quais penetram no analista, que se vê pressionado a dar uma resposta, a tomar um partido. A violência das emoções deve ser contida pelo analista. O relato, através de descargas, continua. O analista percebe que está sendo levado rumo a uma armadilha – como que bloqueada sua capacidade de pensar, sente-se forçado a responder àquilo que ela quer ouvir: de que lado ele vai ficar – do dela ou dos pais? Se sucumbir a essa pressão, responderá evacuativamente. Há fortes indícios de que ela deseja, e talvez precise, que o analista resolva por ela o seu conflito em relação à situação de dependência e desligamento dos pais. Essa "resolução", qualquer que fosse, seria anti-analítica, impedindo que Paula substituísse a evacuação de elementos não pensáveis pelo funcionamento de seu aparelho para sonhar e pensar.

Posteriormente, quando o analista tiver uma compreensão melhor do que

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P65 75 15/8/2012, 10:57

ocorreu, escreverá algo como: "Ela quer saber de que lado vou ficar [...] e os pais estão dentro dela, como remédios (ou venenos?), para suprir o seu desespero e o da família. Ela concorda que precisa ter algo dentro dela, mas quer que seja a seu modo. Está confusa quanto ao que os objetos (pais) têm/colocaram dentro dela, os quer e não os quer ao mesmo tempo. Quer saber também se ela vai poder entrar dentro de mim e colocar-me dentro dela, mas tem que ser do jeito que ela quer, controlando-me, face ao seu pavor do descontrole. Sua angústia, que é um sufoco, relaciona-se com a invasão de seu corpo e de sua mente por esses objetos sufocantes, que ela precisa, mas quer deixar, não consegue, e está tentando apossar-se deles de outra forma. Mas essa outra forma pode também ser sufocante, e, ao sufocar o objeto, ela o introjetará da mesma forma. É esse o beco sem saída que ela me apresenta. Antes, na sala de espera, me mostrara, através da imagem, o ser monstruoso que se formou, com duas cabeças, mistura de mãe e filha, sufocando-se mutuamente. Isto pode ser revivido agora, o desejo e o medo da fusão".

Em seguida, o analista fala com Paula sobre esses medos. Ela ouve com atenção, parece refletir, e após alguns segundos sua expressão se altera. Bruscamente se levanta da cadeira (do analista) como que assustada e vem sentar-se numa poltrona, em frente ao profissional. Olha, rapidamente, de esguelha, para um local no espaço ao lado da cadeira de onde saiu.

O analista lhe diz que a sente assustada. Paula acena que sim com a cabeça. Diz que está com medo e pergunta inquieta: "O que eu tenho? Que loucura é essa?" Diz que foi na França e corrige: "Não, foi antes...". Depois diz que não sabe se foi ou não foi à França.

O analista lhe diz que deve ser terrível sentir-se dividida em duas: uma que foi e outra que ficou. E repete, alternando seu olhar, ora em direção a sua cadeira, onde Paula deixou o que o analista pensa ser uma alucinação terrorífica, ora para ela: "Uma que foi e outra que ficou".

Paula olha para o analista com ar de surpresa, acenando um sim com a cabeça, enquanto acompanha seus olhos. Instantaneamente fica mais calma, acomodando-se na poltrona, de onde antes parecia estar pronta para escapar.

O analista quer saber mais sobre essa suposta viagem. Paula lhe diz, irritada: "O sr. sabe!". Diz que sim, que ela tem isso desde criança. Mas, em seguida, mostrando uma curiosidade triste, pergunta: "Como a gente tem isso?".

Posteriormente o analista escreverá: "Penso que minha nomeação de seus terrores a fez refletir, e a validação vem com seu ato de concordância (movimento em direção a D[10]). Mas, ainda que parte de sua mente esboce integração e

[10] D=Funcionamento da posição depressiva; EP=da posição esquizoparanoide.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P65 76 15/8/2012, 10:57

pensamento, este não é suportado e voltam a predominar evacuações, utilizando-se de cisões intensas. Os aspectos terroríficos e sufocantes que ela havia colocado dentro de mim são reintrojetados de forma violenta, e, em seguida, expelidos no espaço, alucinados (→EP). Foge deles, aproximando-se de mim, tomado como objeto protetor. Pode falar-me de sua loucura, espera que eu a contenha. O esboço de pensamento é retomado (→D), fazem-se indagações, mas elas ainda embutem o movimento de cisão. Mas agora podem ser descritas. Essas cisões são também formas de lidar com seu dilema de fundir-se e, ao mesmo tempo, procurar distanciar-se do objeto. Quando diz que eu sei da viagem, projetando dentro de mim sua fantasia de onisciência, mostra nova oscilação → EP. Penso que minha indagação intrusiva fez com que se assustasse, talvez sentindo que eu lhe estou devolvendo descuidadamente o que imobilizara dentro de mim. Ao poder discriminar-lhe o mecanismo, ela fica curiosa em saber como isso ocorre. E, insiste, mostrando ampliação de contato com seu mundo mental: "Eu os uso desde criança"(→D).

5. Ação interpretativa

Alguns meses após o início da análise, com Paula já se comunicando adequadamente e retomando sua vida normal, os pais resolvem viajar para o exterior. A situação da viagem, trazida por ela, pareceu ao analista bastante confusa, os pais marcando e desmarcando passagens, como que vacilando. Aos poucos ele percebe que Paula se mostra confusa. Numa sessão de segunda-feira, após um fim de semana prolongado, ela entra na sala assustada, olhando em torno e pede, aterrorizada, que o analista a ajude, que não a abandone. Pega no seu braço, segura sua mão, agitada. Levanta-se e senta-se, anda pela sala. Volta para perto do analista e se agarra a ele. Olha fundo em seus olhos e repete: "Por favor, não me deixe".

O analista, surpreso, vivencia seu pavor. Ainda que perceba a influência do final de semana, ele sente essa possibilidade como apenas intelectual. Percebe que tem que observar e investigar mais.

Paula fala, de forma confusa, que, ao entrar no consultório, percebera que na casa ao lado moravam pessoas que queriam matá-la. O analista se lembra que ela lhe falara sobre alucinações e delírios em relação aos vizinhos da casa onde Paula morava, ocorridos antes de entrar em análise. Esses vizinhos também queriam matá-la e faziam magia negra, de noite, quando ela ouvia os ruídos e orações, o que a deixava aterrorizada e invariavelmente a fazia chamar os pais.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P65 77 15/8/2012, 10:57

Estes a medicavam, então, com antipsicóticos e a levavam para seu próprio quarto.

O analista continua escutando os detalhes: ela não havia notado antes que os vizinhos do consultório faziam parte da seita de magia negra, ao lado de sua casa. Continua falando agitada, andando pela sala. E, pergunta, agora em dúvida. "O sr. acha mesmo que seus vizinhos fazem parte da seita?".

O analista sente que precisa responder-lhe, confrontá-la com a verdade factual. Diz-lhe que ele não acredita que os vizinhos façam magia negra. Antes que ele termine, Paula diz que a casa deles, dos vizinhos do analista, é igual à dos vizinhos de sua casa. Automaticamente, o analista diz que gostaria que Paula mostrasse as semelhanças.

Saem ambos do consultório, atravessam o jardim, atingem a rua. Ela vai à frente e o analista a segue. Atravessam a rua, assim podem ver melhor a casa vizinha (e a do analista, já que ele trabalha em sua própria residência).

Paula olha para a casa e diz que, na verdade, ela é diferente do que imaginava. Ambos vêm a vizinha do analista na janela, e Paula parece que aceita que se enganou. O analista percebe que ela agora está calma. Em seguida, Paula relata que está assustada com a viagem dos pais. Acha que eles devem ir, mas teme ficar com muita saudade e piorar. Sua fala é coerente, acabou o terror. Senta-se na grama. O dia está muito bonito, convidativo para tomar sol sentado na grama.

O analista pergunta se ela quer ficar ali ou prefere entrar no consultório. Paula responde que, se o analista não se incomodar, seria bom tomar sol. Ele acha sua proposta coerente com o que estava sentindo e fica ao seu lado. O analista lhe fala do medo que ela tem de que ele a abandone, junto com seus pais.

Isso faz Paula se lembrar de fatos da infância, da avó querida que morreu e de outras situações de perda e luto. Emociona-se. Agora Paula se apresenta como uma pessoa, lidando com lutos de uma forma não psicótica. O analista também fala de sua própria casa (que está frente a eles) e do desejo que ela teria de ficar com ele, com a família do analista, quando seus pais viajarem. Ela concorda e fala dos filhos do analista, de como imagina que eles devem ser felizes e bem tratados.

Chamaremos de *ação interpretativa* ao ato do analista convidando Paula a sair da sala de análise para observar a casa vizinha. A ação interpretativa pode ser definida como "a comunicação que o analista faz ao analisando de sua compreensão de um aspecto da transferência-contratransferência por intermédio de uma atividade outra que a simbolização verbal" (Ogden, 1994).

O termo *ação interpretativa* pode ser ampliado para além da interpretação no sentido estrito, e, nesse caso, teríamos ações do analista em outros níveis de

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P65 78 15/8/2012, 10:57

intervenção: por exemplo, o silêncio após uma fala ainda desconexa, que não permite uma colocação do analista, estimula o paciente a trazer mais material, talvez observar-se mais, estimulando sua capacidade de suportar o *não saber*. Teríamos, portanto, uma intervenção em ação. Essas intervenções deverão ser produto predominante de elementos apropriados para o pensamento, ações pensadas, racionais, fruto da função alfa do analista, ainda que parte desse pensamento não tenha adquirido consciência.

Grande parte do trabalho com crianças pequenas, autistas e psicóticos, em que a comunicação verbal está prejudicada, exige este tipo de intervenção do analista, que, ao mesmo tempo, nomeia, verbaliza, funcionando como um "alfabetizador" para o paciente.

Na situação clínica descrita acima, propomos que o analista serviu como continente para as descargas terroríficas de Paula e intuiu que defrontá-la com a realidade, sem que ele demonstrasse medo, ameaça de destruição, poderia servir como ponte para a reintrojeção da capacidade dela de lidar com esses aspectos, possibilitando-lhe que se identificasse com as funções mentais do analista. Foram ações fruto da capacidade de pensar do analista e não estavam totalmente conscientes, quando as realizou. Por isso foram ações interpretativas, que, se pudessem ser colocadas em palavras, talvez soassem assim: "Paula, eu percebo o quanto você está sofrendo, mas imagino que é algo que ainda não pode ser sonhado. Acredito que em algum momento poderá ser compreendido. Eu continuo vivo, não estou aterrorizado como você. Vamos verificar juntos o que está ocorrendo. Comecemos usando os órgãos dos sentidos, talvez eles estejam mais preservados do que você imagina. Eu suponho que sim. E, caso eu esteja errado, tanto em relação à realidade externa, como em relação a seu funcionamento mental, você poderá continuar contando comigo. Vamos enfrentar juntos essas realidades assustadoras, não importa se externas ou internas. Vejamos, então, essa casa, etc., etc." A ação, no caso, condensou uma série de elementos, cuja verbalização não seria nada fácil.

Evidentemente, a ação do analista poderia não ter sido pensada e nesse caso seria uma descarga, um *acting-out*. Percebeu-se preocupado com o significado de seu ato. No entanto, o analista foi se tranquilizando enquanto observava que Paula ampliava seus vértices observacionais, mudando seu funcionamento, que agora indicava vínculos sólidos entre elementos como sonho e pensamento, sem mais ansiedades sinalizando desintegração. Dessa forma, a sequência da sessão validou a hipótese de que fora efetuada uma ação interpretativa.

O analista escreverá posteriormente: "Penso que nesta sessão Paula me ajudou, criativamente, estimulando-me a defrontá-la com a realidade externa.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P65 79 15/8/2012, 10:57

Mais importante, no entanto, penso que foi o fato de que, ao acompanhá-la e ir à rua, isso a fez sentir-se protegida: tem com quem enfrentar seus objetos terroríficos, assassinos, alguém que não tem medo e a quem pode entregar-se. As alucinações referiam-se a fantasias arcaicas, ela sendo evidentemente esse bebê ameaçado e futuro ser diabólico. Os objetos e fantasias terroríficas foram mobilizadas pelo fim de semana prolongado e pela viagem dos pais. A perda de objetos idealizados os transforma em terroríficos, atacando o bebezinho desesperado e impotente. O deslocamento para meus vizinhos tenta poupar o analista e sua família (como antes projetava nos vizinhos de sua casa o que imaginava que ocorria no quarto dos pais). Recupera-me como objeto bom e me convida a dividir com ela o prazer do sol protetor e carinhoso. Protegida pelo objeto bom, pode lidar melhor com suas perdas e lutos, incluindo a perda por não poder ter-me totalmente, mas permitindo que eu cuide de meus filhos, ainda que de uma forma algo idealizada”[11].

6. Fora da sala de análise

Como vimos, o termo *acting-out*, como fruto de ações evacuativas, também poderá ser utilizado para situações que ocorrem fora da sala de análise, mas que têm relação estreita com o que ali estaria ocorrendo. Constituir-se-ão, portanto, em substitutos, deslocamentos, de algo que não pôde ocorrer na sessão, o que alguns autores incluem na ideia de transferência lateral. O paciente cinde a sua relação com o analista, seus sentimentos e partes de si mesmo, externalizando-os através de manifestações com outros objetos, fora da sessão. Uma de suas funções é evitar o contato, no *aqui e agora*, com a dor mental. O analista deve encontrar pistas que reflitam o papel do processo analítico nessas ações para poder transformá-las.

Paciente D

D. entra no consultório com fisionomia preocupada e fica em silêncio por um longo tempo, o que não é habitual. O analista sente-se incomodado e, após uma espera que julga razoável, assinala sua estranheza com a situação de silêncio e aparente tensão do paciente.

Este afirma que descobriu que sua mulher o trai. Um amigo comum apareceu em sua casa, aparentemente procurando por ele. Mas ele não costuma estar em casa nesse horário. Acha que ele vinha encontrar-se com sua esposa. O

[11] Este material clínico é discutido em mais detalhes, em Cassorla, 1997.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P6 80 15/8/2012, 10:57

assunto que o amigo queria conversar com ele lhe pareceu uma desculpa. D. tem certeza absoluta que a mulher o está traindo com o amigo. Isso aconteceu ontem. Questionou a mulher, mas ela não confessou. Pelo contrário, ficou chorando o tempo todo, por mais que ele insistisse. Agora não lhe sai da cabeça a ideia de matar o amigo, seu desejo é atropelá-lo. Confessa, envergonhado, que deu um tapa na cara da esposa.

O analista fica surpreso. O que mais lhe chama a atenção é o que sente como onisciência de D. e percebe que deve investigar mais. Ao mesmo tempo que pergunta a D. se ele tem mais dados, além do relatado, para suspeitar da traição, o analista se flagra indagando a relação desse fato com a situação analítica, mas receia estar teorizando.

D. diz que não precisa de mais dados. Que a expressão na face da esposa, confusa ao atender a porta, e o assunto que o amigo trouxe são dados insofismáveis de que eles têm um caso. Confessa que já desconfiava disso e nunca o havia contado.

O analista indaga sobre que elementos faziam com que ele desconfiasse. D. conta de uma situação de doença com seu pai quando o amigo sempre se mantivera muito próximo, ajudando e dando apoio emocional. Ele e a esposa estavam muito fragilizados e, aos poucos, foi percebendo que se sentia incomodado com a atenção que o amigo dava a ela. Em várias ocasiões discutiu com a esposa por que ela correspondia às atenções do amigo.

O analista sabe que essa doença do pai ocorreu há bastante tempo e que ele terminou por falecer. Naquela ocasião o paciente não estava ainda em análise. O analista, surpreso, assinala a distância temporal ao paciente. D. conta que a desconfiança daquela época já havia passado, mas, agora, depois deste fato, tem certeza, absoluta que eles têm um caso. E que já o enganavam desde aquele tempo.

O analista vai passar o restante da sessão investigando o quanto das ideias de D. têm relação com a realidade e o quanto se constituem em fenômeno psicótico, produto de sua própria mente. Não consegue discernir qualquer fato de realidade que justifique as certezas de D. Os indícios mostram justamente o oposto. Aos poucos, após muitas sessões, D. passa a admitir, relutante, a possibilidade de ter-se enganado e aceita a sugestão implícita do analista de que se deveria investigar mais. O analista também sabe que ambos devem investigar mais o funcionamento mental de D. e continua desconfiado sobre algo, indefinido, que poderia estar relacionado ao trabalho da dupla analítica. Não pôde, evidentemente, excluir totalmente a possibilidade de o paciente ter intuído algo sobre o amigo e sua esposa.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P6 81 15/8/2012, 10:57

No decorrer das sessões seguintes, analista e paciente podem perceber que as suspeitas se constituíam em uma forma de reviver situações de exclusão frente a um casal parental internalizado que era sentido como que atacado pelo desenvolvimento de D. No mesmo dia do encontro com o amigo, véspera da sessão, D. tinha acabado de ter reconhecida uma ideia em que investira muito, sendo promovido para o grau mais alto de sua carreira. Vinha trabalhando nisso há muito. Ao mesmo tempo sua vida familiar tinha melhorado bastante e logo iria nascer seu primeiro filho, tão desejado, a quem daria o nome do pai falecido. O analista descobre que não fora informado, fazia semanas, sobre o desenvolvimento da vida profissional de D., nem da possibilidade de promoção.

Foi ficando claro que a forma e o momento como o episódio fora contado (e outros fatos haviam sido escondidos) se refletiam na relação analítica. Se o fato da suposta traição, em si, poderia sabotar, destruir, tudo aquilo que havia sido conquistado, dentro e fora de sua mente, isso era deslocado e atribuído ao amigo, visto como rival, que ele teria superado em fantasia. Na relação com o analista esses elementos ficaram evidentes, as fantasias inconscientes de D. girando em torno de ataques invejosos e esvaziamento do profissional, de quem teria roubado os recursos e que poderia tomá-los de volta. Por isso, ele fora excluído das informações relativas ao desenvolvimento de D. O filho que iria nascer era também visto como produto de um roubo, ao mesmo tempo que rival na relação com a esposa. Mas, potencialmente, havia também a esperança de que o analista o protegesse, sendo capaz de conter e transformar os ataques e terrores subsequentes vivenciados dentro dele e também externalizados.

O ataque verbal e físico à esposa será considerado um *acting-out* ocorrido fora da sala de análise, assim como o potencial assassinato do rival. Todo o enredo, na verdade, corresponde a uma evacuação de elementos não pensáveis – ações evacuativas delirantes correspondendo a transformações em alucinose que incluíam a dramatização de situações arcaicas. Esses fenômenos se constituiam em deslocamento, para o amigo, de enredos que estavam ocorrendo na relação com o analista.

Por outro lado, a agressão à esposa, ocorrida antes da morte do pai, anos antes, será nomeada como ação patológica. Verificamos, portanto, como a ação patológica, enganchando-se na relação transferencial, adquire as características necessárias para ser transformada em *acting-out*, ainda que, neste caso, tenha ocorrido fora da sala de análise. A tomada de consciência dos elementos descritos vai permitir sua transformação em fenômenos mais evoluídos, vividos diretamente na relação com o analista.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P6 82 15/8/2012, 10:57

7. *Enactment*[12]

Retomemos o exemplo do paciente C., que ridiculariza e denigre o analista e a psicanálise. Em determinado momento o analista perde a cabeça e o campo analítico sofre uma catástrofe destrutiva sem possibilidades de reparação. Esse episódio pode ser chamado *enactment* agudo e aparentemente envolve um não-sonho-a-dois de descargas mútuas. Adiante veremos que essa aparência é enganosa. Imaginemos, no entanto, que o desfecho com C. fosse diferente. Retomemos a vinheta.

Numa sessão o paciente entra e diz que esqueceu o talão de cheques. Logo, o pagamento (que já estava atrasado) não será efetuado. Fala sobre o fato agressivamente, não como desculpa, mas como algo consumado frente ao qual o analista terá que se submeter. Continua: "E, pelo que andei ouvindo, há outros analistas que cobram mais barato que você. E talvez sejam mais experientes. Não sei quanto cobra G., vi uma palestra dele e o achei muito simpático. Ele falou sobre inveja, e fico pensando se você não me cobraria mais que aos demais pacientes, porque tem inveja de quanto eu ganho. Com certeza G. ficaria muito feliz se eu o procurasse – e eu lhe pagaria de bom grado o que me cobrasse".

O analista, que já iniciara a sessão contaminado por lembranças de sessões anteriores, percebe que vai ficando cada vez mais irritado. Em particular, quando o paciente fala de G., pensa que esse seu colega, cuja formação questiona, mais uma vez está seduzindo pacientes em potencial, perversamente. Lembra-se de outros episódios relacionados a G., em que se sentiu prejudicado por ele. Pensa também no pagamento: contava com ele, para cumprir seus compromissos e agora terá que resolver o assunto de outra forma.

Alteremos a vinheta. *De repente o analista, aparentemente em forma impulsiva, diz: "Tendo em vista o que você acaba de me dizer, proponho que encerremos o tratamento. Quem sabe você encontra um analista melhor [...]"*

O analista percebe seu tom de voz agressivo e se sente incomodado e culpado. Acredita que perdeu sua capacidade analítica recrutado pelas identificações projetivas massivas do paciente. Imagina que não foi capaz de sonhá-las e as devolveu em estado bruto ao paciente. Após um longo silêncio o paciente diz que não esperava isso de seu analista.

[12] Tem-se traduzido *enactment* por *puesta en escena* (espanhol), *agissement* (francês) e *Inszenierungen* (alemão), *colocação em cena da dupla* (português). Todos esses termos não representam a complexidade do fenômeno. Por isso temos mantido o termo em inglês.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P683 15/8/2012, 10:57

O analista, ainda sentindo-se perturbado, não responde. A sessão termina. Surpreendentemente o paciente, ao levantar-se, mostra-se abatido. Constrangido, pede desculpas ao analista e pergunta se poderia voltar, pelo menos mais uma vez, porque não gostaria de despedir-se dessa forma. O analista concorda.

A revisão do material clínico fará com que se identifiquem fenômenos surpreendentes. Será possível perceber que, durante bastante tempo, enquanto o analista tentava sonhar os não-sonhos destrutivos de C., em área paralela havia se constituído um conluio crônico sadomasoquista. Isto é, C. atacava o analista e este se deixava dominar. C. tomava o campo analítico com um mix de descargas e gestos psíquicos. Por exemplo, C. forçava trocas de horários, atrasava o pagamento e mantinha o analista acuado. O analista tentava interpretar o ocorrido, mas, em última instância, se submetia a C. Sua aparente "paciência", enquanto imaginava que fornecia um *holding* apropriado a C., escondia uma submissão masoquista. O lado sádico do analista, no entanto, se revelava ao não poder usar sua potência analítica para ajudar C. a escapar de sua organização patológica. Chamamos *enactment crônico* a esse conluio de identificações projetivas massivas mútuas, no qual paciente e analista mantêm uma relação dual. É importante assinalar que esse conluio passa despercebido ao analista.

O *enactment* agudo, na verdade, desfaz o *enactment* crônico. Quando o analista se recusa a continuar a análise, está desfazendo o conluio sadomasoquista. A relação dual se torna triangular, isto é, o analista mostra que tem mente própria e não está mais submetido ao paciente. Este desfazimento da relação dual é sentido como traumático. Verifica-se que, nessas situações, uma das funções do *enactment* crônico é justamente essa: congelar a situação traumática triangular através da manutenção de uma relação dual. Os sentimentos de culpa do analista se devem não apenas a seu receio de ter perdido a função analítica, mas ao fato de ter estimulado, no paciente, a revivescência do trauma do contato com a realidade triangular. Nesta visão o *enactment* agudo não será mais considerado apenas fruto de descargas mútuas, mas sim um mix de descargas, não-sonhos sendo sonhados ao vivo no campo analítico e sonhos sendo re-sonhados.

Um estudo aprofundado de situações desse tipo mostra que as relações duais oscilam entre conluios sadomasoquistas e de idealização mútua. Correspondem à manifestação de organizações patológicas (Steiner,1993), respectivamente tipo *pele grossa* e *pele fina* (Rosenfeld, 1987) descritas em pacientes borderline. Durante esses conluios, em áreas paralelas à obstrução dual, o analista utiliza sua função-alfa em forma implícita, costurando vazios traumáticos. Quando essa costura é suficiente, não antes nem depois, a dupla analítica abre espaço para a realidade triangular, correndo o risco da ruptura.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P6 84 15/8/2012, 10:57

Evidentemente, o *enactment* crônico poderá ser retomado. Mas, se o analista se deu conta do *enactment* agudo, terá mais condições para sonhar o conluio dual[13].

8. Sonhando vazios inomináveis

No material clínico seguinte, no qual o analista tenta sonhar aspectos primitivos de mente, o conjunto dos fenômenos estudados poderá ser melhor compreendido a partir das experiências emocionais vivenciadas pelo analista.

O analista desperta sentindo-se mal. Não consegue discernir o que seria esse "mal". Tem impressão que não se refere a seu corpo, que ele é de ordem emocional. O analista busca símbolos verbais que representem o que imagina que está sentindo, mas não os encontra. Tentativas de nomeação tais como cansaço e tédio, ainda que não satisfatórias, fazem com que se preocupe com a vitalidade de sua função analítica, da qual terá que dispor durante todo o dia.

O analista se dá conta das limitações dos símbolos verbais para descrever seus estados afetivos que ainda não podem ser conectados à rede simbólica do pensamento. Esses estados, mesmo mal-nomeados, servem como sinal de alerta para que preste atenção em si mesmo.

Agora o analista se vê frente a seu primeiro paciente e percebe que o mal-estar desapareceu e trabalha como habitualmente. Continua trabalhando bem até que, no meio da manhã, durante um intervalo mais longo, lembra-se de Susan. Será seu último atendimento nessa manhã e percebe que está preocupado.

Enquanto toma seu café lhe vêm à mente algumas lembranças do processo analítico com Susan. Após uma fase inicial da análise, aparentemente produtiva, Susan passou a queixar-se: sintomas no corpo, mal-estares indizíveis, medos indefinidos, pavores de doenças mortíferas, busca desesperada de médicos e tratamentos somáticos de todo tipo. O analista tentava nomear e dar significado a esses sentimentos. Mas sua impressão era que seu trabalho era estéril, suas intervenções não fazendo sentido para Susan. O contato com essa área desafiadora estimulava o analista, mas Susan se queixava e queixava cada vez mais.

Aos poucos o analista percebeu-se desanimado e lutando para dar sentido a sua impotência. O trabalho não era mais agradável. Lembra-se que, aos poucos, passara a perceber-se sonolento, como que adormecido pela cantilena repetitiva de Susan. Tinha que se esforçar para se manter acordado e passou a sentir que

[13] As ideias acima se encontram expostas, em detalhes, nos trabalhos citados de Cassorla. Excelentes revisões sobre o tema *enactment* se encontram em Paz (2007), Ivey (2008), Borensztejn (2009) e também no debate entre Steiner (2006) e Levenson (2006).

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P685 15/8/2012, 10:57

sua atenção e concentração como que definhavam. Consciente de que sua função analítica estava prejudicada, tentava observar seus próprios sentimentos imaginando que esses lhe dariam pistas para compreender o que estaria ocorrendo no trabalho da dupla.

A descrição acima é similar à anterior, mas agora inclui uma paciente, Susan. O analista *sofre* a experiência emocional, indiscriminado dela, mas, por ainda não ter significado, não pode vivê-la. Continua buscando símbolos verbais para poder distanciar-se e dar sentido a sua exasperação e desesperança. As lembranças que vêm à sua mente indicam alguma abertura nessa busca.

Ainda no intervalo o analista continua como que revendo seu trabalho com Susan. Sente-se incomodado com o gosto estranho do café que está tomando, tendo que colocar mais açúcar para que fique suportável. Adiante o jogará fora.

Percebe que está intrigado com a mudança que vem ocorrendo nas últimas sessões. Se antes se sentia sonolento e se esforçava para manter-se vivo, ultimamente se via possuído por um certo medo que vinha aumentando. Susan parecia ainda mais distante, e seu choro era diferente, assustador. Enquanto visualiza o que está pensando, o analista se dá conta que vivia momentos de terror. Por isso, pensa agora, seu sono tinha desaparecido. Pelo contrário, tinha que manter-se alerta, preocupado, com dificuldades em devanear e sonhar. Esboços de devaneios eram aterrorizantes, envolvendo morte, suicídio e algo mais que não conseguia nomear. Mas somente agora, durante o café, se dá conta desses esboços de imagens. Percebe que sua mente não os suportava.

O analista se sente frustrado porque não consegue sonhar os elementos beta que o invadem. Somente depois perceberá que o gosto amargo do café era uma tentativa sensorial de dar sentido a experiências emocionais “amargas”. O café jogado fora representa, em ato, a expulsão de fatos insuportáveis. Esse ato tem componente simbólico potencial, mas somente se terá acesso a ele quando for sonhado e pensado.

O analista sente necessidade de ampliar sua capacidade de representação e busca o auxílio do modelo teórico do trauma. Os elementos beta não conseguem ser significados pela mente de Susan porque esta se constituiu em forma deficiente ou/e porque a intensidade e qualidade dos elementos é superior à sua capacidade (da mente) de sonhar. Nesse modelo algo ocorre nos primórdios da constituição da mente que a traumatiza a tal ponto que ela não dá conta de sonhar em determinadas áreas. Fatores posteriores, internos ou externos, que mobilizam essas áreas, fazem com que eles sejam vividos como fatos traumáticos.

Temos, no entanto, algo novo: há um analista e se espera que ele possa sonhar os elementos que Susan não consegue, como que emprestando-lhe sua

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P6 86 15/8/2012, 10:57

função-alfa. No entanto, a mente do analista parece que está tão traumatizada quanto a de Susan. Sabemos que elementos beta expulsos entram dentro do analista, através de identificações projetivas, para que este os sonhe, mas, ao mesmo tempo, buscam controlá-lo para que seja mantido o *status quo* (Joseph,1989). Mas será que áreas traumáticas próprias do analista não foram também ativadas?

Enquanto devaneia, de repente, o analista toma consciência do "algo mais" que o aterrorizava e que acompanhava os esboços de imagens terroríficas. Num flash instantaneo se vê morto, talvez viu de relance seu próprio cadáver e sente um terror nunca antes vivido. Sente que vivenciou o nada pós-morte, a não existência. Para escapar do sofrimento busca desesperadamente substituir esse sentimento por outro. Acalma-se quando vem a sua mente a imagem de seus filhos, quando crianças, brincando com ele. No entanto o analista somente se deu conta de tudo isso posteriormente.

Observando o trabalho da dupla analítica, podemos dizer que ele estava estagnado. Em parte, paciente e analista estão enredados através de identificações projetivas massivas mútuas de elementos beta. O desânimo, impotência e a sonolência foram substituídos por preocupação, alerta e terror, ainda sem significação. Um observador externo descreveria a situação como estados afetivos e esboços de cenas que se repetem e repetem, sem solução.

Os nomes *não-sonho-a-dois* e *enactment crônico* poderiam ser aplicados aos fatos clínicos descritos, já que ambos os membros da dupla analítica, como que paralisados, não conseguem sonhar. No entanto, o fato de o analista estar consciente disso torna o termo *enactment* crônico não totalmente apropriado. Durante um *enactment* crônico, por definição, o analista não se dá conta que está envolvido num conluio obstrutivo. Mas é bastante provável que, em áreas cindidas, não-sonhos-a-dois não percebidos pelo analista também estejam ocorrendo.

A imagem visual do analista morto pode ser considerada um elemento alfa. No entanto, essa imagem insuportável foi instantaneamente revertida. Porque ela seria seguida por outras imagens insuportáveis: os filhos do analista sem pai, órfãos, e essa imagem atrairia a imagem do analista criança observando seu próprio pai morto etc. Esse enredo traumático somente pôde ser recuperado *aprés coup*, como costuma acontecer com fatos traumáticos. Espertamente o analista criou outro enredo substituto vendo-se vivo e com saúde cuidando de seus filhos, crianças felizes.

O não-sonho-a-dois é um mix de descargas que revela o ataque à capacidade de sonhar da dupla. Isto é, frente à experiência emocional, a mente deveria acionar uma engrenagem que buscaria dar-lhe significação, mas essa engrenagem não dá conta da experiência e é atacada e destruída. Teorizações variadas nos indicam

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P687 15/8/2012, 10:57

lutas entre pulsões de vida e morte, entre amor e inveja, entre vínculos emocionais positivos e negativos, entre objetalização e desobjetalização. O leitor escollherá as representações teóricas que lhe fizerem maior sentido.

Como vimos, o analista sentiu-se bem atendendo os pacientes anteriores a Susan. Mas agora, após o café, se percebe impressionado pelas lembranças e imagens que teve durante o intervalo. Sabe que a atenção exagerada a esses fatos pode obstruir sua capacidade intuitiva e busca manter-se num estado de mente sonhante que lhe permita vivenciar o que vai ocorrer. Ainda que saiba como está sendo difícil, procura retomar as recomendações técnicas que costuma seguir: buscar manter-se sem desejo, sem memória, sem intenção de compreender, para poder surpreender-se com o novo.

No horário de Susan, enquanto o analista abre a porta, sente que seu coração está acelerado. Sente-se aliviado ao encontrar Susan, viva, na sala de espera. O analista, ao olhar seu rosto, vê uma prisioneira de campo de concentração, esperando a morte e não se matando antes por falta de forças.

Susan se dirige até o divã, penosamente. O analista percebe que sua preocupação se transformou em desânimo e já se sente tomado por desespero. Percebe-se questionando o tratamento psiquiátrico que Susan efetua, concomitante com a análise. Perceberá, posteriormente, que tentara jogar para fora da sala de análise, para a psiquiatria, sua impotência, culpa e desesperança.

Susan se arrasta para o divã e o analista vai atrás, sentindo sua própria capacidade analítica se arrastando. A narrativa poderia continuar dessa forma e não seria muito diferente de outras sessões. Mas desta vez ocorre algo que surpreendeu ambos, paciente e analista.

Antes que Susan chegasse ao divã, o analista, sem saber por que, diz que gostaria que, hoje, ela não deitasse, mas se sentasse, indicando-lhe um lugar. Susan para, olha para o analista e vacila. A seguir, penosamente, recua em direção à cadeira, onde se senta. O analista senta-se frente a ela. Ambos, analista e paciente, sabem que algo diferente está ocorrendo, mas não sabem o quê.

O episódio descrito revela uma ação aparentemente não pensada pelo analista, isto é, um *acting-out*. Tentemos descobrir sua origem examinando o que vinha ocorrendo antes.

Se lembrarmos do estado do analista pela manhã, quando despertou, não seria descabido supor que, durante a noite, seu sonho procurava simbolizar aspectos que buscavam representação. O trabalho de sonho, no entanto, não fora suficiente e o sonho foi interrompido, restando, no analista, a sensação de algo mau – a frase inicial deste relato: “O analista desperta sentindo-se mal”. Esse “mal”, elementos beta não transformados, evacuados de sua mente, se manifesta como sintomas.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P6 88 15/8/2012, 10:57

Esse mesmo sonho, no entanto, continua inconscientemente durante a vigília (sonhos diurnos), e o analista consegue palavras aproximativas para o que está sentindo: desânimo e tédio, que funcionam como sinais. Ao mesmo tempo, em áreas paralelas, a função analítica se mantém íntegra e o analista pode sonhar o que ocorre com os pacientes anteriores a Susan.

No intervalo o analista se dá conta de que seu sonho inconsciente tinha relação com Susan e, mais ainda, que estava tentando sonhar perdas e lutos terroríficos próprios. Posteriormente confirmará que eles eram complementares aos de Susan. Tem também a convicção de que isso já vinha ocorrendo no sonho da noite.

Portanto, quando o analista abre a porta para receber Susan, se sente tomado por elementos beta, mas eles também já vinham tentando ser sonhados inconscientemente há algum tempo. A imagem do campo de concentração reflete esboços de significado. Ao mesmo tempo, sentimentos de culpa e de impotência são projetados pelo analista, sem muito sucesso, na psiquiatria.

O convite do analista para que Susan se sentasse poderia ser consequência de seu desespero em tentar mudar o enredo estagnado da dupla, a partir da alteração da situação analítica. Talvez desistir de ser psicanalista e conversar com Susan socialmente, consolando-a e apoiando-a? Ou dizer-lhe, frente a frente, que não seria mais possível analisá-la, desfazendo o contrato? Essas hipóteses passaram pela mente do analista, posteriormente, ao rever a sessão. Nesse caso seriam ações não pensadas que visariam a expulsar a psicanálise da relação, transformando-a em outra coisa.

Essa avaliação autocrítica do analista, se, por um lado, indica uma avaliação cuidadosa de sua responsabilidade, poderia também embutir a ação de um superego moralista, que costuma acompanhar os ataques à capacidade de pensar (Bion, 1962). Para substituí-lo por um ego em contato com a realidade, é importante observar cuidadosamente os fatos subsequentes.

O analista e Susan estão sentados, um frente ao outro. O analista olha para Susan. Mal consegue ver seu rosto, que ela desvia para baixo e para o lado, escondendo-o. Mas esse esconder é o que mais chama a atenção. De relance o analista vê as mãos e os pés de Susan retorcendo-se.

Sem saber por que, o analista fixa o olhar no rosto semiescondido de Susan e fica em silêncio. Não tem ideia do que falar e continua olhando fixamente. Ao mesmo tempo pensa se não cometeu um erro ao pedir que Susan se sentasse. Continua sem saber por que o fez.

Em algum momento o analista percebe que Susan está chorando. Aos poucos seu rosto vai ficando mais visível, e as lágrimas que rolam pelas suas faces fazem

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P6 89 15/8/2012, 10:57

o analista sentir-se emocionado. Nunca a vira chorar dessa forma. O analista percebe que não está mais assustado e sente uma tristeza imensa que, ao mesmo tempo, o alivia – como se as lágrimas lavassem a alma.

Após algum tempo o analista percebe que Susan está procurando palavras, entre soluços. Agora Susan olha profundamente nos olhos do analista e diz: "É a primeira vez que alguém olha para mim [...], é a primeira vez que alguém olha para mim [...]". E continua chorando. Em seguida, ora desviando o olhar, ora fixando-o no analista, entre soluços, faz um relato detalhado sobre situações vividas com sua mãe, enfatizando que ela nunca a considerava, nunca lhe dava atenção, nunca a ouvia, mas, principalmente, nunca a olhava. Procurava o olhar de sua mãe para sentir-se existente, viva e encontrava um não olhar que a aniquilava.

O enredo estagnado é rompido. A experiência emocional do aqui-e-agora adquire significado ao mesmo tempo que abre para a rede simbólica de Susan atraindo afetos, lembranças e pensamentos que, por sua vez, ampliam ainda mais o significado. O terror de não existência, antes impossível de ser representado, é vinculado a experiências emocionais do presente e do passado, condensadas principalmente no não-olhar aniquilador.

Esta visão dos fatos nos obriga a considerar que o ato do analista revelou ser mais complexo que uma simples descarga. Ele envolvia também trabalho de sonho inconsciente que resultou numa ação que representava, de alguma forma, a necessidade de Susan de ser vista, de sentir-se existente.

Podemos incluir esse ato no que tenho chamado *enactment agudo*. Ele envolve um mix de descargas, elementos beta sendo sonhados, elementos alfa sendo formados e esboços de pensamentos buscando desenvolvimento. Esse mix, colocado abruptamente no campo analítico, continua sendo sonhado pela dupla. Ele desfaz o *enactment* crônico anterior.

Suponho que o trauma de não existência fez, de início, Susan agarrar-se desesperadamente a seu analista, numa espécie de fusão em que evitava a tomada de consciência da separação self e objeto. O analista também se envolveu na situação e há indícios de que fatores próprios contribuíram para o fato. Essa era a origem do *enactment* crônico, uma forma de manter o trauma congelado. Essa fusão, por sua vez, impedia que houvesse espaço para simbolizar, bloqueando o desenvolvimento da capacidade de pensar.

Se essa fusão, em fantasia, poderia proteger Susan de entrar em contato com seu sentimento de não existência, ao mesmo tempo a ameaça constante de separação, de discriminação self/objeto, a mantinha aterrorizada. Pior ainda, a

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P6690 15/8/2012, 10:57

fusão era também sentida como mortífera, pois o objeto, confundido com o self, também se tornara mortífero.

Penso que, quando o analista convida Susan para sentar-se frente a frente, ele se sente incomodado não apenas porque sabe que sua função analítica está perturbada, mas também porque intui que está estimulando percepção de separação entre self e objeto. Sente receio e culpa pela possibilidade de traumatizar Susan ao defrontá-la com a realidade. No entanto, a tentativa de mudança da situação analítica envolvia também um cuidado do analista, um vínculo amoroso, que fez com que Susan se sentisse considerada e, principalmente, vista.

O fato de ter se aberto espaço para simbolização e pensamento nos confirma que predominou, no episódio, a discriminação amorosa entre self e objeto. Por outro lado, somos obrigados a supor que essa discriminação ocorreu como resultado da simbolização e, por isso, o trauma foi atenuado. A questão paradoxal que se impõe é a seguinte: somente podemos viver a relação triangular se ela for pensada e somente podemos pensá-la se estivermos vivendo nela. Em nosso modelo esse círculo emocional virtuoso é desencadeado por um objeto com função-alfa disponível. Mas essa função-alfa somente será disponível se o objeto puder transitar entre situações triangulares e o caos que impele a situações duais.

Em outras palavras, penso que a separação abrupta entre Susan e seu analista (o *enactment* agudo) somente ocorreu porque alguma espécie de simbolização implícita já estava ocorrendo. Isto é, o desespero de Susan e seu terror traumático de algo como a morte estavam sendo trabalhados inconscientemente pelo sonho do analista, através de uma *função-alfa implícita* que repercutia no sonho da dupla. Ainda que, em parte, o trabalho parecesse paralisado, em áreas paralelas o analista continuava tentando sonhar. No entanto, Susan constantemente desvitalizava e revertia o sonho do analista transformando-o em não-sonho. O analista continuava insistindo, lutando contra seu desânimo e terror, mas ele também contribuía para a reversão. Ambos os membros da dupla tinham receio de reviver traumas.

Podemos visualizar parte desse trabalho nas imagens de cadáveres, campos de concentração, pais mortos e pais vivos com filhos felizes. Personagens buscam pensadores e pensadores buscam personagens. Afetos destrutivos e não-olhares mortíferos lutam com capacidade acolhedora, tentativas de formação de símbolos, olhares amorosos, produto de ambos os membros da dupla, sendo trabalhados inconscientemente. O surgimento do *enactment* agudo mostra que o trauma da discriminação self/objeto pôde ser vivenciado, em forma atenuada, graças à função-alfa implícita que vinha ocorrendo e que culminou com a ressignificação do olhar.

Se a capacidade de sonhar o trauma não tivesse sido suficiente, o enredo anterior seria retomado. Isto é, a função-alfa seria revertida, e Susan se sentiria

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P691 15/8/2012, 10:57

traumatizada pelos atos do analista ou/e a dupla retomaria a relação fusional. Situações desse tipo devem ter ocorrido, muitas vezes, durante o processo anterior.

O episódio relatado permitiu que o analista se desse conta de aspectos próprios. Pôde pensar também em suas dificuldades de ver Susan de outras formas e fazer com que ela se sentisse vista. Susan, por sua vez, com avanços e retrocesso, foi desenvolvendo capacidade de ver-se a si mesma e a seu analista sob diferentes perspectivas. A capacidade de viver em situação triangular e a capacidade de pensar se desenvolvem ao mesmo tempo.

O analista percebeu, também, que a fase inicial do processo analítico que parecia produtiva envolvia fenômenos de área não psicótica, *sonhos-a-dois* entre Susan e seu analista. Mas esse sonhos também encobriam funcionamento de áreas primitivas. No decorrer do tratamento verificou-se que, muitas vezes, a função primordial de supostos sonhos-a-dois era esse encobrimento. Por isso, funcionavam como *falsos-sonhos* (Cassorla, 2009).

9. Evacuações e ações patológicas do analista

Não podemos nos esquecer que o analista, mesmo bem preparado, pode ter momentaneamente prejudicadas suas funções mentais, tornando-se predisposto a descargas durante a sessão. Como definimos que *acting-out* se refere a algo ocorrido na relação analítica, os *acting-out* do analista devem ser considerados como resposta a algo que provém do paciente. Por exemplo, o analista, invadido por projeções violentas do paciente, impossibilitado de transformá-las devido a contraidentificações, as devolve puras, ampliadas ou com pequeno grau de transformação. Como vimos, o termo *enactment* se aplica a essas situações.

Descargas do analista decorrentes apenas de sua patologia, sem relação com o que está ocorrendo na sessão, serão consideradas ações patológicas do analista. O paciente poderá responder a uma ação patológica ignorando-a, apontando-a, pensando-a pelo analista, ou respondendo através de *acting-out*, iniciando um possível *enactment*. Situações intermediárias são mais comuns, e espera-se que o analista possa separar os componentes próprios (relacionados à ação patológica) daqueles fruto da identificação com aspectos do paciente (relacionados a *acting-out* e evacuações). Esta percepção do analista somente poderá ocorrer após a descarga – se ocorresse antes, a descarga teria sido substituída pelo pensamento, e por vezes será o próprio paciente que dará pistas ao analista sobre a patologia deste, caso o analista possa aproveitá-las. A não compreensão

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P69 92 15/8/2012, 10:57

dos componentes próprios do analista, em forma constante e prolongada, levará a impasses ou conluios patológicos.

Um analista cansado, que passou a noite em claro, por motivos emergenciais, poderá sentir sono durante uma sessão, sem que isso tenha relação com o que o paciente relata. Um profissional apressado para um compromisso urgente poderá enganar-se e encerrar uma sessão sem que ela tenha terminado. Outro, com dificuldades financeiras, poderá cobrar de forma imediatista. Na grande maioria das vezes, o paciente tolera as falhas de seu analista (caso não sejam crônicas) e as observa ou intui inconscientemente. O analista deverá aproveitar as indicações de seu paciente para retomar sua função analítica. Permanentemente, o paciente nos mostra, através de suas reações ou associações a nossas intervenções, se elas foram adequadamente pensadas, se não se constituíram em incompreensões, ou se se transformaram em ações, evacuativas.

Outro risco que há é o de o paciente aproveitar-se dos erros, ou ações patológicas, do analista, para formar um conluio resistencial que impeça o aprofundamento do processo. A análise aparentemente corre bem, mas uma observação cuidadosa indicará que a patologia do analista se tornou complementar à do paciente. Nesta situação, assim como nas anteriores, nem sempre é possível saber-se o quanto de responsabilidade se deve à deterioração da função analítica por perturbação própria do analista e o quanto decorre de mecanismos do paciente que se "engancharam" na patologia do analista. Aqui estaríamos frente a um *enactment* patológico.

Temos que considerar também que, em certas situações, os chamados "erros" do analista, em particular suas ações patológicas, ainda que assim consideradas, podem envolver intuições do profissional, ainda confusas, e que poderão revelar-se úteis, se compreendidas. "Erros" somente o serão se obstruírem o desenvolvimento e deixarão de sê-los se o promoverem. Para isso, há sempre que ouvir e observar o paciente, nosso melhor "parceiro". Será ele quem nos fornecerá as pistas para sabermos o que está ocorrendo. Erros ainda mais grosseiros não deixam dúvida sobre uma perturbação própria do analista e da sua não relação com o paciente.

10. Conclusões

Concluiremos este trabalho referindo-nos às características do analista, aquele que será o alvo das descargas de elementos não pensados pelo paciente. Dentro do referencial adotado, sua função principal será dar um significado a

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P6 93 15/8/2012, 10:57

esses elementos, para que adquiram características de sonho passível de ser verbalizado. A integridade dessa função do analista dependerá basicamente de sua mente, que passou pelo processo de análise. No entanto, não basta ser analisado. O analista deverá também ter incrementado sua capacidade de observação de fenômenos mentais, ao mesmo tempo que vivencia experiências emocionais, mantendo disciplina e integridade. E, evidentemente, deverá ser ético, o que implica em características próprias sólidas; a falta destas não será necessariamente suprida por um processo analítico, por mais "profundo" que tenha sido.

Há também que lembrar que normas técnicas são instrumentos utilizados para facilitar o processo analítico e a consequente expansão do mundo mental. Se atrapalharem, devem ser questionadas, sem que se perca o vértice analítico. O enquadre deverá ser suficientemente flexível para conter os fenômenos que ocorrem, sejam quais forem suas expressões. E o enquadre mais importante é o mental, o temporal e espacial sendo auxiliares daquele. A rigidificação costuma associar-se ao uso defensivo de teorias, que costumam esconder a dificuldade em tolerar o desconhecido, forçando "conhecimentos" falsos.

Alvarez (1994) compara o trabalho analítico ao de um músico experiente, mas que *improvisa* constantemente e que deve viver e aprender a partir da experiência sentida. Para tal, o analista deve também permitir-se uma corajosa escuta receptiva, assim como uma atitude firme em relação às projeções terríveis desferidas pelo paciente, isto é, frente à sua desesperada necessidade de fazer com o analista aquilo que sentiu que lhe foi feito, para poder processá-las, transformá-las. A oportunidade de que ocorra *algo novo*, dentro do paciente, é importante. E, para isso, o analista terá que *se envolver* emocionalmente: tolerar a não compreensão e tomar consciência dos próprios sentimentos em relação ao paciente e de suas mudanças de momento a momento. O objetivo será tornar pensável o que não era, e, para isso, *fragmentos pré-digeridos*, ou, pior, *fragmentos indigestos* de explicação psicanalítica não funcionam. Mais ainda, com pacientes graves, grande parte da análise é usada na tarefa de auxiliá-los a aprenderem coisas como contenção, autocontrole, reflexão. O analista tentará manter o equilíbrio entre ficar suficientemente em contato com o paciente e ficar afastado o suficiente para poder pensar.

A avaliação do seu trabalho, por parte do analista, será efetuada a partir da percepção de crescimento mental, o qual decorre de processos e não mecanismos[14]. Há, por exemplo, um processo iterativo, entre *self* e objeto, que possibilita a emergência de elementos genuinamente *novos*. Por exemplo, o *self* projeta algo

[15] O estudo da validação desse crescimento pode ser encontrado em Cassorla, 2004, 2012a.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P6 94 15/8/2012, 10:57

dentro de um objeto. Este o transforma. O *self* pode reintrojetá-lo efetuando outra modificação. E haverá uma nova reprojeção na qual algo será mais uma vez modificado. Ocorre, portanto, uma espiral ascendente que tenho chamado sonhos-a-dois. E, em casos patológicos, pode haver estagnação ou deterioração, não-sonhos-a-dois. A compreensão dessa estagnação, que pode ocorrer através dos mecanismos estudados neste capítulo, fará com que o processo de crescimento seja retomado. ❐

Abstract

Transferring unnameable aspects in the analytical field: a didactical approach
This paper's aim is to show, in a didactic way, the similarities and differences between the phenomena that arise inside and outside the analytical field when verbal symbolization is hindered or blocked. The study focuses particularly on discharges and dramatizations which are revealed as psychic gestures, acting-outs, pathological actions and enactments. Clinical situations illustrate the studied phenomena. It is shown that areas of unnameable pain may be revealed through acute enactments, a mix of discharges, dramatized non-dreams and dreams being dreamed, which break the collusions between the members of the analytical dyad (chronic enactments). A difference is shown between acts without thinking and interpretative actions performed by the analyst. The article discusses issues concerning nomenclature, differentiation, functions and handling of these phenomena, which point towards the condition of intersubjectivity of the analytical relationship. It concludes approaching some factors pertaining to the analyst that may ease the access into primitive aspects of the mental functioning.

Keywords: Transference. Intersubjectivity. Acting-out. Enactment. Pathological action. Psychic gesture. Dreams. Non-dreams. Non-dreams-for-two. Theory of thinking. Analytical technique.

Resumen

Transfiriendo aspectos innombrables en el campo analítico: un enfoque didáctico
El objetivo de este trabajo es mostrar, de manera didáctica, las similitudes y diferencias entre los fenómenos que se manifiestan dentro y fuera del campo

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P695 15/8/2012, 10:57

analítico cuando la simbolización verbal se ve obstaculizada u obstruida. Se consideran , en particular, las descargas y las dramatizaciones que se revelan como gestos psíquicos, actuaciones, acciones patológicas y *enactments.* Situaciones clínicas ilustran los fenómenos estudiados. En particular, se muestra que áreas de dolor indecibles pueden revelarse a través de *enactments* agudos que son una mezcla de descargas, no-sueños dramatizados y no-sueños siendo soñados, que deshacen las colusiones entre los miembros de la díada analítica (*enactments* crónicos). Se diferencian, también, los actos no pensados de las acciones interpretativas formuladas por el analista. Se analizan las cuestiones relativas a la clasificación, la diferenciación, las funciones y el manejo de estos fenómenos, tomando en cuenta la condición de intersubjetividad de la relación analítica. Se concluye con el planteamiento de factores del analista que pueden facilitar el acceso a aspectos más primitivos del funcionamiento mental.

Palabras llave: Transferencia. Intersubjetividad. *Acting-out*. *Enactment*. Acción patológica. Gesto psíquico. Sueños. No-sueños. No-sueños-para-dos. Teoría del pensamiento. Técnica analítica.

Referências

ALVAREZ, A. (1994). *Companhia viva*. Porto Alegre: Artes Médicas.

BION, W. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.

_____. (1992). *Cogitations*. London: Karnac

BORENSZTEJN, C. L. (2009). El enactment como concepto clínico convergente de teorías divergentes. *Revista de Psicoanálisis (Buenos Aires)* v. 46, p. 177-192.

CASSORLA, R.M.S. (1995). Comunicação primitiva e contrarreações na situação analítica. *Arq. Psiq. Psicot. Psicanal. (P. Alegre)*. v. 2, n. 2, p. 11-33.

_____. (1997). No emaranhado de identificações projetivas cruzadas com adolescentes e seus pais. *Rev. Bras. Psicanál.* v. 31, n. 3, p. 639-676.

_____. (2001). Acute enactment as resource in disclosing a collusion between the analytical dyad. *Int. J. Psychoanal.* v. 82, p. 1155–1170. (*Rev. Brasileira de Psicanálise*, v. 38, p. 521-540, 2004).

_____. (2003). Estudo sobre a cena analítica e o conceito de 'colocação em cena da dupla' ('enactment'). *Rev Brasileira de Psicanálise*, v. 37, p. 365–92.

_____. (2004). Procedimentos, colocação em cena da dupla ('enactment') e validação clínica em psicoterapia psicanalítica e psicanálise. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,* v. 25, p. 426-435.

_____. (2005a). From bastion to enactment: the 'non-dream' in the theatre of analysis. *Int. J. Psychoanal.* v. 86, p. 699-719. (*L'année psychanalytique internationale*, v. 4, p. 67-86, 2006; *Rev. Brasileira de Psicanálise*, v. 41, p. 51-68, 2007; *L'annata psicoanalitica Internazionale*, v. 3, p. 75-94, 2008).

_____. (2005b). Considerações sobre o sonho-a-dois e o não-sonho a dois no teatro da análise. *Revista de Psicanálise da SPPA.* v. 12, n. 3, p. 527-552.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P696 15/8/2012, 10:57

_____. (2007). The analyst, his “Mourning and melancholia”, analytical technique and enactment. In: FIORINI, L. G.; BOKANOWSKY, T; LEWKOWICZ, S. (Eds.). *On Freud’s “Mourning and melancholia”*. London: IPA (Contemporary Freud: Turning Points and Critical Issues Series), p. 71-89.

_____. (2008a). The analyst’s implicit alpha-function, trauma and enactment in the analysis of borderline patients. *Int. J. Psychoanal.* v. 89, n. 1, p. 161-180. (*Internationale Psychoanalyse*, v. 4, p. 83-112, 2009; *Livro Anual de Psicanálise*, v. 24, p. 61-78, 2009; *Libro Anual de Psicoanálisis*, v. 24, p. 55-70, 2009).

_____. (2008b). Desvelando configurações emocionais da dupla analítica através de modelos inspirados no mito edípico. *Revista Brasileira de Psicoterapia (Porto Alegre)*. v. 10, p. 37-48.

_____. (2008c). O analista, seu paciente e a psicanálise contemporânea: considerações sobre indução mútua, enactment e não-sonho-a-dois. *Rev. Latinoamericana Psicoanal.* v. 8, p. 189-208. (Também em *Alter: Revista de Estudos Psicanalíticos-Brasília.* v. 27, n. 1, p. 19-40, 2009.

_____. (2009). Reflections on non-dreams-for-two, enactment and the implicit alpha-function of the analyst. In: LEVINE, H.; BROWN, L. (2011). *Growth and turbulence in the container and contained.* London: Taylor Francis/Routledge (in press) (versão ampliada: *Revista Brasileira de Psicanálise*. v. 43, p. 91-120).

_____. (2012a). What happens before and after acute enactment? An exercise of validation and the broadening of hypothesis. *International Journal of Psychoanalysis.* v. 93, p. 53-80.

_____. (2012b). In search of symbolization. The analyst task of dreaming. In: LEVINE, H.; REED, G.; SCARFONE, D. *Unrepresented states and the construction of meaning. Clinical and theoretical contributions*. London: Karnac (in press).

ETCHEGOYEN, H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

FREUD, S. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. *Ed. Standard Brasileira*, v. 12, p. 273.

_____. (1914). Recordar, repetir e elaborar. *Ed. Standard Brasileira*. v. 12.

IVEY, G. (2008). Enactment controversies: a critical review of current debates. *Int. J. Psychoanal.* v. 89, n. 1, p. 19-38.

JOSEPH, B. (1989). Equilíbrio psíquico e mudança psíquica. In: FELDMAN, M.; SPILLIUS, E. B. (Org.). *Artigos selecionados de Betty Joseph.* Rio de Janeiro: Imago, 1992.

LEVENSON, E. A. (2006). Response to John Steiner. *Int. J. Psychoanal.* v. 87, p. 321-324.

OGDEN, T. (1994). *Subjects of psychoanalysis.* London: Karnac.

PAZ, C. A. (2007). Del «agieren» al «enactment», un siglo de cambios y avances. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc Psic de Madrid.* v. 50, p. 59-71.

ROSENFELD, H. (1987). *Impasse and interpretation*. New York: Tavistock.

ROUTHGON, R. E. (1993). Useful aspects of acting-out: repetition, enactment, and actualization. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* v. 41, p. 443-471.

SAPISOCHIN, G. (2007). Variaciones post-freudianas del «Agieren» : sobre la escucha de lo puesto en acto *Revista de Psicoanálisis (Madrid)*. v. 50, p. 73-102.

_____. (2011). La escucha de la regresión en el proceso analítico. *Revista de Psicoanálisis (Madrid).* v. 62, p. 39-85.

SEGAL, H. (1957). Notas sobre a formação de símbolos. In: *A obra de Hanna Segal*. Rio: Imago, 1983, p. 77-98.

STEINER, J. (1993). Refúgios psíquicos: organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e borderlines. Rio: Imago, 1997.

_____. (2006). Interpretative enactments and the analytic setting. *Int. J. Psychoanal.* v. 87, p. 315-320.

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P697 15/8/2012, 10:57

ZASLAVSKY, J.; SANTOS, M. J. P. (Org.) (2006). *Contratransferência*: teoria e prática clínicas. Porto Alegre: Artmed.

Recebido em 11/04/2012
Aceito em 30/04/2012

Revisão técnica de **Lúcia Thaler**

Roosevelt M. S. Cassorla
Av. Francisco Glicério 2331/24
13023-101 – Campinas – SP – Brasil
e-mail: rcassorla@uol.com.br

© Revista de Psicanálise – SPPA

07 sppa1-12 transferindo-roosevelt cassorla.P6 98 15/8/2012, 10:57