

HEIDI MIRIAM BERTOLUCCI COELHO

**O VÍNCULO NO TRATAMENTO
PSÍQUICO**

Descoberta, construção e desenvolvimento

**UNESP – Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Ciências e Letras de Assis
2002**

HEIDI MIRIAM BERTOLUCCI COELHO

**O VÍNCULO NO TRATAMENTO
PSÍQUICO**

Descoberta, construção e desenvolvimento

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Campus de Assis, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia e Sociedade (Linha de Pesquisa: Subjetividade e Saúde Coletiva em Psicologia Clínica)

Orientadora: Dr^a Maria Lúcia de Oliveira.

**UNESP – Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Ciências e Letras de Assis
2002**

O VÍNCULO NO TRATAMENTO PSÍQUICO
Descoberta, construção e desenvolvimento

HEIDI MIRIAM BERTOLUCCI COELHO

COMISSÃO JULGADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora Maria Lúcia de Oliveira.....

1º Examinador

2º Examinador

Assis, _____ de _____ de 2002.

DADOS CURRICULARES

HEIDI MIRIAM BERTOLUCCI COELHO

NASCIMENTO	06.06.60 – Assis/SP
FILIAÇÃO	Gilberto Bertolucci Clarice Meneghetti Bertolucci
1978/1981	Curso de Graduação Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP
1982	Formação de Psicóloga Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP
1983/1984	Especialização em Psicologia Clínica – IBRAPSI – Instituto Brasileiro de Psicologia – Rio de Janeiro/RJ
1985/2002	Psicóloga Clínica – Atendimento Psicoterápico para Adultos – Consultório Particular – Assis/SP
1994/2002	Psicóloga Clínica junto ao Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada “Dr. ^a Betti Katzenstein”
1999/2002	Curso de Pós-Graduação em Psicologia , nível de Mestrado, na Faculdade de Ciências e Letras de Assis - UNESP

À Luís Álvaro que possibilitou-me durante esse
trabalho experimentar além de seu afeto o doce sabor
da amizade e do companheirismo.

Aos meus filhos Larissa, Leonardo e Luisa, que sem a
compreensão de vocês e a renúncia pelas horas que
poderíamos estar juntos, essa escrita não seria possível.

Amo muito a cada um!

À dona Filhinha – minha querida sogra – que
com sua vida ensinou-me muito da vida!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais com intensa admiração e gratidão, que tão bem souberam colocar dentro de mim o amor à vida, ao outro e ao conhecimento! Muito obrigada!

Aos meus pacientes , que com confiança me oferecem a possibilidade de acompanhá-los em momentos tão decisivos de suas existências. Esse trabalho é também de cada um de vocês, que *criam* a psicoterapeuta em mim a cada dia.

À todos da minha família, pela confiança sempre presente.

Aos amigos, por compartilharem da expectativa do término do trabalho, estimulando minha caminhada.

À Deise, pela colaboração irrestrita na digitação do trabalho.

À Doutora Maria Lucimar Fortes Paiva e ao Doutor Walter José Martins Migliorini que fizeram do exame de qualificação um rico momento de reflexão a partir dos comentários e sugestões oportunas apresentadas.

Por fim, com íntima consideração, expresso minha gratidão à Doutora Maria Lúcia de Oliveira, que há anos atrás inspirou-me – pela sua dedicação ao ensino e à psicanálise –, o desejo de desvendar cada vez mais os mistérios do contato terapêutico. Agradeço seu empenho e principalmente o incentivo às minhas idéias para a execução dessa pesquisa, sempre acompanhando-me com seu olhar exigente e bastante acolhedor!

Viver – essa difícil alegria. Viver é jogo, é risco. Quem joga pode ganhar ou perder. O começo da sabedoria consiste em aceitarmos que perder também faz parte do jogo. Quando isso acontece, ganhamos alguma coisa de extremamente precioso: ganhamos nossa possibilidade de ganhar. Se sei perder, sei ganhar. Se não sei perder, não sei ganhar. Quem não sabe perder, acumula ferrugem nos olhos e se torna cego – cego de rancor. Quando a gente chega a aceitar, com verdadeira e profunda humildade, as regras do jogo existencial, viver se torna mais do que bom – se torna fascinante.

Viver bem é consumir-se, é queimar os carvões do tempo que nos constitui. Somos feitos de tempo, e isso significa: somos passagem, movimento sem trégua, finitude. A quota de eternidade que nos cabe está encravada no tempo. É preciso garimpá-la, com incessante coragem, para que o gosto do seu ouro possa fulgir em nosso lábio. Se assim acontece, somos alegres e bons, e a nossa vida tem sentido.

(Hélio Pellegrino, 1994, p. 3)

ÍNDICE

RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUÇÃO.....	13

PRIMEIRA PARTE: OS FUNDAMENTOS

1.. O VÍNCULO AINDA EXISTE?.....	26
1.1 A Tecnologia e o Vínculo.....	26
1.2 A Ciência e o Vínculo.....	33
1.3 A Cura e o Vínculo.....	61
2. OBJETIVOS.....	67
3. OS CAMINHOS PERCORRIDOS.....	69
3.1 Procedimentos.....	79
4. A CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE.....	87
5. TORNAR-SE UM SUJEITO.....	108

SEGUNDA PARTE: VÍNCULO ANALÍTICO: ORIGEM E CONSTRUÇÃO

6. O VÍNCULO ANALÍTICO EM FREUD.....	114
6.1 O conceito de Transferência.....	131
6.2 O Conceito de Contratransferência.....	136
7. O VÍNCULO ANALÍTICO EM KLEIN.....	146
7.1 O Conceito de Transferência.....	159
7.2 O Conceito de Contratransferência.....	180
8. O VÍNCULO ANALÍTICO EM BION.....	186
8.1 O Conceito de Transferência e Contratransferência.....	226
9. O VÍNCULO ANALÍTICO NA CONTEMPORANEIDADE.....	239
9.1 Casal Baranger.....	239
9.2 Antonino Ferro.....	243
9.3 Thomas Ogden.....	251
9.4 Pierre Fédida.....	256
9.5 Glen O. Gabbard.....	259
9.6 Fábio Herrmann.....	262
9.7 Odilon de Mello Franco Filho.....	268
9.8 David Epelbaum Zimerman.....	274

**TERCEIRA PARTE: AO VIVO: A RELAÇÃO PACIENTE-
PSICOTERAPEUTA**

10. UMA CERTA DINÂMICA...	282
11. TUDO ESTAVA CAMINHANDO BEM.....	285
12. CARLA E O CHÃO.....	290
13. ADEUS.....	298
CONCLUSÃO.....	305
BIBLIOGRAFIA.....	319

COELHO, H.M.B. O Vínculo no Tratamento Psíquico. Descoberta, construção e desenvolvimento. Assis, 2002. 334 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Campus de Assis, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

RESUMO

A presente pesquisa destaca a importância para a psicologia clínica contemporânea da origem e aprofundamento do estudo sobre a interação da relação paciente-terapeuta, com base no entendimento da transferência e da contratransferência. É feita uma revisão dos três modelos fundamentais do movimento psicanalítico, pela teoria de Freud, Klein e Bion no que refere-se à construção e desenvolvimento do vínculo analítico. A partir daí a pesquisa se detém na influência de autores contemporâneos que muito contribuíram para novas descobertas e evolução da teoria e técnica psicanalíticas. São também apresentados três vinhetas clínicas com o objetivo de mostrar a necessidade da compreensão das subjetividades e sentimentos na experiência do par terapêutico, a fim de que possa haver um crescimento emocional efetivo durante o tratamento psíquico.

PALAVRAS-CHAVES: Psicoterapia; Psicanálise-Pesquisa; Terapeuta e Paciente.

The bond in the psych treatment – discovery, construction and development. Assis, 2002, 334 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Campus de Assis, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

ABSTRACT

This research paper emphasizes the importance of the contemporary clinical psychology since its origin. It also studies in depth the interaction in the patient – therapist relation based on the understanding of the transference and countertransference.

The three fundamental models of the psychoanalytic movement were reviewed according to Freud, Klein and Bion’s theories as far as the construction and the development of the analytic bond is concerned. From this point, this research paper deals with the influence of contemporary authors who contributed to new discoveries and to an evolution of the psychoanalytic theory and technique. Three clinical flashes are used to show the necessity of comprehending the subjectivities and feelings in the experience between therapist and patient so as to make possible that an effective emotional growth happens during the psychic treatment.

KEY WORDS: Psychotherapy; Psychoanalysis; Research; Therapist and Patient

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa nasce do anseio de melhor conhecer o que se passa na relação paciente-terapeuta, contato que abarca emoções e vivências intensas, e que se concretiza num espaço tão íntimo e singular que é o encontro psicoterápico.

O interesse por esse tema surge essencialmente em função de minha experiência clínica como psicoterapeuta. Ressalto que minha formação é de base analítica vinculada ao Núcleo de Psicanálise de Marília e região, através das aulas, grupos de estudo, supervisão e análise pessoal.

Minha atuação profissional se dá em um consultório particular – há quinze anos – onde atendo adultos; e também na UNESP – há oito anos – no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada *Dra. Betti Katzenstein* – onde atendo alunos do curso de Psicologia em processo de psicoterapia. Desenvolvo ainda nessa instituição um programa de Pronto- Atendimento psicológico à comunidade, através de estagiários que recebem formação e supervisão em psicologia clínica.

A experiência, enquanto psicoterapeuta, instiga em mim uma preocupação contínua e inquieta, em função da postura técnica e pessoal frente aos pacientes que solicitam meu trabalho no processo psicoterápico.

Uma questão que tenho observado nos últimos anos, mais precisamente há cinco anos, é a crescente preocupação na literatura psicanalítica a respeito da *função psicanalítica do analista*.

Na história da psicanálise, reconhecemos, que o foco das atenções era dirigido unicamente de um observador para um observado – o

paciente – , e só recentemente esse foco foi ampliado e passou a abranger o analista, seu funcionamento mental e suas emoções.

Talvez, pudéssemos dizer que o analista do passado, tinha uma posição privilegiada em relação ao analista de hoje. A ele era determinado as regras básicas da psicanálise e o correto manejo da técnica clínica, para a compreensão de seu paciente no processo analítico.

Freud define a psicanálise como um procedimento de *investigação* dos processos mentais, um método de *tratamento* e uma *disciplina científica* (Freud, 1923, p. 287). Mais tarde, no trabalho *Podem os leigos exercer psicanálise?*, ele complementa a sua definição afirmando que “deve existir uma união entre curar e investigar” (Freud, 1926, p. 211).

O termo *psicanálise*, por sua vez, alude unicamente àquela modalidade de tratamento que se restringe aos referenciais e fundamentos da ciência psicanalítica tal como ela foi legada por Freud, isto é, o analista trabalha essencialmente com a noção dos princípios e leis que regem o inconsciente dinâmico, e a prática clínica conserva uma obediência aos requisitos básicos, tais como a instituição e a manutenção de um *setting* adequado, uma atenção prioritária na existência de um *campo analítico*, com as respectivas *resistências*, *transferências*, *contratransferência*, além de uma continuada *atividade interpretativa*.

Tais aspectos, como o próprio Freud, em *A História do Movimento Psicanalítico*, costumava assinalar “distinguem a psicanálise das

outras formas de psicoterapia” (Freud, 1914, p. 16) (entre essas outras formas não está incluídas a que ele denominava terapia psicanalítica)

Psicoterapia, por sua vez, é um termo genérico que costuma ser empregado para designar qualquer tratamento realizado com métodos e propósitos psicológicos. Inicialmente, Freud não fazia uma distinção entre os termos *psicoterapia* e *psicanálise*; empregava-se indiscriminadamente para caracterizar o método de tratamento psicológico que criara, e freqüentemente empregava a expressão *terapia psicanalítica*, como que estabelecendo uma conexão entre ambos.

Existe um conglomerado de psicoterapias com os nomes de psicoterapias breves, psicoterapias focais, psicoterapias voltadas para o *insight*, e outras mais, sendo que aqui nessa pesquisa, o termo psicoterapia estará designando unicamente aquela terapia sistemática, de fundamentação psicanalítica, a qual mais comumente é designada com a denominação psicoterapia psicanalítica, mas também costuma aparecer na literatura como psicoterapia de orientação ou de base psicanalítica.

A psicanálise propriamente dita e psicoterapia psicanalítica, ao final de um espectro, são qualitativamente diferentes uma da outra, se bem que exista um terreno fronteiro de casos entre elas. Uma comparação análoga pode realizar-se entre o fato de que a consciência é distinta do inconsciente mesmo quando existe uma pré consciente e diferentes graus de consciência. O dia é diferente da noite, mesmo quando existe o crepúsculo; e o preto é diferente do branco, não obstante exista o cinza (Wallerstein, 1989, p. 310).

O problema da distinção entre psicanálise e psicoterapia pode ficar muito facilitada se seguirmos estritamente e ao pé da letra os postulados técnicos recomendados por Freud, relativos ao cumprimento das regras da livre associação de idéias, da neutralidade, da abstinência, do anonimato do analista e das regras que presidem as interpretações centradas quase que exclusivamente no aqui-agora da neurose transferencial. Ocorre que essa solução não é tão fácil, a começar pelo fato de que a própria conduta técnica de Freud, tal como está expressa em seus históricos clínicos, diferia muito do que ele sustentava em seus clássicos trabalhos sobre a teoria da técnica, quase todos escritos nos anos de 1912 a 1915.

Por outro lado, podemos questionar-nos se na análise contemporânea existe uma técnica analítica única, embora ela permita variações de táticas, estratégias e estilos, ou se, pelo contrário, existem *princípios técnicos básicos* (*setting*, resistência, contra-resistência, transferência, contratransferência, interpretação, elaboração, etc.) que se instrumentam de modos distintos, conforme forem as diferentes estruturas e circunstâncias específicas de cada paciente. Em qualquer dos casos, é necessário considerar a influência fundamental dos postulados teóricos nos quais o analista está essencialmente ancorado

Embora a distinção seja difícil, quer se trate de psicanálise ou psicoterapia, a finalidade básica de tornar consciente o inconsciente é a mesma nas duas. Às vezes, temos de reduzir os objetivos porque o paciente não pode suportar ir mais longe (MacDougall, 1991, p. 73).

A *psicoterapia psicanalítica* vem gradativamente adquirindo uma alta respeitabilidade como uma modalidade terapêutica capaz de propiciar resultados verdadeiramente psicanalíticos.

A expressão genérica método analítico, ao mesmo tempo, unifica e mantém as diferenças entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica. Ademais, não custa enfatizar que minha inclinação para manter uma aproximação entre as duas modalidades do emprego do método psicanalítico pressupõe uma condição básica para o psicoterapeuta: a de quem ele possua uma sólida formação da metapsicologia, teoria e prática dos fundamentos psicanalíticos (Zimerman, 1999, p. 34).

Gostaríamos de esclarecer que a motivação que levou-me à produção dessa dissertação está centrada no vínculo paciente-terapeuta que ocorre dentro do processo de psicoterapia de base analítica com suas especificidades próprias, que se constitui em minha técnica e método de trabalho sustentados pelos fundamentos psicanalíticos. Porém vale a pena considerar a bem humorada frase de Widlöcher de que “a psicoterapia é uma análise *light*: menos transferência, menos interpretação, menos abstinência, menos sessões” (Widlöcher, apud. Pinto Chaves, p. 71).

As indagações feitas durante essa dissertação, os dados pesquisados e registrados e as reflexões aqui descritas visam atender à melhor compreensão do que ocorre no contato terapêutico com o paciente, e para que isso aconteça da melhor forma, guio-me por uma questão posta por Laplanche quando este pergunta: Como progride o pensamento analítico? E responde

Por repetição e ruptura, por banalização e reafirmação, por circularidade e aprofundamento. Os momentos inovadores são também retorno à fonte. O aprofundamento é reafirmação de uma exigência originária (Laplanche, 1993, p. 52).

Portanto, o referencial teórico que fundamenta essa pesquisa é essencialmente extraído da teoria psicanalítica, respeitando portanto que a relação do analista com seu paciente ocorre totalmente *em* transferência, enquanto que o vínculo do psicoterapeuta com seu paciente se dá *com* a transferência (Mezan, 1988, p. 32)

Se acreditamos na realidade e na intensidade da transferência, que todos os processos do paciente estão voltados para esse lugar que se constitui como um lugar especial de conhecimento da maneira de ser de alguém tudo passa a ter consequência tudo ganha significado e tem que ser examinado analiticamente (Pinto Chaves, 1999, p. 68).

Essa pesquisa privilegia o vínculo transferencial e contratransferencial dentro da produção psicanalítica como fonte de informações e orientações para melhor se trabalhar terapeuticamente em psicoterapia de base analítica onde se concretiza o meu campo de trabalho.

Verificamos que os anseios do homem e da cultura contemporânea conduzem hoje, o terapeuta a nova e necessária conquista – buscar o conhecimento do outro através do conhecimento de si mesmo. Nesse momento, o tratamento psíquico é acrescido das experiências e condições pessoais do terapeuta, que utiliza conteúdos internos de sua mente, como instrumento de

trabalho na relação com o paciente. A esse procedimento chamamos subjetivação da técnica, quando o terapeuta conta com seu equipamento mental, único e singular, que o torna diferente perante a uniformização da técnica, para acolher e acompanhar seu paciente durante o processo terapêutico.

O ato técnico do terapeuta tem sempre implicações na interação com seu paciente. Esse envolvimento coloca em cheque o psicoterapeuta em sua posição como terapeuta e como pessoa e o leva a uma exposição de sua capacidade de interação diferente da que ocorre em sua participação como *máquina mental*.¹

A exposição aqui referida não diz respeito a ordem do treino, da técnica e da formação teórica e institucional. Refere-se principalmente, a capacidade psíquica do terapeuta de acolher a realidade emocional do outro, compreender o que acontece nele e colocar-se como presença real capaz de perceber aspectos significativos da situação terapêutica.

Por presença real do psicoterapeuta, refiro-me a suas capacidades integrativas e compreensivas – que incluem desde adoção de uma postura empática, de maternagem, de tolerância e acolhimento do paciente, assim como também e de modo imprescindível, refiro-me as capacidades do terapeuta de manter e incluir em seu trabalho um certo grau de desconcerto, de estranhamento, de diferença e descontinuidade em relação àquilo que o paciente exige e necessita dele.

¹ Máquina mental é aqui utilizado no sentido usado por Figueira. Este autor observa no raciocínio freudiano que, através do exercício de uma disciplina subjetiva que relativiza, o “analista quando não consegue mesmo afastar, as interferências da consciência, ‘utiliza seu inconsciente desse modo’; como o de uma competência de um sistema psíquico, da máquina mental” (Figueira, 1996, p. 91).

Nesse sentido, a presença real do psicoterapeuta mantém e suporta a tensão gerada pela ambigüidade e simultaneidade das necessidades integrativas e desconstrutivas exigidas pelo processo psicoterápico. Essa presença real do terapeuta é que garante a construção e manutenção do vínculo na dupla terapêutica para que seja atingido seu objetivo rumo ao resultado terapêutico.

Para melhor compreensão do vínculo paciente-terapeuta, discorreremos sobre algumas idéias que são aqui apresentadas e consideradas. Essa pesquisa é composta de três partes: **Os Fundamentos; O Vínculo Analítico: origem e construção** e **Ao vivo: a relação paciente-psicoterapeuta**, com apresentação e análise dos vinhetas clínicas.

A **primeira parte** deste trabalho, traz os fundamentos básicos da pesquisa e compreende de seu caráter metodológico, objetivos e procedimentos adotados durante a realização da pesquisa, juntamente com um capítulo inicial *O Vínculo ainda Existe?*, que traz uma reflexão que justifica frente a tecnologia, a ciência e almejada cura, a importância desse tema no cenário contemporâneo.

Oferece também ao leitor, através de informações na literatura psicanalítica, um capítulo que trata da origem e **desenvolvimento da subjetividade** através de vínculos estabelecidos no início de vida pelo sujeito. Neste sentido podemos observar que o modo de construção e do funcionamento mental do sujeito, será reproduzido e revivido em todas suas especificidades no vínculo transferencial.

Ainda é apresentado outro capítulo, que tem por objetivo destacar a importância do vínculo paciente-terapeuta, quando este se mantém de

fato na função de ser terapêutico, para contribuir com o paciente em sua tentativa de **tornar-se um sujeito**.

A **segunda parte**, é essencialmente teórica, traz a concepção e construção do vínculo analítico nas teorias de Freud, Klein e Bion, buscando identificar um fio condutor dentro do movimento psicanalítico a respeito desse conceito.

O capítulo referente a **Freud** retoma algumas idéias básicas de sua teoria, artigos técnicos e fragmentos dos vinhetas clínicas apresentadas pelo autor. O acompanhamento desta trajetória tem por propósito perceber momentos de mudanças que ocorreram nas indicações técnicas, em especial das interferências na relação terapêutica de Freud com suas pacientes.

O trabalho de articulação da experiência clínica ao desenvolvimento conceitual abre a possibilidade de reconhecimento da participação do analista, para além destes próprios conceitos e indicações técnicas. Nos artigos de Freud sobre a técnica psicanalítica será dada relevância para os conceitos de Transferência e Contratransferência que de forma especial criam e garantem a construção do vínculo analítico. A revisão desses conceitos reflete a fase inicial da psicanálise, e privilegia também a construção e desenvolvimento do vínculo analítico, nos capítulos referentes a obra de **Klein** e **Bion**. A exposição da produção teórica desses autores – Freud, Klein e Bion – permite-nos tecer correlações entre eles, o que favorece-nos tomar contato com os pontos divergentes e complementares entre eles, em suas produções teóricas.

O capítulo referente ao **vínculo analítico na contemporaneidade**, evidencia através de autores estrangeiros e nacionais, idéias e posturas em relação ao tema estudado. São consideradas as contribuições do Casal Baranger, Ferro, Ogden, Fédida, Gabbard, Herrmann, Franco Filho e Zimerman, autores estes que são expoentes no meio psicanalítico e que renovam e ampliam o *pensar e viver* a relação terapêutica.

A **terceira parte** dessa dissertação chama-se **Ao vivo: a relação paciente-psicoterapeuta**, compõe-se da apresentação de três casos da minha prática clínica. Essa ilustração tem por objetivo trazer vida ao conceito pesquisado e propiciar o reconhecimento da oscilação emocional do par terapêutico no transcorrer do tratamento. A reflexão teórica, por mais que aprofunde e problematize questões da clínica, nunca a alcança totalmente; e a experiência clínica por sua vez, tem por missão, propiciar a constante revisão e renovação da teoria.

Os casos escolhidos ilustram ao leitor, a dinâmica do par paciente-terapeuta na busca da compreensão das subjetividades e sentimentos surgidos no decorrer dessa experiência única, que é o acontecer psicoterápico. Experiência essa, que almeja o crescimento emocional efetivo durante o tratamento psíquico.

E por último, na **Conclusão**, procuramos evidenciar idéias que estavam na superficialidade de nossa compreensão, que foram sendo discriminadas e aprofundadas ao longo da pesquisa e que merecem particular atenção.

Demonstrado o percurso dessa pesquisa, convidamos o leitor para que junto conosco estabeleça uma ligação, um contato para que possamos partilhar das idéias que aqui estão colocadas.

Queremos estabelecer um vínculo com você, capturando sua atenção. O ato de ler implica numa forma de encontro muito íntima. Através da reflexão que se inicia, você leitor permite-nos ocupar seu pensamento e estabelece conosco uma relação comum pela leitura. Estamos vinculados, nós e você nesse espaço de tempo. Pelo vínculo que estabelecemos por causa dessa pesquisa, poderemos juntos melhor compreender e pensar **o Vínculo no Tratamento Psíquico**.

PRIMEIRA PARTE
OS FUNDAMENTOS

1. O VÍNCULO AINDA EXISTE?

1.1 – A Tecnologia e o Vínculo

Em nosso mundo contemporâneo, assistimos à uma supressão do contato real entre as pessoas. Situações de encontro estão cada vez mais escassas dentro de uma comunidade.

O cotidiano nos traz situações curiosas através da mídia, que demonstram-nos a dificuldade e ao mesmo tempo a necessidade do homem moderno pelo contato afetivo.

No Japão, de acordo com uma matéria da revista VEJA, de novembro/2000, foi recorde de vendagem um brinquedo, mais propriamente dito, um boneco programado com 250 frases diferentes, respondendo a perguntas cotidianas e rotineiras ao seu proprietário. Como a venda desse brinquedo superou a expectativa da indústria, foi realizada uma pesquisa para detectar o perfil de seus consumidores.

Com grande espanto constatou-se que o público consumidor, não era a classe infantil, mas sim, pessoas de meia idade que viam no boneco uma companhia. O boneco as acolhiam pela manhã, com um *bom-dia* infalível, trocavam falas cordiais e a noite quando chegavam em casa eram recebidas prontamente!

Através do cinema, a arte tem a magnífica possibilidade de catalisar e expressar tendências de formas de vida, mesmo que fictícias, que

traduzem sentimentos e vivências. Em *O Náufrago* (2000) – Tom Hanks – como protagonista, cria uma alternativa para não enlouquecer em uma ilha perdida no oceano. Desenha um rosto numa bola de basquete da marca WILSON, com quem cria um relacionamento. Promove diálogos com esse companheiro que oferece continência às suas angústias, e pelo contato que vai sendo construído entre ambos consegue organizar-se emocionalmente, dando conta de sua sobrevivência.

Quando enfim, consegue retornar à civilização, encontra grande solidão, pois havia perdido o vínculo com pessoas e acontecimentos que antes faziam parte de sua vida. Para recuperar o sentido de sua existência, vê-se obrigado a ir em busca de novos vínculos, numa tentativa desesperada para novamente voltar à vida.

Esses exemplos, entre tantos outros, revelam a importância da presença do *outro*, a necessidade de estabelecer vínculos afetivos para que possa ocorrer desenvolvimento rumo à maturidade psíquica.

Cada vez mais porém, a relação humana nesse início de século se efetua através de aparelhos tecno-eletrônicos. Basta pensarmos na forma com que entramos em contato com pessoas que fazem parte de nossa rotina diária.

Por unanimidade, foi eleito entre as três maiores invenções do século, o telefone, que revolucionou os meios de comunicação. O telefone leva-nos por um fio ao contato com o outro. A comunicação se dá com eficiência sem precisarmos da presença física desse outro. Com a crescente evolução tecnológica chegamos ao telefone celular, que estabelece conexão imediata com uma específica pessoa e independente de onde esteja, é localizada imediatamente. Essa

busca de contato imediato com o outro, nem sempre se justifica pela necessidade de obter e receber informações com rapidez; mas sim pela necessidade da ligação com o outro. Não se tolera a ansiedade da espera e da falta daquele a quem se anseia.

Em nossa época, o verbo esperar não está em sintonia com o homem moderno que corre, pressionado pelo ritmo das mudanças de valores e pela velocidade de informações que são geradas em seu meio. Valores e informações que cobram dele posicionamento constante e respostas imediatas. É negado a ele o tempo necessário para o amadurecimento e reflexão das novas aquisições.

A tecnologia é *apressada* pela falta de tempo em nossa cultura e inventa recursos vários para promover o encontro e a comunicação entre as pessoas: mensagens gravadas, mensagens digitadas, informações programadas, internet, e-mail, bate-papo e quantas outras formas ainda virão para serem utilizadas com eficácia entre os humanos, porém sem o contato humano.

No mundo atual o contato humano passa a ser desvalorizado, minimizado, raro; não há tempo para ele; já o contato tecnológico ganha espaço, consegue manter duas pessoas conectadas entre si, pela *facilidade* da forma de encontro, ou melhor, justamente pela *dificuldade* de se estabelecer um encontro verdadeiro. O encontro através da tecnologia favorece a fantasia e a idealização de uma relação que infelizmente substitui a possibilidade de lidar com o contato real. Esse contato real fatalmente trará frustrações, exige de nossa parte, tolerância a diferença que o outro traz, obrigando-nos a romper nossa couraça narcísica.

Até aqui falamos da necessidade do homem em estabelecer ligações com seres de sua espécie. Para que isso seja possível e de forma cada vez mais rápida, usa da tecnologia – hoje essencialmente virtual – para que isso ocorra.

Mas o que tem o psicanalista na sua prática clínica a ver com tudo isso?

Bem, o ponto central – o coração e a alma – da atividade profissional de um terapeuta é o contato que estabelece com seu paciente. É do terapeuta a função de conhecer profundamente o que ocorre em uma relação e que influências o contemporâneo exerce sobre esse contato. Ao terapeuta interessa pela necessidade do exercício de sua profissão, recuperar primeiramente a importância do vínculo entre duas pessoas e depois reconhecer as especificidades do vínculo psicoterápico para que possa propiciar a ética da reflexão e da ação no processo terapêutico de seu cliente.

A relação terapêutica tem o privilégio de ser estabelecida em um mundo real e se dá ao vivo. Possui características básicas e essenciais que garantem e constituem um encontro humano, exige a presença física de ambos, exige também suas disponibilidades internas de mente e desejo para arriscarem-se em um processo que não possui trajeto previsto! Ambos escolhem um espaço de tempo com hora marcada para estarem juntos, dedicam-se ao entendimento dessa relação e de tudo aquilo que surgirá dela.

Esse encontro real não utiliza-se de recursos de última geração; mas, traz consigo um ingrediente excepcional, a possibilidade do virtual!! O leitor

pode perguntar-se como isso se dará e nesse sentido bastam algumas considerações. Mas o que é o virtual?

O conceito de virtual retoma a questão da atualização do tempo. Não se trata de um tempo eterno sem início e nem fim como pensava Aristóteles e também Einstein. Nem do tempo do eterno retorno. Trata-se do tempo em sua irreversibilidade². É no futuro do tempo real e na dependência da ação que o virtual se atualiza.

Buscamos assim, mediante ações, a atualização (ou não atualização) do virtual em uma tentativa de determinar o tempo futuro. E não é apenas o futuro que, pela virtualidade, se antecipa. O passado também se presentifica. O terapeuta conhece isto muito bem. Sabemos que o tempo cronológico de uma sessão de terapia é a possibilidade de atualização de muitos outros tempos: do pretérito revivido, do futuro que pode se perfilar com novos sentidos criando aberturas para o não vivido, escapando da repetição do passado. Mas o que sabemos de um presente que se intromete neste tempo terapêutico, apresentando-se como virtual, rompendo nosso *setting*³, mudando as regras de nosso jogo, desafiando-nos com o imprevisto? O encontro virtual se atualiza no encontro da dupla terapêutica.

Diz Herrmann em *Uma teoria para a clínica*

² Prigogine, Y. *O nascimento do tempo*, 1992. “A idéia de um onisciência e de um tempo criado pelo homem pressupõe que o homem seja diferente da natureza, concepção que considero não científica.(...) O homem provêm do tempo; se, pelo contrário, o homem criasse o tempo, este seria, evidentemente, um estorvo entre o homem e a natureza”.

³ O *setting* define as condições para que possa acontecer o processo analítico; são estabelecidas normas e regras práticas, em comum acordo no par analítico, por exemplo combinação de horário, forma de pagamento, duração das sessões, etc.

O paciente que vem a meu consultório penetra numa sala, com um jardinzinho apenso, para ficar uns quarenta minutos cada vez. Porém, é como se atravessasse umbrais interdimensionais e se encontrasse noutra mundo; mundo que é, rigorosamente dito, o seu mundo e, no entanto, é o desconhecido. Nele o tempo se concentra absurdamente, décadas de vida passam-se em minutos; o espaço retorce-se, ele está em muitas partes simultaneamente; sua identidade esfuma-se e depois condensa-se em formas caprichosas e imprevistas. Podemos conceber o consultório psicanalítico como um desses amalucados campos de força de ficção científica, com a diferença que, em nosso caso, existe mesmo e funciona. Funciona graças ao campo transferencial (Herrmann, 1991, p. 21-22).

Herrmann traz-nos a questão que ali, no campo transferencial o presente é virtual. O vínculo terapêutico recria as situações afetivas não entendidas e a emoção aprisionada na mente do paciente ganha vida! O tempo retorna ao passado em meses, anos ou décadas em questão de segundos, na memória ou no relato do paciente que atualiza seus fantasmas. O tempo salta em sonhos, buscando um futuro promissor nas expectativas explícitas do paciente, que transita com irreverência pela relação terapêutica. Uma relação que foge da previsibilidade do terapeuta, em busca de novos sentidos para a história do paciente.

O lugar do terapeuta é assim, virtual; suportando a intensidade da transferência e utilizando os meios de sua própria pessoa para atualizar o virtual do outro, tornando possível a manutenção do cenário inconsciente.

O mundo atual, apresenta questões que não existiam no mundo moderno. Neste as regras eram bem definidas: o método e a razão. Suas peças nos

eram familiares: o mundo como real, a verdade, o tempo imóvel, o espaço homogêneo, a linguagem neutra.

Na modernidade, a razão, sede da verdade, determinava que, pela separação entre natureza e cultura, o homem podia conhecer e dominar o real do mundo. Foi a partir da invenção da ciência que se passou a falar em cultura separada da natureza e do humano separado do inumano. O domínio da natureza pela cultura participava da destinação da história. Na modernidade, Logos (saber-dizer) e Techne (saber-fazer) foram contraídos gerando uma nova concepção do mundo – como dispositivo técnico – e uma nova imaginação científica – a da eficácia

Na contemporaneidade há a simultaneidade da crise de uma história verdadeira e da conversão de comunicação e cognição de objetos de um conhecimento verdadeiro em tecnologias. Esta simultaneidade torna hiperevidente a mediação generalizada na relação que cada indivíduo pode ter com o mundo, com os outros e consigo próprio. A tecnologia é mediadora destas relações sendo ela própria fruto destas mediações (D'Amaral, 1996, p. 13)

Podemos maravilhar-nos com as tecnologias ou recusarmo-nos a reconhecê-las. Nenhuma destas duas atitudes fazem-nos refletir, porém, se faz necessário ver a interferência da tecnologia através dos meios de comunicação na relação terapêutica. Qual o significado da interrupção de uma sessão, quando soa o celular trazendo um terceiro sujeito para dentro do setting? A simultaneidade da comunicação pode ser agente modificador do vínculo terapêutico? Enfim, são questões que hoje precisam ser lidas e conhecidas na prática clínica; a realidade

que funciona pela força do virtual num futuro que a tecnologia contemporânea promete e já realiza é um dos motivos para rever o vínculo paciente-terapeuta do século XXI.

1.2 - A ciência e o vínculo

Um segundo motivo que justifica essa pesquisa, é que em nossa cultura procura-se preencher lacunas afetivas com bens materiais, esse é o apelo do consumismo! Ele garante que a novidade de hoje possui todos os requisitos para a produção da felicidade, claro; até amanhã, até ser substituída pela mais nova e melhor ilusão.

Da mesma forma, na prática clínica, corre-se esse risco. Vejamos, de repente, uma determinada abordagem teórica, um autor, surge em nosso aprendizado e parece-nos ser o melhor. Os conceitos técnicos e o método de trabalho, até que enfim, se mostram completos!

Façamos aqui uma observação, a ânsia de todo mortal é a busca pela plenitude – também a dos psicoterapeutas – a busca do prazer total, de gratificação constante. Como seria bom encontrar uma teoria completa e permanente para dar conta da angústia do *não saber* do terapeuta. Porém, depois de curto espaço de tempo, surge novo estudioso, que será aclamado agora como o perfeito e suas idéias trarão soluções para todas as dúvidas que habitam a mente do terapeuta..., até surgir o próximo...

Parece uma tendência, sustentada pela busca ao princípio do prazer que traz a crença que esta, - a de hoje – é a boa teoria e, este, o melhor autor. Corremos o risco de abandonar ou desprezar o aprendizado anterior, da mesma forma que a nossa cultura evidencia hoje a realização através da posse do último bem de consumo divulgado pela mídia. Esse vício sempre em busca de algo que não se tem, está de braços dados com o não reconhecimento daquilo que se tem, ou melhor, do conteúdo teórico ou técnico já conhecido e ainda útil para a prática clínica.

Essa idéia fica reforçada quando Figueira discorre sobre a clínica do analista, analiticamente produtiva e ressalta em primeiro lugar

qualquer que seja o uso que se faça de um novo dispositivo técnico que tem no analista um protagonista central, o que se sabe conceitualmente e experiencialmente sobre a técnica psicanalítica mais convencional de modo algum pode ser abandonado ou esquecido. Mas, é importante sublinhar: relativização, re-interpretação e ultrapassamento, mas não extinção ou negligência dos sistemas técnicos mais clássicos. (Figueira, 1996, p. 113-114)

Talvez estejamos arriscados a esquecer o passado, a origem e função da psicanálise. Podemos perder também, o senso que divide fantasia e realidade no contato entre paciente e terapeuta.

Existe atualmente uma permissão velada para que ambos, paciente e terapeuta estejam implicados de forma igualitária no processo terapêutico. Isso não é verdade. São duas pessoas com propostas distintas que formam o par terapêutico, um busca a cura, o outro quer colaborar com esse

objetivo através da formação profissional que possui; um dos membros paga financeiramente pelo encontro do par, o outro recebe por isso.

Na clínica do analista, há igualitarismo que não se confunde com perda de discriminação de funções, mas que certamente permite que o analista dê maior liberdade de ação ao seu paciente, e possa prestar mais atenção às teorias que este possa ter sobre qualquer coisa (inclusive o analista), sem rapidamente reduzi-las ao status de sintoma, resistência, intelectualização, etc (Figueira, 1996, p. 117).

Paciente e terapeuta estão juntos, convivem com ficção e realidade o tempo todo, e depende do terapeuta, da postura que adota frente a seu paciente, o resultado da construção da relação terapêutica.

Historicamente, os pretensos pesquisadores e estudiosos, mantêm-se presos a um hábito positivista de coletar informações, registrá-las, analisá-las, para poder “armazenar conhecimentos prevenindo problemas futuros” (Santos, 1988, p. 50).

Encontramos na ciência um movimento de desdobrar-se, dividir-se, criando vários campos e especialidades, de acordo com a especificidade do objeto estudado. Essa divisão passou a ser entendida como natural, como se a realidade fosse dividida em infinitas partes. O método “científico” passou a ser a conduta, em torno da qual se articularam os vários recortes ou disciplinas que asseguraram uma união, sob o rótulo de ciência.

A transformação da realidade, pelo modelo positivista de ciência, em fenômenos multifacetados inaugurou uma forma de pensar essa

realidade como composta de várias partes interdependentes, como se a realidade fosse naturalmente multifacetada: “é impossível não notar que a maioria das pessoas toma as diferenças entre as áreas de conhecimentos e especialização como absolutamente naturais” (Figueira, 1987, apud. Silva, 1993, p. 14).

Não podemos, pressionados ainda pelas regras de Descartes aprisionar nosso pensamento a “dividir, classificar e separar, para depois relacionar o que foi separado” (Santos, 1988, p.50).

Melhor dizendo, durante o processo terapêutico, o terapeuta corre risco de adotar essa mesma postura científica, mantendo sua mente com classificação de teorias, sendo que frente a seu paciente, sua postura deve oscilar, percorrer ensinamentos e conceitos ora de Freud, Klein ou Bion, apesar da forte tendência de dividir, classificar e separar, para depois relacionar o que foi separado.

É como se o analista possuísse recursos diversos, assim como “cartas de baralho” na manga de camisa e vai usando cada uma delas quando se fizer necessário; a posição do analista frente ao vínculo com seu paciente, deve acompanhar o estágio de amadurecimento emocional que este se encontra.

Nos seminários clínicos de 1987, Bion conta como, diante das comunicações de um paciente, ele se indaga sobre “qual história poderia lhe contar” para ser entendido. Acrescenta ainda que “a interpretação tem de ser adequada às capacidades de assimilação e de digestão do paciente, e que precisamos, como diante de um recém-nascido, encontrar a forma adequada de falar com ele” (Bion, apud. Ferro, 1999, p. 52).

Pensamos ainda ser de valia, investigar a possibilidade de que a evolução do conceito de vínculo no histórico da psicanálise, pode ser comparada a evolução do vínculo terapêutico entre paciente e terapeuta no transcorrer do processo psicoterápico.

Se pensarmos o processo terapêutico com o paciente, durante as primeiras sessões – apesar de estarmos na pós modernidade – imaginamos necessário adotar a postura de Freud. No período inicial da psicanálise a competência do pesquisador estava centrada no saber absolutista, havia a ilusão de estar fora da relação com o objeto de conhecimento e portanto dominá-lo. Filho da racionalidade científica newtoniana – cartesiana, Freud se pautava pela disciplina, método e rigor científico.

Acreditamos que o terapeuta algumas vezes precisa sentir-se exatamente desta forma – fora da relação com o objeto – caso contrário, não tem coragem de assumir seus pacientes. Penso ser uma defesa útil do psicoterapeuta; ele não se mistura com o objeto, está distante do sintoma que é só do paciente, está protegido em sua função – a de curar – e por isso se aventura na relação com o outro.

Essa onipotência ingênua, faz o terapeuta responsabilizar-se e entregar-se no processo terapêutico, acreditando que pode colaborar e muito com seu paciente; este, por sua vez, recupera a esperança de sair dali curado e sente-se seguro nesse contato que apenas teve início.

Somos enquanto terapeutas, diferentes do paciente, temos formação especializada e essa diferença traz tranqüilidade a ele como a uma

criança que pode ancorar-se, abandonar-se no colo de um adulto. Nesse momento, início do processo psicoterápico, o paciente está isento de pensar por si e delega essa função ao terapeuta.

Diz Herrmann muito bem que “toda análise reproduz necessariamente a evolução de um bebê” (Herrmann, 1991, p. 16).

O paciente chega para a análise com sua capacidade de pensar e sentir bloqueadas, incompletas, como a de um infante, necessitado da presença de alguém mais amadurecido que ele, que o favoreça na condução de seu desenvolvimento emocional.

Gradativamente, como em um jogo de xadrez, cada lance de um dos jogadores, exige do outro, nova estratégia; terapeuta e paciente vão se posicionando sobre esse tabuleiro, sem conhecer o próximo lance, vão definindo aos poucos, estratégias para fazer do jogo uma *boa partida*, que reverterá em experiência e aprendizado para ambos. Se falamos da técnica do jogar, já supomos dois parceiros, diminui a distância entre o par. Terapeuta e paciente adquirem agora, uma relação horizontal, de existência mútua. “Aparece o mundo mental do *outro*, tão aparentemente simultâneo ao nosso, mas tão *outro*” (Andreucci e Godoy, 1993, p. 84).

Essa idéia comporta a união de teses até então tidas como incompatíveis – o mundo mental do outro simultâneo ao nosso, mas tão outro. Está instituída a existência de uma subjetividade que emerge singular, única e que deve ser explorada dentro de uma nova postura por parte do pesquisador. Tocamos na exigência de uma ciência que não pode gerar “apenas um paradigma

científico, de um conhecimento prudente mas também um paradigma de uma vida decente” (Santos, 1988, p.70).

Falamos portanto do nascimento de uma ciência pós moderna onde: “1) Todo conhecimento científico-natural é científico social. 2) Todo conhecimento é local e total. 3) Todo conhecimento é auto-conhecimento e 4) Todo conhecimento científico visa constituir-se num novo senso comum” (Santos, 1988, apud Copit & Hirschzon, 1993, p. 97 a 99).

A primeira tese diz respeito à superação de dicotomias em relação ao conhecimento que até há pouco tempo eram inquestionáveis como: “natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observador/observado, subjetivo/objetivo, coletivo/individual, animal/pessoa” (Santos, 1988, p.97).

A segunda tese aponta para o fato de que o conhecimento não deve ser fundado na fragmentação do objeto de estudo, devendo este ser visto como uma totalidade, como indivisível. A fragmentação tende a ser “temática” e não por disciplinas, como estamos acostumados a diferenciar. Este tipo de conhecimento implica a possibilidade de constituir-se através de uma pluralidade metodológica, da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Nessa ótica, “cada método é um e a realidade responde na língua em que é perguntada. Só uma constelação de métodos pode captar o silêncio que persiste entre cada língua que pergunta. Essa pluralidade só é possível mediante a transgressão metodológica” (Santos, 1988, p. 98).

Como terceira tese, do paradigma da ciência pós moderna, temos que o conhecimento não é anônimo, atemporal e a-histórico, na medida em que o objeto é definido pelo sujeito que o observa e o estuda; o objeto deve ser entendido como uma espécie de continuação do sujeito. Nesses termos, o conhecimento é uma produção humana que lhe imprime sua marca, sua subjetividade. “A ciência moderna consagrou o homem como sujeito epistêmico, mas expulsou-o como sujeito empírico”, a ciência pós moderna tenta resgatar o caráter auto-biográfico, auto-referencial e até mesmo estético do pesquisador, como uma dimensão que deve ser conscientemente assumida por este, e não apenas como algo que se desprende de sua obra. Dessa forma, “a criação científica no paradigma emergente assume-se como próxima da criação literária ou artística, porque à semelhança destas pretende que a dimensão ativa de transformação do real (o escultor ao trabalhar a pedra) seja subordinada à contemplação do resultado (a obra de arte)” (Santos, 1988, p. 98).

A quarta e última tese, refere-se também a uma ruptura entre o conceito de senso comum e o do saber científico, dicotomia tão valorizada na modernidade. Não trata-se, de substituir o conhecimento científico pelo senso comum, mas de transformar, converter o saber científico em senso comum. “A ciência pós moderna, ao sensocomunizar-se, não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que tal como o conhecimento deve traduzir-se em auto-conhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida” (Santos, 1988, p. 99)

Foi necessário transcorrer um século de existência para que a Psicanálise pudesse ser reconhecida como uma importante disciplina cujo modelo de investigação permite a análise e compreensão das mais variadas produções humanas. Se considerada dentro do paradigma pós-moderno de ciência, a Psicanálise mostra-se surpreendentemente atual pois as teses desse novo modelo de ciência coincidem com os pressupostos centrais da Psicanálise (Matioli, 1997, p.92).

Estes preceitos, trazem um ruptura na maneira de conceber a ciência, pois ficou “patente que a observação altera o observado, que o sujeito e o objeto não se encontram (pois) tão radicalmente separados” (Silva, 1993, p. 16).

Final do século XIX, fase de transição da ciência moderna a caminho da ciência pós moderna, “Freud inaugura uma nova disciplina tendo como objeto, ou como problema, o próprio aparelho de pensar, utilizado pela mente ou psiquismo: a psicanálise” (Silva,1993, p. 16)

Quando a própria mente, que é o domínio do subjetivo, é o objeto do estudo, ainda temos de ser objetivos em nossa atitude com os fenômenos que estamos estudando, mas temos de aceitar que é da natureza do objetivo ser ‘subjetivo’ (Heimann, 1943, 1997, p. 382).

O método psicanalítico inaugura então uma nova maneira de fazer pesquisa, deixa de lado a separação sujeito objeto. Justamente pelo motivo de lidar com a subjetividade, passa a ser desconsiderado enquanto método que possa vir produzir saber científico, encontrando grande resistência na tradição positivista, onde as exigências são de objetividade e neutralidade por parte do pesquisador.

Porém, alguns pesquisadores nesse momento trouxeram indagações a respeito da ciência. Seria ela uma ciência absoluta, detentora da verdade? Vejamos Lefebvre que argumenta que nenhuma ciência é tão pura, neutra e objetiva

nenhum pensamento, nenhuma idéia, nenhuma reflexão que tenham objeto e conteúdo podem ser completamente neutros. Nem mesmo as matemáticas! Elas não são neutras quando estão a serviço, quando entram na prática social, quando se prestam a uma pedagogia que se dirige a determinadas pessoas e não a outras. Todo pensamento tem um conteúdo, um objeto. Ao mesmo tempo é uma vontade. Existe alguma proposição que não implique responsabilidade? Não existe! (Malheiro e Nader, 1987, p. 09).

Essa inversão de foco, do palco para os bastidores, da razão para o inconsciente gera, segundo Silva duas conseqüências importantes

A primeira delas diz respeito à substituição da razão em seus problemas de aplicação das regras do bem pensar... pelo complexo jogo de pulsões e relações objetais: a razão é escrava da emoção e existe para racionalizar a experiência emocional (Bion, apud. Silva, 1993, p. 15).

A segunda conseqüência diz respeito a alteração da relação entre sujeito e objeto (S-O) que passa a ser (S-S) ou seja, entre “dois sujeitos cada um com uma parte consciente comunicando-se oficialmente com o consciente do outro, e uma parte inconsciente de cada um utilizando-se de seu estilo peculiar de interação que passa despercebido” (Silva, 1993, p.17).

Através dessa reflexão nos aproximamos de uma terceira postura científica do pesquisador frente a seu objeto de estudo.

Inicialmente falamos da objetividade, gerada pelo cientificismo racional do século XVI. Passamos pela subjetividade que transformou o saber absolutista para o saber relativista e podemos dizer como Heisemberg e Bohr referente a conceitos da mecânica quântica: “não é possível observar ou medir um objeto sem interferir nele, um objeto que sai de um processo de medição não é o mesmo que lá entrou” (Holt, 1972, p. 3-24). E nesse início de século nova exigência para o pesquisador: a intersubjetividade.

A intersubjetividade é um conceito que só nas últimas décadas ganhou direito a discussão no mundo psicanalítico. Parece-nos que podemos fazer um paralelo em relação ao conceito da intersubjetividade e o da contratransferência; esta sempre se fez presente na relação analítica, somente não foi reconhecida desde o início pela psicanálise. Em relação a intersubjetividade supomos que ocorreu o mesmo, ela estava presente no contato analítico, porém não pode ser notada em função das exigências que a ciência impunha ao pesquisador. A intersubjetividade passou despercebida pela história, aparecendo recentemente como novidade.

Até então, a vida emocional do paciente e sua subjetividade eram consideradas na situação analítica, como plano exclusivo. Porém, paulatinamente foi sendo reconhecida a importância da vida emocional do analista na clínica, ponto de partida para o estudo da interação paciente-analista, que se dá durante a sessão no campo relacional, ou seja, na intersubjetividade.

O encontro analítico passou a ser observado como uma relação que produz impacto emocional mútuo no qual ocorrem trocas de informações, ou seja comunicações a nível verbal e não-verbal, intencionais ou não.

O paradigma da intersubjetividade pressupõe que o analista seja observador participante do acontecer psicanalítico. As tensões geradas *nos* ou *entre* os dois espaços psíquicos, do paciente e do analista, terão que contar também com a observação de si mesmo do analista, onde supostamente serão encontrados os derivados daquelas tensões.

Santos diz que:

chegamos ao final do século XX possuídos pelo desejo quase desesperado de complementarmos o conhecimentos das coisas com o conhecimento do conhecimento das coisas, isto é, com o conhecimento de nós próprios (Santos, 1988, p. 49).

Objetividade, subjetividade, intersubjetividade – formas de presença do sujeito em relação a seu objeto, para melhor conhecê-lo!

Conhecer é um encontro do ser do sujeito com o ser do objeto. Conhecer é “com-ser”, ou “ser-com” intencionalmente. Mais profundamente, o sujeito cognoscente identifica o objeto conhecido identificando-se a ele, isto é, sendo o objeto de maneira intencional. Em outras palavras, a relação de conhecimento não é uma relação de exterioridade mas de presença mútua. O sujeito cognoscente quando conhece, identifica-se ao objeto conhecido, sem contudo deixar de ser o que ele mesmo era

Conhecer é um encontro do ser do sujeito com o ser do objeto, sem confusão entre ambos. O sujeito fica sabendo o que o objeto é, a ponto de poder reconhecê-lo e referir-se a ele de maneira suficiente para que um outro sujeito cognoscente também possa identificá-lo (Rezende, 1997, p.296).

Neste momento, retomamos o questionamento anterior. No decorrer de um processo psicoterápico: é possível que o terapeuta tenha postura única e constante de intervenção no conhecimento de seu objeto? O vínculo criado entre ele e seu paciente deve se pautar por preservar a objetividade? Atuar somente pela subjetividade? Utilizar a noção de intersubjetividade?

Tem-se a impressão que a ciência no século XXI consagra a intersubjetividade como a melhor maneira do terapeuta estar com seu paciente. Essa de fato, é a melhor postura do pesquisador frente a seu objeto de estudo? É só dessa forma que o par alcançará os objetivos a que se propõe uma psicoterapia?

O cientista social Boaventura de Souza Santos propõe-nos que em períodos de transição difíceis de entender, é necessário voltar às coisas simples à capacidade de formular perguntas simples. Santos enfatiza o que Einstein costumava dizer: só uma criança pode formular perguntas simples e essas perguntas poderão trazer luz nova à nossa perplexidade. Conta-nos também que Jean-Jacques-Rousseau, em seu célebre *Discours sur les Sciences et les Arts* (1750), formulou questões simples sobre as ciências e os cientistas, no início de um ciclo de produção científica que muitos julgavam estar chegando ao fim. Rousseau perguntava, se existiria alguma relação entre a ciência e a virtude, e se haveria alguma razão de peso para substituímos o conhecimento vulgar que

temos da natureza e da vida, pelo conhecimento científico produzido por poucos, e inacessível à maioria. Perguntava ainda: “Contribuirá a ciência para diminuir o fosso crescente da nossa sociedade entre o que se é e o que se aparenta ser, o saber dizer e o saber fazer, entre a teoria e prática?”

E a essas perguntas simples, Rousseau, acerca de dois séculos e meio, respondeu de modo igualmente simples, com um redondo não. Santos prossegue dizendo

nossas perguntas hoje deverão continuar simples como as de Rousseau, pois temos finalmente, de perguntar pelo papel de todo conhecimento científico acumulado no enriquecimento ou no empobrecimento prático das nossas vidas, ou seja pelo contributo positivo ou negativo da ciência para a preservação do ser humano (apud. Andreucci e Godoy, 1993, p. 81).

Nessa linha de pensamento duas possibilidades podem ser colocadas para reflexão:

1) Não pode-se desprezar o conhecimento científico produzido por Freud em sua época. O vínculo que estabeleceu com seus pacientes se pautava pelas normas e regras da observação rigorosa, onde a objetividade na época, era a abordagem de conhecimento aceita pela ciência. Então, porque não recuperá-la na prática clínica, se Freud atingiu a cura com suas pacientes? Caso contrário, não tivesse curado, sua teoria nascente – a psicanálise – teria sucumbido lá atrás, sem nos permitir conhecê-la!

2) Freud desenvolveu seu método e técnica através do vínculo que estabeleceu com cada uma de suas pacientes hstéricas. De forma exemplar criava uma “peça-teórico-técnica” que se ajustava perfeitamente para a paciente em atendimento. Reconhecemos, por exemplo, que determinada paciente não era hipnotizável, ele então criou um recurso útil, a associação livre (a pedido dela inclusive); uma outra falava demais, com detalhes e minúcias, por sua vez, ele respeitou esse estilo e pacientemente a ouvia sem interrompê-la; outra ficava calada e não colaborava com respostas às suas perguntas, levou-o a perceber a resistência e a importância da boa relação entre médico e paciente; a outra paciente que relatava suas experiências traumáticas, leva-o a supor que as lembranças não vinham de acontecimentos reais, mas de fantasias com teor sexual; uma outra o abandonara durante o tratamento e ele reconhece a existência da transferência e ...assim por diante...

Através da experiência com cada paciente, Freud foi criando *artifícios* para dar conta de cada caso clínico, respeitou *o jeito de ser* ou melhor, a subjetividade de cada paciente. Construiu sua teoria calcada na necessidade que surgia em cada vínculo estabelecido e mantido.

Havia já nesse momento, um ingrediente a mais, entre médico e paciente, que tornou realizável o processo analítico. Esta constatação obriga-nos a considerar que talvez, Freud em sua prática clínica era menos rígido do que nos ensinaram a seu respeito; a evolução de sua técnica e os conceitos que fora produzindo, um a um, vieram do contato intenso e verdadeiro estabelecido no par analítico. Podemos dizer que de forma incomparável Freud já utilizava o vínculo

analítico em sua prática clínica, sem mesmo ainda, ter clareza da concepção teórica desse conceito. Freud possuía um procedimento singular em sua relação terapêutica, que leva-nos a pensar na subjetivação da técnica.

Holt (1972), em uma análise da produção teórica de Freud, assinala

que em toda a sua obra ele sempre deixou transparecer um conflito que nunca foi resolvido, estabelecido entre um visão mecanicista da escola de Helmholtz e outra visão humanista do ser humano, derivada das idéias advindas da filosofia e da literatura. Ambas estavam presentes em sua obra, nitidamente opostas uma à outra e, em alguns casos, conflitantes (Andreucci e Godoy, 1993, p. 82)

Pensamos porém, que na realidade Freud era menos rígido em sua prática clínica do que em sua teoria, e aí estaria seu gênio criativo, pois transcendeu o cientificismo rigoroso de sua época. A teoria teria que aderir ao princípio da objetividade científica para que fosse aceita como ciência na época. Na prática clínica Freud era capaz de transcender as limitações dessa objetividade, aliando o cientista ao artista, o pensamento racional ao pensamento intuitivo.

Esta constatação feita por Holt nos leva a pensar em um terceiro motivo para recuperar a importância do vínculo terapêutico. A quantas andam a teoria e sua prática clínica, ensinadas na academia?

Cada vez mais, a psicanálise se vê convocada como objeto ou como instrumento de pesquisa universitária. “Apesar do movimento crescente da

ligação entre acadêmicos e psicanalistas, em uma tentativa de melhor dar conta da prática clínica, ainda existe grande distância entre elas” (Mezan, 1998, p. 1).

Apresentar a Psicanálise como uma modalidade metodológica de uma pesquisa acadêmica é, portanto, uma possibilidade bastante recente em nosso meio. Embora Freud já tivesse apontado em seus escritos que a Psicanálise não se limitava a uma técnica terapêutica, a trajetória das instituições psicanalíticas se desenvolveu num campo muito distante das universidades e centro de pesquisas consideradas científicas

É bem verdade que Freud alertou para as especificidades da formação do psicanalista como uma tarefa impossível de ser concretizada nos mesmos moldes da formação acadêmica. Para ele, a universidade era apenas um local próprio para divulgação da psicanálise (Mattioli, 1997, p. 10).

A discussão sobre Psicanálise e Ciência já ocupou grande espaço dentro da universidade e fora dela, visto que as instituições psicanalíticas não derivavam suas ações para a pesquisa e as universidades sempre se pautaram pelo método positivista em suas produções. Só no final da década de 70, é que os textos psicanalíticos passaram a fazer parte das bibliografias dos cursos de psicologia no Brasil.

Em relação ao tema dessa pesquisa, o vínculo paciente-terapeuta, contando com a presença real do terapeuta e alteração de sua postura enquanto pesquisador de seu objeto de estudo, pouco foi encontrado nas produções de dissertações e teses das universidades consultadas. Sabemos que

este assunto vem sendo motivo de indagação e já presente em artigos escritos por psicanalistas.

No Brasil, em meados da década de 90, teve início uma preocupação expressiva no meio psicanalítico quanto a relação analítica no que tange a contribuição do analista a seu paciente. Contribuição no sentido de uso pelo analista dos recursos internos de sua mente através de suas experiências e condições pessoais no processo analítico. Ainda é bastante polêmica uma definição “clara dos limites do trabalho clínico a partir de ou em torno do analista” (Figueira, 1996, p. 84).

A clínica do analista de Figueira apresentada no XV Congresso Brasileiro de Psicanálise em 1995, traz uma discussão a respeito dos problemas em torno do lugar e do papel do analista na teoria, na clínica e no funcionamento da técnica. Problematizou essa questão por meio de uma belíssima exposição e reflexão do lugar do analista na prática clínica.

Se o analista recupera e amplia sua função e papel no par analítico, necessariamente haverá alteração de sua postura frente ao cliente e conseqüentemente na relação dessa dupla. Especificamente a esse respeito, sabemos que a construção do vínculo analítico se dá pela mente do paciente em parceria com a mente do analista; e esta junção resultará em efeitos diversos para ambos que serão colhidos no contato terapêutico.

Estes dois pontos a serem investigados: a construção do vínculo e seus efeitos na dupla terapêutica, se constituíram como forte fator de motivação para a realização desta pesquisa.

De acordo com o que já relatamos, a clínica psicanalítica foi obrigada a procurar entendimento sobre esse tema, já que sua prática – em essência - tem sua base assentada no vínculo.

A relação e o vínculo perpassam toda a atividade clínica, podemos constatar essa afirmação nos diferentes seguimentos da prática analítica. O analista estabelece com seu paciente o vínculo analítico para que possam trilhar o processo analítico. Esse mesmo analista – enquanto paciente – possui um analista também, e com ele estabelece vínculo, para melhor conhecer seu funcionamento mental. Para bem realizar seu ofício, esse analista é vinculado ao supervisor para reorientar o vínculo que constrói com seus pacientes. Portanto, em sua atividade profissional o analista se defronta constantemente com a questão do vínculo e, se for considerado como centro de seu exercício profissional, poderá atingir repercussões outras, ainda não reconhecidas ou observadas. Essa dinâmica obriga o analista a pensar no vínculo graças a prática clínica que exercita.

Na academia portanto, esse aspecto ainda não é considerado com a mesma intensidade, ou talvez não seja percebido como relevante. Para confirmar esta hipótese, foi realizado inicialmente um levantamento bibliográfico no acervo do campus da UNESP de Assis em busca de dados e informações quanto ao tema dessa pesquisa.

Nesse campus estão registradas trezentas e dezoito dissertações e teses na área de Psicologia, sendo cinqüenta e duas delas produzidas na área clínica. Trazem assuntos variados: o desenvolvimento infantil, a relação professor-aluno, o adolescente em sua formação psíquica, a família e sua

interferências, a psicologia nas instituições de saúde mental, conceitos psicanalíticos, histórico da psicanálise de crianças no Brasil, entre outros temas. Nenhuma delas com proximidade de assunto a respeito do vínculo no par analítico, ou quanto ao histórico desse conceito foi encontrada.

Em seguida foi realizada nova revisão bibliográfica num acervo de duzentos e cinquenta dissertações e teses, centradas especificamente na psicanálise e depositadas na UNESP, PUC, UNICAMP e USP. Esse novo levantamento bibliográfico teve como data base de sua investigação, os trabalhos datados de 1996 a março de 2001, pois considerou-se que neste período o tema aqui em discussão, já estava sendo observado e estudado no meio psicanalítico. Portanto, nosso interesse estava voltado em investigar a existência de produções científicas referentes ao vínculo paciente-terapeuta dentro da universidade; através da produção dos pesquisadores que estão na carreira universitária, já que a eles foi delegado a responsabilidade da formação profissional dos alunos dos cursos de Psicologia.

No entanto, os trabalhos de dissertações e teses registrados nos últimos seis anos, trazem temas bem específicos em áreas diversas abarcando Sexualidade, Subjetividade, Educação, O Feminino na Psicanálise, Literatura Infantil, A Psicanálise Institucional, Sobre a Prática Psicanalítica, Conceitos Psicanalíticos, O Corpo e a Psicanálise, O Papel dos Pais, etc. em diversas abordagens teóricas sendo as mais freqüentes em Freud, Klein, Jung, Lacan, Reich, Winnicott. Foram encontradas somente três dissertações e uma tese que

demonstraram possibilidades de ligação ao tema em estudo, que foram verificadas e utilizadas como contribuição ao nosso trabalho de pesquisa.

Uma delas *A herança do desamparo: um estudo psicanalítico do conceito de desamparo na gênese da identidade* (1998), teve como orientador Renato Mezan. O tema em estudo traz a formação da identidade, através de dois momentos onde pode ocorrer o desamparo: o indivíduo na relação mãe-filho e na relação cultura-indivíduo. Esse trabalho evidencia as situações de angústia introjetadas pelo sujeito quando tem em seu processo de identificação, figuras que atuam na dimensão do desamparo nas duas situações citadas.

Curiosamente os demais trabalhos foram orientadas por Luís Cláudio Mendonça Figueiredo, e trazem como título: *Sobre a prática clínica: configuração de um modo possível de cuidar* (1998); *Sobre os que “moram em móvel-mar”: questões em torno da elasticidade da técnica em psicanálise* (1999); e o terceiro para título de doutora de Eliana Ribeiro de Souza Ribas, *A função psicanalítica do analista* (2000).

A primeira dissertação relata oito histórias reais da prática clínica, discursando sobre um “modo possível de cuidar”, onde o autor retrata o estabelecimento da confiança exercitada entre paciente e analista como o fio condutor para a “esperança no futuro” e “esperança de cura” no discurso de seus pacientes no decorrer do processo psicoterápico.

Na segunda dissertação, a autora argumenta através da teoria de Winnicott a exigência da elasticidade da técnica psicanalítica para os “casos difíceis”. Compara os pacientes fronteiros que “moram em móvel mar”,

diferentes daqueles que estão “em solo básico” e buscam na experiência clínica a capacidade de *holding* do terapeuta para que possam ter condições de desenvolvimento. De forma criativa a autora classifica os pacientes como tipos de “moradas” no mundo, que estão em condição dos “sem-teto” até atingirem uma casa pré-fabricada para sua condição mental, melhor que permanecerem em “móvel mar”.

A tese *A função psicanalítica do analista* é a que mais se aproxima do tema dessa pesquisa. A autora traz uma reflexão sobre a posição do analista na relação psicanalítica. Discorre sobre a função psicanalítica do analista que é determinada por um modo próprio de ser, que abarca suas características pessoais; a esse modo chama de *presença real do analista*. Retoma a maneira pela qual o analista emerge na teoria e na técnica propostas por Freud, articulando sua postura ao conceito de contratransferência. As noções de *pessoa do analista* e *modo de presença do analista* são entendidas no contexto deste trabalho como importantes recursos técnicos e como aspectos essenciais para a vitalização da prática clínica.

As dissertações e a tese citadas, apesar de número reduzido, demonstram um olhar que se volta sobre a relação analítica, evidenciando a função do terapeuta em como estar com seu paciente. Apesar de não trazerem contribuições diretas referentes ao conceito de vínculo paciente-terapeuta, reforçam a exigência de consciência e plasticidade de postura de um dos membros da dupla – o analista – o que trará interferências com certeza, no modo de construção da relação analítica.

A respeito da postura do profissional do mundo psíquico⁴, podemos considerar que esse aspecto chama a atenção no convívio social, quando por exemplo, determinado profissional passa a ser reconhecido, admirado e de fato, merecedor de elogios, mais que outro sendo que tiveram a mesma formação teórica, foram analisados, possuem posturas idôneas, dedicação no que fazem; mas um deles é mais procurado e tem sua clínica repleta. O que os diferencia se a formação teórico-prática é da mesma qualidade?

É possível pensarmos que a diferença que favorece um dos profissionais, está em como atua na relação com seu paciente, em como mantém o vínculo paciente-terapeuta. O êxito profissional certamente vai além dos atributos pessoais e técnicos e deve-se principalmente a capacidade de estar presente com o paciente e estabelecer um vínculo que dê garantia para a verdade, geralmente dolorosa que cada paciente tem que se haver no percurso de seu crescimento emocional.

Esses profissionais bem-sucedidos, têm uma característica comum, dedicam-se quase que exclusivamente ao trabalho; atendem grande número de pacientes, acompanham grupos de estudo, oferecem supervisão, investem em sua formação profissional através de cursos, aulas, estudo e na formação pessoal, através da própria análise. O que os mantém tão envolvidos em sua profissão?

De fato, para ser possível oferecer um trabalho de qualidade ao paciente, é necessário estar atrelado a várias fontes – supervisão, análise, grupo de

⁴ Nesse momento referimo-nos a profissionais comprometidos e competentes em seu ofício e não àqueles que emergem profissionalmente graças a privilégios concedidos fora de sua ética profissional.

estudo – já que o material interno do paciente mobiliza no psicoterapeuta conteúdo emocional que precisa ser escoado ou entendido. Os profissionais do mundo mental encontram-se em reuniões científicas porque precisam falar e ouvir – necessidade primordial do ser humano reconhecida pela psicanálise – a respeito de seus casos clínicos.

Cada experiência clínica é única, da mesma forma que é único o histórico de vida que não se repete para duas pessoas e traz sempre aprendizado inédito. Porém, a melhor fonte para desenvolver um bom trabalho é a relação que o psicoterapeuta constrói com seu paciente, é esse contato que nutre a ambos e motiva o terapeuta para sua sobrecarga de trabalho, levando-o a atingir realização – pessoal e profissional – extraída de sua prática.

O vínculo paciente-terapeuta encerra em si mistérios e preciosidades, morte e vida, o íntimo e o exposto, o uno e o múltiplo, é um movimento constante de troca e crescimento para a dupla – o benefício para o paciente é tal e qual para o terapeuta. Essa constatação irreverente de que o psicoterapeuta recebe benefícios do processo analítico de seu paciente, exige dele uma característica pouco incentivada no mundo contemporâneo – a humildade – virtude que não despreza a primeira condição de um terapeuta, sua condição humana. Condição que revela limitações e deficiências – mas também confiança que pode oferecer a seu paciente, além de seu preparo técnico, sua boa vontade e generosidade em estar com ele no entendimento de sua dinâmica mental.

“Quanto mais o analista for capaz de romper sua armadura narcísica, mais se dará o encontro com O OUTRO; e o resultado da análise será

um processo de criação conjunto e compartilhado” (Godoy e Andreucci, 1993, p.84)

Nesse encontro haverá um ruído, um som que emerge da colisão de subjetividades. É a experiência de combater nossa auto-identidade estática por meio do reconhecimento de uma subjetividade (uma eu-dade) que é outra para nós. O confronto com a alteridade não nos dará descanso; essa percepção da outra eu-dade, uma vez registrada, não nos permitirá permanecer quem éramos e não poderemos descansar até termos de alguma forma aceitado seu ataque ao que fomos antes de sermos interrompidos por ela.

O analista precisa estar preparado para destruir e ser destruído pela alteridade da subjetividade do analisando, e para vir a escutar um som que emerge dessa colisão de subjetividades, que é familiar embora seja diferente de qualquer coisa escutada antes (Ogden, 1996, p. 3).

Essa concepção da díade analítica é própria do estado não narcísico, e seremos tanto mais criativos quanto menos narcísicos e, portanto, seremos sempre co-autores. Em toda análise ajudamos e somos ajudados. Essa possibilidade se processa, como acredita Ogden, por meio do setting analítico, parte integrante da análise, como processo analítico, ele mesmo, simbolizando um componente essencial da atividade mental do analista e analisando. “A função contensora criativa do analista seria expressa principalmente pelo *setting*, e este não atuaria como um recipiente inerte, mas um continente ativo que interage dinamicamente no processo, expressando-se a criatividade da dupla analítica” (Godoy e Andreucci, 1993, p. 85).

O reconhecimento desta forma revolucionária de atuação, define a relação terapêutica como um campo riquíssimo de trocas, e exige do terapeuta uma formação não só onde a teoria já foi incorporada, mas principalmente uma formação como sujeito humano que foi adquirida da postura interna de reconhecimento de si e do outro, por experiências reais de contato, onde a onipotência é superada constantemente. Isso não se dá pela imposição da exigência atual de *ser* e *estar* na “função psicanalítica da mente”, mas sim pelo exercício permanente de auto consciência e abertura ao outro, ou seja, respeito a existência do outro, na diferença das subjetividades e na chance de produção de um terceiro elemento que surge da relação terapêutica, quando ambos, paciente e terapeuta perdem características próprias, para produzir algo melhor que os ligam de uma nova forma.

Para melhor esclarecer essa idéia, tomemos a criação da água em seu processo químico. As moléculas de hidrogênio e oxigênio, se isoladas mantêm suas especificidades, porém unidas deixam de ser hidrogênio e oxigênio e tornam-se água, juntas. Imagino o encontro terapêutico dessa forma, paciente e terapeuta, com suas características próprias resguardadas, mas quando juntos entregues a um momento de criação produzem o *objeto terapêutico*, um novo elemento, diferente de ambos, mas constituído de ambos.

Acredito que esta prática clínica, não acontece de improviso dentro do consultório. Reflete uma postura pessoal e profissional, que é conquistada no transcorrer de vida do terapeuta e no exercício de sua profissão,

dois componentes de uma dupla que vai definindo-se passo a passo, pela constância, harmonia e coerência sem nunca chegar ao término.

Quanto a este item é ilustrativo a experiência que tenho há três anos, com alunos de quarto e quinto anos do curso de psicologia em um trabalho de pronto-atendimento, que objetiva aprofundamento na área clínica.

Os estagiários geralmente chegam com uma postura enrijecida e padronizada procurando cumprir as regras do atendimento psicoterápico aprendidas nas aulas de psicologia clínica. Nem sequer questionam-se a respeito da importância ou necessidade dessas regras; a que e a quem servirão. Querem repetir automaticamente o aprendizado da sala de aula na situação de atendimento, sem considerar que neste momento, existe um ingrediente a mais, a existência do paciente que compõe o processo terapêutico

O mais comum, entretanto, é a escola privilegiar a absorção de informação e a submissão às normas em detrimento da produção de conhecimento e da criatividade, substituindo a vocação para o “fazer saber” pela idéia do “saber fazer” (Oliveira, 2001, p. 111).

A partir portanto, do primeiro contato, no *encontro* frente a frente entre estagiário e paciente, acontece o *desencontro*. Dá-se uma quebra da expectativa ideal da relação terapêutica por parte do aluno, e nessa realidade imprevista tem-se início uma nova postura. O estagiário começa a questionar-se, enxergando a si próprio de forma diferente e reconhecendo a existência do paciente além da teoria e da técnica psicanalíticas.

Tem início uma valorização do vínculo onde duas pessoas em acordo, estão juntas para uma experiência que será construída de forma inédita, que faz da experiência clínica uma inovação em cada encontro psicoterápico.

A mudança de postura ocorrida por parte do aluno, dá-se justamente pela possibilidade do contato autêntico e profundo que ele começa a desenvolver com seu paciente. Esse aprendizado sugere, “que conhecimento e autoconhecimento são interdependentes e que não é possível encontrar soluções num saber previamente fornecido pela ciência” (Oliveira, 2001, p. 109).

Corremos o risco de não aprender com o paciente, já que em nossa cultura, a pressão pela produtividade, o alto índice de informações, a competitividade no trabalho acabam por esgotar as possibilidades das relações, automatizando contatos, até mesmo em um curso como o de psicologia que tem por função formar especialistas quanto às questões do relacionamento humano.

Para melhor aprender, melhor viver o que é ensinado, a *técnica terapêutica* ensinada só teoricamente em sala de aula, sem a possibilidade do contato, fica insípida, morta, sem produzir *pensar e saber*. É contraditório oferecer conhecimento do vínculo, somente pelas disciplinas do curso de psicologia. Ele deve ser vivido na relação a dois para ser sentido e aprendido, não se teoriza sobre o contato, mas se vive!

Nas escolas, o fundamental são as pessoas para formar pessoas. A mente do professor e sua estrutura, sua personalidade serão o seu melhor instrumento de trabalho na formação de outros seres humanos. O aluno precisa de uma figura de identificação, e para tanto um professor precisa estar preparado para poder vir a ser um bom modelo.

Bion traz um enorme contribuição à educação. Conhece-se e aprende-se em um vínculo emocional; sem vínculo emocional só com o objeto de conhecimento, com o conteúdo, não há aprendizado que se sustente, porque não será transformador (Lisondo,1999, p. 23).

É necessário recuperar a importância do vínculo, já que em nosso mundo contemporâneo, há um certo descuido pelo contato com o outro. É através do vínculo que se dá a constituição e manutenção da identidade do sujeito, seja ele filho, aluno ou paciente, é na relação a dois que existe a chance de reconstruir – ou muitas vezes construir um *SER*, que virá a se tornar humano!

Não temos talvez, a dimensão de como o vínculo é imprescindível para nossa existência; ele é condição para a formação da subjetividade. Está aí sua preciosidade! O vínculo é tanto vital quanto inaparente, sentimos sua importância muito mais em sua ausência – os sintomas – do que em sua presença!

1.3 – A cura e o vínculo

Não é possível discorrer sobre o histórico e evolução do vínculo terapêutico sem resgatar a idéia de cura dentro da psicanálise. O analista no vínculo se presta ao mesmo objetivo da psicanálise – atingir a cura de seu paciente. Nesse sentido se faz necessário conhecer as características e a dinâmica do vínculo analítico. Podemos falar de cura quando falamos em doença. Ambas as situações se interligam de tal forma interdependentes, que não podem existir separadas. É por isto que, para entendermos o sentido da cura, temos que

paralelamente entender o que chamamos doença e, antes de tudo e mais ainda, o que significa estar-doente ou ser-doente.

A doença tem um sentido, assim como todo sentido da cura tem uma especificidade. Ambas, doença e cura, podem funcionar como uma “escolha” do paciente: ou um mecanismo de defesa ante conflitos inconscientes.

Há várias definições para a palavra cura: *O Novo Dicionário Aurélio* assim a define: “ato ou efeito de curar(-se); restabelecimento da saúde; meio de debelar uma doença; tratamento; tratamento preventivo da saúde; sazonalidade de concreto; processo de curar queijos e outros alimentos; solução; remédio; regeneração; emenda; vigário de aldeia ou povoação”.

É interessante observar que, segundo o *Aurélio*, o ato de curar implica também no ato de curar-se. Se o entendemos como algo que extrapola do sentido meramente lingüístico do termo, podemos deduzir como será possível e mesmo necessário, que o paciente se torne, ao mesmo tempo, sujeito e objeto de sua própria cura, quando se leva em consideração seu psiquismo e, fundamentalmente, sua capacidade de “sentir-se”, de uma forma singular que nenhum outro é capaz de sentir e mesmo interpretar.

De acordo com Hipócrates⁵, “não há doenças, há doentes – cada enfermidade é um homem” e que, portanto, cada homem é também a sua cura e o seu destino.

Martin Heidegger⁶, em sua obra *Ser e Tempo*, ao dissecar o homem em sua estrutura ontológica, fala do cuidado (cura), como possuidor do

⁵ Nascido na ilha Grega de Cós (460 a.C.), considerado o fundador da medicina.

⁶ Nascido na Alemanha (1889), um dos fundadores do existencialismo.

homem, desde o seu advento. Ele parte da interpretação de um antiga fábula latina, que conta a história do homem criado pelo cuidado, a partir do *humus*, quando atravessava um rio

Certa vez, atravessando um rio, Cura viu um pedaço de terra argilosa; cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A Cura pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a Cura quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cura e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro, que pronunciou a seguinte decisão, aparentemente eqüitativa: — Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a Cura quem primeiro o formou, ele deve pertencer à Cura, enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve chamar-se “homo”, pois foi feito de “humus” (terra) (Heidegger, 1988).

Assim, segundo este testemunho pré-ontológico, citado por Heidegger, “o cuidado precede o homem e o possui, enquanto estiver vivo”. Desta forma, o cuidado (cura) o preenche (ao homem), como um dado fundamental de sua estrutura, fazendo parte, pois, de sua própria liberdade. Ou seja: ao homem é dado, essencialmente, a capacidade de sentir-se livre e, assim, poder agir em conformidade com seu psiquismo.

No início da psicanálise, a idéia de cura vinha acompanhada pela remoção dos sintomas, cabia ao analista descobrir o que se passava com seu

paciente, através de um processo de *decifração* que o tornava responsável pela melhora ou cura do paciente.

Essa forma de abordar o paciente o mantinha destituído da capacidade de pensar a respeito de si mesmo, seguia o modelo da clínica médica clássica. Médicos querem curar, pacientes querem ser curados, nada mais comum e humano do que esta expectativa ante um estado mórbido.

Porém com a evolução da psicanálise, gradualmente, abandonou-se a prática médica curativa, e foi-se encaminhando para uma prática de investigação do tratamento do inconsciente. Esse segundo momento, exige maior implicação do par analítico, a subjetividade do paciente ganha relevo, e através do vínculo analítico chega-se a um processo de interpretação do material inconsciente que é construída graças a interação da dupla analítica.

Na atualidade, cada vez mais a idéia da cura psicanalítica está atrelada a cura do desejo, conduzindo o paciente a reconhecer suas emoções e a cuidar do que sente, através de um processo que busca atingir a consciência do desejo. Com que finalidade?

Com a finalidade de que o paciente possa amadurecer, realizar o melhor possível suas potencialidades. Mas este é um outro sentido da palavra cura, poder chegar ao ponto certo, onde se realizam as possibilidades intrínsecas de algo (Herrmann, 1991, p. 195).

O autor ilustra essa idéia usando o exemplo de um queijo bem curado, daquele que chegou ao gosto característico e à consistência esperada,

ainda que esses não sejam os mesmos para todos os queijos, como o não são, aliás as potencialidades de todos os homens .

Temos três sentidos de curar: o de se tratar, o de cuidar, o de alcançar o ponto de razoável completude. A cura analítica é perseguida a favor e contra o desejo do analisando. Ela não é só ponto de chegada da análise, possui uma dimensão que percorre todo o processo analítico e por isso confere-lhe valor terapêutico, tornando-a um tratamento. No tratamento psicanalítico, duas histórias vão se conjugando, a história de vida do paciente, presente em sua memória afetiva e atuante na determinação de seu desejo, e a história da própria análise que se constrói durante o contato prolongado que tem com o analista, mas que a rigor é, por outro lado, uma nova edição da história de vida modificada pelas condições atuais.

O vínculo transferencial recria a história do paciente e através dele o sujeito presente tem contínua transformação de sua subjetividade, o que dota a relação analítica de poder curativo. O vínculo tem função analítica quando leva o sujeito a ir além da remoção dos sintomas para ter contato consciente com o seu desejo, aí sim podemos dizer que está atingida a cura psicanalítica.

Através da exposição desse capítulo onde foi feita uma reflexão do vínculo na contemporaneidade através dos recursos tecnológicos, do vínculo e sua transformação no decorrer do processo científico e do vínculo enquanto veículo de cura, procuramos expor que estamos convencidos da necessidade de melhor conhecer e pesquisar esse conceito. Que ele venha atingir nossas mentes

com toda sua potencialidade e possibilidades intrínsecas para o desenvolvimento emocional da dupla terapêutica!

2 – OBJETIVOS

Em um primeiro momento, nosso objetivo é investigar, na literatura psicanalítica, a formação da subjetividade através dos vínculos estabelecidos pelo sujeito em seu início de vida, acrescido do seu histórico e condição inata da personalidade e a correlação possível existente com o vínculo que será construído depois, durante seu tratamento psíquico com o psicoterapeuta.

Temos também como objetivo evidenciar e recuperar a importância do vínculo terapêutico na clínica contemporânea e para isso será retomado o percurso histórico, da origem e modificação do conceito de vínculo nas principais abordagens teóricas – Freud, Klein e Bion – sua concepção e processo de alteração. A pesquisa ainda se detém na influência de alguns autores contemporâneos que trouxeram contribuições valiosas para a evolução da teoria e técnica psicanalíticas. Acreditamos que através das informações e dados pesquisados podemos contribuir de modo científico para o melhor entendimento e utilização desse instrumento de trabalho – o vínculo no exercício da prática clínica.

Outro objetivo dessa pesquisa é a apresentação das vinhetas clínicas, objetivando elucidar que a existência do vínculo na relação paciente-terapeuta pode promover a ambos, com possibilidades de evolução do processo de pensar e, conseqüentemente, da expansão do desenvolvimento emocional. Apresentaremos três pacientes de uma clínica particular, com o intuito de evidenciarmos a construção e a evolução do vínculo na relação terapêutica,

demonstrando a dinâmica dessa interação e os indícios que o paciente fornece das turbulências emocionais do campo relacional no transcorrer do processo psicoterápico.

3 – OS CAMINHOS PERCORRIDOS

Esta pesquisa tem sua fundamentação metodológica norteadas em duas diretrizes. A primeira delas, mais ampla, se dá através de uma abordagem histórica do conceito de vínculo analítico para que se produza reflexão e análise daquilo que se denomina evolução da técnica dentro do movimento psicanalítico. A outra se dá por uma exposição ilustrativa das vinhetas clínicas, pelo acompanhamento das tensões e oscilações geradas no par terapêutico no transcorrer do tratamento psíquico e tem por objetivo repensar e redimensionar a questão do vínculo terapêutico.

Tomemos inicialmente a apresentação da pesquisa histórica⁷ que será nosso suporte metodológico

O pensamento histórico não é muito diferente de qualquer outra forma de trabalho intelectual. Em princípio, divide-se em duas partes ou fases: método histórico, ou análise das fontes, e historiografia, ou síntese e escrita. Em outras palavras a coleta de dados leva à apresentação dos resultados e conclusões. Na prática, a palavra “historiografia” passou a ser aplicada a ambas as partes, a análise e a síntese (Woodward, 1998, p. 62-63).

Diante dessa definição de historiografia, podemos dizer que a investigação psicanalítica foi sinônimo de investigação histórica das reminiscências do passado, relegadas ao inconsciente do paciente. É neste sentido

⁷ Os dados e informações da pesquisa histórica apresentados neste trabalho, resultam da investigação de história oficial e história revista, realizada por Jorge Luís Ferreira Abrão.

que a essência do tratamento psicanalítico de Freud constituía-se em tornar consciente parte do conteúdo inconsciente, permitindo com isto a reconstrução das vivências infantis. Temos, assim, a investigação histórica como equivalente de investigação psíquica do passado do paciente. Em defesa deste raciocínio, podemos recorrer a própria auto-análise de Freud, que se constitui em

um escrutínio extremamente cuidadoso, um recenseamento meticuloso, aguçado e contínuo de suas lembranças fragmentárias, seus desejos e emoções ocultos. A partir de peças e pedaços torturantes, ele reconstruiu fragmentos de seus primeiros anos de vida sepultados, e com o auxílio de tais reconstruções extremamente pessoais, combinadas com sua experiência clínica, procurou esboçar as linhas gerais da natureza humana (Gay, 1988, p. 104).

A afirmação de Peter Gay, aludida acima, nos remete ao fato de que Freud estruturou vários pontos da teoria psicanalítica a partir da reconstrução de sua história pessoal. É no bojo desta linha de pensamento que podemos afirmar a existência de uma vasta área de sobreposição entre o homem e sua obra. Não seria demasiado lembrarmos aqui que grande parte do material onírico ilustrativo do livro *A Interpretação dos Sonhos* (1900) era constituído por sonhos do próprio Freud, o que, mais uma vez, vem confirmar a importância exercida pela história de vida do criador da psicanálise em sua obra.

Da história do indivíduo reconstruída pela psicanálise, passaremos para a história da própria psicanálise enquanto disciplina científica e área de atuação profissional, história esta contada inicialmente pelo próprio Freud e posteriormente pelos seus sucessores mais próximos. Podemos distinguir, assim,

dois modelos de história da psicanálise que são definidas por Laplanche (1987) como: história oficial e história revista.

Por história oficial entendemos

a história de Freud por ele mesmo. Mais uma vez Freud esboçou, seja em obras separadas, seja em curtas passagens, uma história de seu próprio pensamento, história que é sempre extremamente discutível, falsificada, o que, com mais motivos ainda, é também a história oficial dos grandes biógrafos, mesmo que competentes, como a de Jones (Laplanche, 1987, p. 14).

Os exemplos mais evidentes da história oficial da psicanálise estão expressas em dois trabalhos de Freud: *A História do Movimento Psicanalítico*, publicada em 1914, e *Um Estudo Autobiográfico*, de 1925. O valor e relevância destes textos, vistos retrospectivamente pelo pesquisador contemporâneo dedicado a história da psicanálise, não reside em apresentar a historicidade do movimento psicanalítico, marcando datas, eventos e personagens que caracterizaram esta disciplina científica, mas, sim, em denunciar as hesitações, ambigüidades e falsificações a partir das quais foram sendo edificados os pilares da psicanálise.

A história revista é aquela que

em nossos dias, pode nos ser apresentada, anedótica ou não, segundo os poucos documentos que se consegue exumar e que, algumas vezes, são seguramente importantes; esta história mais verídica, que, pouco a pouco,

quer substituir as falsificações e mediocridades do passado. (Laplanche, 1987, p. 15)

Assim, a história revista busca reescrever as passagens que compõem a evolução histórica do movimento psicanalítico, descobrindo novas fontes de informações, sejam elas orais, através de depoimentos dos personagens que viveram momentos significativos da história da psicanálise, ou documentais, com a descoberta de arquivos, cartas ou manuscritos ainda inéditos, e, a partir delas, apontar novos acontecimentos que venham a complementar a história da psicanálise ou esboçar uma nova compreensão sobre os fatos já conhecidos dando-lhes um contorno mais perceptível e menos distorcido.

A história revista, em nosso entender, tem a seu favor, na elucidação dos fatos que definem a evolução da psicanálise, alguns fatores que possibilitam uma apreciação mais apurada do momento histórico investigado, fatores estes que têm sido aprimorados ao longo dos anos com o advento de novas pesquisas históricas sobre psicanálise, nas quais a tônica principal é a de enfatizar um aprimoramento metodológico em busca de maior credibilidade e veracidade para suas descobertas.

Desta forma, a história revista pode contar em sua investigação com os seguintes fatores: a existência de novas fontes históricas, que mesmo escassas não cessam de surgir; o distanciamento do pesquisador, que devido ao fato de não ter vivido os momentos estudados, pode apresentar uma razoável isenção para avaliar e interpretar os acontecimentos; a análise do contexto sócio-

cultural e científico em que as idéias psicanalíticas se desenvolveram e um quarto elemento de grande relevância, o próprio método psicanalítico.

Partindo deste pressuposto, a história revista pode optar por recortes metodológicos diferentes, que irão conferir ao resultado do trabalho de investigação histórica características diversas. A opção metodológica do estudioso ao realizar uma pesquisa de história da psicanálise resulta de uma conjugação de interesses, entre os quais estão presentes os objetivos da pesquisa e as características da fonte histórica disponível. Deste forma, alguns autores podem optar por um estilo mais descritivo, dando preferência para fontes documentais ou orais de caráter inédito que têm por mérito apresentar fatos e acontecimentos relevantes para a história da psicanálise, enquanto outros adotam uma postura mais interpretativa, buscando compreender os fatores sociais, culturais, políticos e científicos que permeiam o fato histórico estudado.

Seguramente, a mais célebre e, provavelmente, também a mais contestada obra de história da psicanálise é *A Vida e Obra de Sigmund Freud*, narrada por seu fiel discípulo Ernest Jones⁸. A opção metodológica deste autor, vista retrospectivamente, privilegiou um enfoque mais descritivo, como o que apontamos acima. Jones, em face a sua condição privilegiada de grande articulador do movimento psicanalítico, tinha a seu dispor uma gama de informações dos acontecimentos que circunscreviam a psicanálise durante a vida de Freud, o que lhe permitiu narrá-los e com isto tornar público uma série de fatos antes desconhecido para o grande público. Este fator, que configura-se como uma

⁸ Os três volumes que compõem a biografia de Freud foram escritos entre os anos de 1953 e 1957.

das virtudes de sua obra, constitui-se, em contrapartida, em um vício que a historiografia psicanalítica contemporânea tem destacado. O comprometimento político de Jones enquanto discípulo direto de Freud e seu engajamento como dirigente do movimento psicanalítico, tornaram-se um impeditivo para análises mais fidedignas dos acontecimentos, que permitissem inserir o homem Freud no contexto cultural e científico de sua época. Ao contrário, Jones consubstanciou a análise que realizou em seu estudo biográfico na obra do criador da psicanálise, a qual tomou como referência para sua narrativa biográfica.

Um exemplo de análise histórica altamente depurada que incorpora diversos aspectos metodológicos que denominamos de modelo histórico interpretativo é encontrada na biografia de Freud escrita por Peter Gay, na década de oitenta. Este autor descreve a natureza de suas análises nesta biografia nos termos que se seguem

No decorrer de uma longa e ímpar carreira como arqueólogo da mente, Freud desenvolveu um conjunto de teorias, investigações empíricas e técnicas terapêuticas que, nas mãos de um biógrafo escrupuloso, pode desvendar seus desejos, angústias e conflitos, um repertório considerável de motivos que mantiveram inconscientes, mas ajudaram a modelar sua vida. Por isso, não hesitei em empregar suas descobertas, e na medida do possível seus métodos, para explorar a história de sua própria vida. Mas não permiti que eles monopolizassem minha atenção. Como historiador, situei Freud e sua obra nos vários contextos relevantes: a profissão psiquiátrica que ele subverteu e revolucionou; a cultura austríaca em que foi obrigado a viver como judeu descrente e médico pouco convencional; a sociedade europeia que, durante a vida de Freud, passou pelos terríveis traumas da guerra e da ditadura totalitária; e a cultura ocidental como um

todo, uma cultura cuja percepção de si mesma ele transformou irreconhecivelmente para sempre. (Gay, 1988, p. 17)

A extensa citação de Peter Gay aqui introduzida cumpre a função de ilustrar a forma como este autor emprega a metodologia de pesquisa em uma investigação histórica da psicanálise, ou mais especificamente, em uma investigação biográfica do criador da psicanálise. Este autor não adere a um modelo narrativo de natureza meramente descritiva que privilegia a cronologia e a informação de acontecimentos, pura e simples. Em contra partida, seu texto ganha em consistência e credibilidade a partir das interpretações pertinentes a que são submetidos os fatos históricos relatados. Este grau de depuração das análises de Peter Gay é atingido a partir da opção metodológica por ele realizada, que é explicitada na citação acima. Nela podemos evidenciar a preocupação em contextualizar Freud e sua obra, as vicissitudes sócio-culturais da época e as características vigentes no meio científico ao qual Freud pertencia. Além disso, devemos destacar a iniciativa em empregar o próprio método psicanalítico na análise histórica empreendida.

No cenário mundial, temos por exemplo os trabalhos de Phyllis Grusskurth, professora do programa de ciências humanas e pensamento psicanalítico na Universidade de Toronto, que tem se dedicado a pesquisar a história da psicanálise. As contribuições desta autora estende-se por duas obras de importância para a historiografia psicanalítica, são elas *O Mundo e a Obra de Melanie Klein* (1986) e *O Círculo Secreto* (1991).

Essas obras trazem ricas informações colhidas cuidadosamente para análise e interpretação do contexto familiar, cultural e científico sobre a vida de Melanie Klein e a respeito da relação dos antagonismos que caracterizaram a política da psicanálise na época de Freud, no livro *O Círculo Secreto*.

No Brasil, entre outros, devemos ressaltar o nome de Marialzira Perestrello (1991), como destaque na historiografia psicanalítica no Brasil, que há mais de uma década tem-se dedicado a pesquisa histórica da psicanálise em nosso país, cujas conclusões foram apresentadas em artigos publicados entre os anos oitenta e noventa com valiosa contribuição para o meio psicanalítico.

Através dos exemplos citados, podemos compreender a metodologia empregada nas pesquisas dedicadas a história da psicanálise, para melhor definir o suporte metodológico que fundamenta a presente pesquisa: o percurso histórico do vínculo analítico.

Existe um crescente interesse pela historiografia psicanalítica nas últimas décadas, seja nos círculos das Sociedades de Psicanálise ou no meio universitário, porém ainda não se tem conhecimento de nenhuma pesquisa histórica realizada com o objetivo de estudar a evolução do conceito de vínculo no movimento psicanalítico. Este fato leva-nos a pensar em artigos que apesar de parte do material por nós analisado já ter sido objeto de estudo em artigos e trabalhos anteriores – não em pesquisas dissertativas – a investigação aqui possui um caráter inédito, uma vez que a junção e análise de informações sobre a evolução histórica do vínculo não foi realizada por outros pesquisadores.

Temos então, o compromisso de compor atentamente o desenvolvimento desta parte da produção psicanalítica destinada a recuperação, entendimento e divulgação desse recurso tão valioso para o processo psicoterápico: o vínculo analítico.

A segunda diretriz do suporte metodológico de nossa pesquisa, se dá pelo método clínico de análise dos casos apresentados. Essa abordagem ilustrativa favorece ao leitor na sua tarefa de compreensão dos aspectos referentes ao vínculo analítico.

O método clínico é caracterizado pela utilização de recursos clínicos de uma relação para a obtenção de ganhos terapêuticos, à medida em que ocorra uma observação, investigação e pesquisa dos fenômenos psíquicos. O método clínico em Psicanálise tem em sua dimensão metodológica o uso da interpretação, que ao derivar-se da observação, investigação e pesquisa, qualifica-se como sendo uma maneira especial de informar o paciente sobre si mesmo. Sobre seu método Freud em texto de 1904 esclarece que

O método analítico da psicoterapia é o que penetra mais profundamente e o que leva mais longe, aquele por meio do qual as transformações mais extensas podem ser efetuadas em pacientes (...) também posso dizer dele que é o método mais interessante, o único que nos informa realmente sobre a origem e interrelação das manifestações mórbidas... (Freud, 1976, p. 233).

Segundo Herrmann, autor pioneiro na retomada metodológica em pesquisa clínica, argumenta que a Psicanálise

é hoje um dos caminhos mais importantes para que o homem saiba de si mesmo e é um saber que cura .. com toda simplicidade podemos responder: a Psicanálise cura o homem de seu esquecimento. Na sociedade contemporânea observa-se um movimento ao mesmo tempo excêntrico e fragmentador ... a Psicanálise pretende curar do descentramento fragmentário, não por restituir ao homem o centro perdido, fantasia religiosa, mas por revelar seu descentramento essencial e a insaciabilidade do desejo... (Herrmann, 1991, p. 14).

Ainda neste sentido Birman diz que

A psicanálise estabeleceu um espaço clínico bem delineado nas suas coordenadas e um método de investigação rigoroso baseado no registro do falar/escutar, mediante o qual o sujeito se constitui e se revela simultaneamente pelo ato de falar. Por este ato, o sujeito se enuncia pelo dizer, caracteriza-se pela singularidade de seu discurso. Mas o dizer apenas funda o sujeito quando a fala é dirigida a um outro, que se posiciona no registro de escutar (Birman, 1989, p. 135).

Para que possa ocorrer o falar/escutar, a metodologia clínica instrumentaliza-se através do estabelecimento do *setting*, que podendo variar em alguns elementos, estabelece a frequência semanal à psicoterapia, local, hora e possibilidade para o encontro psicoterápico.

Nestes termos, o vínculo terapêutico construído na relação paciente/terapeuta é imprescindível e determinante, pois, é por meio do

discurso do analista que o paciente se reconhece, se constitui. Mesmo que o reconhecimento do paciente seja necessário, na forma de uma 'convicção segura da verdade da construção' (e isto a recuperação, em alguma medida, da particularidade individual, uma vez que na forma de uma associação ela não faz possível), é no discurso do outro que sua subjetividade termina construída (Celes, 1987, p. 291).

Outro conceito que define psicanaliticamente uma pesquisa é a relação transferencial que permite o aparecimento do vínculo analítico e possibilita a interpretação

Cada vez que nós nos pomos em ação para estudar um conjunto de significações humanas psicanaliticamente, gera-se um inconsciente relativo que tem, que comporta um saber transferencial do estudioso em relação ao objeto estudado. Quer dizer, é como se evocássemos uma transferência. O objeto nos fala, estabelece um campo transferencial semelhante ao estabelecido na situação de consultório, sem que para isso o livro esteja deitado no divã. Mas, de qualquer modo, quando o pesquisador se debruça sobre o seu objeto, pensando psicanaliticamente, cria-se um campo transferencial (Herrmann, 1993, p. 138).

Finalmente, resta-nos dizer como pretendemos articular o método histórico e o método clínico nesta pesquisa...

3.1 - Procedimentos

Faz-se importante explicitar os procedimentos empregados durante a coleta de dados, assim como o critério de tratamento conferido a eles

durante a elaboração do trabalho, para possibilitar ao leitor o caminho percorrido pelo pesquisador ao longo de seu trabalho de investigação.

Com a finalidade de conferir maior precisão à pesquisa, foram adotadas duas fontes principais: análise bibliográfica e apresentação das vinhetas clínicas ilustrativas sobre o tema.

No primeiro procedimento, o levantamento bibliográfico, nos fornece o rastreamento da produção científica desenvolvida na psicanálise, quanto ao vínculo analítico, sua origem, modificação e utilização desse conceito na prática clínica.

No tocante a fonte bibliográfica, foram eleitos artigos científicos de Freud, Klein e Bion, acreditando-se que por esses autores, podemos seguir o traçado da evolução desse conceito e também da técnica psicanalítica que foram construídos no movimento psicanalítico, até chegarmos aos autores contemporâneos.

Os textos abaixo relacionados têm a função de revelar a constituição do vínculo em sua origem e desenvolvimento através do contato terapêutico de Freud com suas pacientes. Em função dessa experiência clínica, Freud construiu sua teoria e técnica que serão pesquisadas com ênfase, buscando reconhecer a presença do vínculo analítico em sua obra.

Foram pesquisadas as seguintes obras:

- *Estudos sobre a histeria* (1893-1895) : os casos clínicos e *A psicoterapia da histeria*

- *Artigos sobre técnica (1911-1915): Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise; Observações sobre o amor transferencial e Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental; recordar, repetir e elaborar*
- *Inibições, Sintomas e Ansiedade (1925-26)*
- *Construções em análise (1937)*

Os textos escolhidos da teoria kleiniana, oferecem a possibilidade de conhecer mais profundamente as contribuições desta autora que criou uma técnica própria. Klein promoveu significativa mudança na prática analítica no sentido de que as interpretações fossem sistematicamente transferenciais, mais dirigidas aos objetos parciais, aos sentimentos e defesas arcaicas do paciente, o que muito auxiliou para o avanço da psicanálise. Como decorrência dessas concepções, resultaram importantes repercussões no manejo técnico da dupla analítica.

Em Melanie Klein foram estudados os seguintes textos:

- *Análise de crianças pequenas (1923)*
- *A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do Ego (1930)*
- *Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê (1952)*
- *As origens da Transferência (1952)*
- *Sobre a Identificação (1955)*
- *Inveja e Gratidão (1957)*
- *Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental (1958)*
- *Nosso mundo adulto e suas raízes na infância (1959)*

- *Sobre a saúde mental* (1960)
- *Sobre o sentimento de solidão* (1963)

Bion foi um dos autores que mais investigou a questão do vínculo. Utilizou o modelo da relação mãe-bebê para melhor explorar seus conceitos na relação analítica. Para esse autor a formação da subjetividade assim como a capacidade de vivenciar os pensamentos e sentimentos se efetua através da relação afetiva. Os textos selecionados tiveram por objetivo evidenciar os efeitos que o vínculo pode conceder a dupla analítica:

- *Diferenciação entre personalidade psicóticas e as não psicóticas* (1957)
- *Ataques ao vínculo* (1959)
- *Uma teoria do pensamento* (1962)
- *Aprendendo da experiência* (1962)
- *Elementos em psicanálise* (1963)
- *Transformações* (1965)
- *Estudos psicanalíticos revisados* (1967)
- *Nota sobre a memória e o desejo* (1967)

Entre os autores contemporâneos é de importância e curiosidade científica pesquisar o conceito de vínculo em Herrmann, em algumas de suas obras, como: *A Clínica Psicanalítica; A psique e eu; O que é psicanálise.*

Temos ainda outros psicanalistas que colaboram com investigações clínicas através de artigos e comentários quanto a relação paciente e analista, entre eles: Franco Filho, Zimerman, Eizirik, Rocha Barros entre outros.

No cenário mundial ganha relevo hoje a prática clínica de Ferro, essencialmente nos livros *Na sala de análise* e *A psicanálise como literatura e terapia*. Grande contribuição também tem nos oferecido Thomas Ogden com *Os Sujeitos da Psicanálise* que convida-nos a aprimorar a prática clínica no campo relacional. Também foi incluída nessa pesquisa, a teorização do casal Baranger, de Fédida e de Gabbard.

No segundo procedimento foram selecionadas e apresentadas três vinhetas clínicas, do universo de trinta pacientes. Os sujeitos são adultos, atendidos em psicoterapia individual, em consultório particular, com duas sessões semanais. Para essa escolha somente um critério foi estabelecido: o fator tempo do paciente em processo psicoterápico.

Considerando a questão tempo em atendimento, relatamos que um dos pacientes está há um ano em psicoterapia; outro esteve por dois anos aproximadamente e o terceiro obteve alta no final do ano passado, após quatro anos de atendimento.

O propósito de acompanhar a construção do vínculo terapêutico associado ao critério de tempo, nos conduz para questões interessantes: a evolução desse vínculo está atrelada a questão de quanto tempo o paciente está em psicoterapia? A intensidade do vínculo vai depender do número de sessões já vivenciadas? O vínculo se forma nos contatos iniciais? A construção do vínculo

só se dá com o decorrer dos encontros sucessivos do par terapêutico? As alterações no vínculo entre paciente e terapeuta ocorrem em função do tempo em que estão juntos no processo?

A investigação da construção do vínculo atrelada a questão tempo de processo psicoterápico do paciente, levanta hipóteses interessantes a serem investigadas e aprofundadas no decorrer de um posterior trabalho.

A forma adotada na transcrição das vinhetas apresentadas prioriza aspectos voltados ao interesse dessa dissertação, ou seja, a dinâmica do par terapêutico com a oscilação de tensão gerada no interior de uma sessão de psicoterapia. Também são considerados dados sobre relações afetivas: na família, vida amorosa, relacionamento social e profissional dependendo do objetivo da escolha da vinhetas, assim como, um breve histórico do paciente e dados pessoais essenciais.

Foi avaliada a forma do paciente vincular-se ao processo psicoterápico, e o contato construído com o terapeuta, tendo expressão através dos sentimentos e pensamentos que surgiam na mente de ambos no transcorrer do tratamento.

Sobre o procedimento de escolha e articulação dos dados clínicos de cada paciente que estão apresentados nessa dissertação, com intuito de representatividade em importância frente ao tema estudado, Trinca nos acrescenta que

hoje se reconhece, que para se lidar profissionalmente com a heterogeneidade das situações mentais, os fatores decisivos são uma

sólida formação aliada à sensibilidade humana e à experiência clínica. O julgamento clínico é consequência natural da permissão que o psicólogo se concede de usar os recursos de sua mente para avaliar os dados de um caso, e é o que decide, em última instância, sobre a importância e significado dos dados (Trinca, 1984, p. 20).

Em relação aos trechos das transcrições das sessões, para que sejam expostos somente os dados do paciente necessários para a realização das discussões apresentadas ao longo da pesquisa, acrescentamos o que esclarece Tuckett,

a seleção é inevitável e não há critérios pré-instituídos de inclusão. A escolha do que realçar na história de vida do paciente e na sessão e, naturalmente a importante escolha de qual (quais) sessão (sessões) apresentar, depende inteiramente do analista ... (Tuckett, 1994, p. 739).

Apesar da redação de uma vinheta apresentar-se como fragmento de uma caso, é uma tentativa de expressar o material clínico do paciente, que foi previamente selecionado na escrita e na mente do psicoterapeuta. São descritos detalhes e observações por parte do psicoterapeuta que revelam a interação do par terapêutico, pela dinâmica relacional ativada durante o processo terapêutico.

Herrmann acredita que toda e qualquer representação – podendo ser também a científica – tem duas faces, uma que fala sobre o observado, cuja face seria a realidade, e outra que fala sobre o observador, cuja face seria a identidade. Assim, para ele, toda observação seria, a um só tempo objetiva e

subjetiva, porque seria sempre uma relação e, deste modo, a natureza da Psicanálise, enquanto conhecimento caracteriza-se por explicitar em assumir essa dualidade, inerente a toda percepção humana, e que faz afirmar algo sobre o objeto percebido e, ao mesmo ato, sobre seu percebedor. Sujeito e objeto formam uma unidade: o conhecimento característico ao ser humano (Herrmann, 1997, p. 128).

Após a descrição dos procedimentos eleitos para essa pesquisa, retomamos que os dados oriundos do levantamento bibliográfico trouxeram informações que nos permitiram traçar a produção científica que retrate o conceito e a relevância do vínculo paciente-analista no processo analítico da psicanálise ortodoxa à contemporânea.

As vinhetas clínicas ilustram o desenvolvimento do vínculo que produz marcas no acontecer do tratamento psíquico, ampliando nosso entendimento e conhecimento para uma melhor atuação profissional.

De forma complementar, essas duas fontes nos permitiram construir o panorama da produção científica e seu desenvolvimento referente ao vínculo como fator de função terapêutica e por consequência de desenvolvimento emocional para ambos – o paciente e o psicoterapeuta!

4. A CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE

A indagação sobre a construção do psiquismo, sua origem e formação sempre esteve presente na história da Psicologia e também da Psicanálise.

Cada paciente que procura a clínica, traz sua história e estória que revelam seu mundo interno e objetiva reconhecimento de si mesmo pela relação com o outro que se dispõe a acompanhá-lo no tratamento.

A idéia de que a criação do sujeito se dá num espaço potencial entre realidade e fantasia, e o vínculo construído com o objeto externo se dá “através das tensões dialéticas de unidade e separação, internalidade e externalidade, por meio dos quais o sujeito é simultaneamente constituído e descentrado de si mesmo” ganha cada vez mais importância e clareza na prática clínica (Ogden, 1999, p. 45).

O processo terapêutico necessariamente retoma para si, as vivências emocionais do paciente não elaboradas. Essas vivências revividas na dupla, repetidas, vezes sem conta, revelam os problemas do paciente com seus objetos internos e retratam no tratamento psíquico, o modo pelo qual evoluíram essas suas relações com aqueles objetos e como essas relações foram construídas.

Por relação objetal “entende-se a maneira como alguém constitui seus objetos e como eles também são constituídos de atividades, processo que tem, nas modalidades de identificação, a essência da geração de constituição do humano” (Oliveira, 1992, p. 24-25).

Continua a autora

O interjogo de identificação e oscilações entre investimento narcísico e objetal sob forma de um sistema relacional coerente vem subsidiando, desde a clínica Freudiana, a compreensão da construção da identidade. Não incidindo obrigatoriamente no conjunto do objeto, a identificação incide num traço único dele. A essência da formação do sujeito é constituída pela articulação entre identificação e relações objetais (Oliveira, 1992, p. 26).

O sujeito identifica-se com o outro como condição de referência a um EU, através portanto, do vínculo que estabelece e constrói com os objetos eleitos ao seu redor.

Retomando a concepção do ser humano, enquanto ser fundado pelo par parental – precisa-se de dois elementos, masculino e feminino – para dar vida à um, somos convidados a associar a existência do homem, desde seu princípio, através do vínculo entre duas partes.

Esse ser em gestação é vinculado à mãe biológica, simbioticamente, para poder ter acesso ao corpo e a mente. Seu desenvolvimento psíquico trilhará sobre as condições do vínculo afetivo que lhe for oferecido ou não nessa parceria.

A primeira fonte externa de ansiedade pode ser encontrada na experiência do nascimento. Essa experiência, que, de acordo com Freud, fornece o padrão para todas as situações de ansiedades posteriores, está fadada a influenciar as primeiras relações do bebê com o mundo externo.

Em *Inibição, Sintomas e Ansiedade*, Freud afirma que

Os estados afetivos têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primeiras, e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos.

No homem e nos animais superiores pareceria que o ato do nascimento, como a primeira experiência de ansiedade do indivíduo, imprimiu ao afeto de ansiedade certas formas características de expressão. Mas, embora reconhecendo essa vinculação, não devemos dar-lhe ênfase indevida nem desprezar o fato de que a necessidade biológica exige que uma situação de perigo deva ter um símbolo afetivo, de modo que um símbolo dessa espécie teria em qualquer caso de ser criado (Freud, 1926, p. 114-115).

Na literatura psicanalítica, alguns autores fundamentam teoricamente a importância do vínculo afetivo no início da vida como requisito essencial à formação do psiquismo. Vejamos em Klein, no artigo *Nosso mundo adulto e suas raízes na infância*

O bebê não espera da mãe apenas o alimento, mas deseja também amor e compreensão. Nos estágios mais iniciais, amor e compreensão são expressos pela mãe através de seu modo de lidar com o bebê e levam a um sentimento inconsciente de unidade que se baseia no fato de o inconsciente da mãe e o inconsciente da criança estarem em íntima relação um com o outro. O sentimento resultante que o bebê tem de ser compreendido subjaz à primeira e fundamental relação em sua vida – a relação com a mãe (Klein, 1959, p. 282 - 283).

Também outros autores concebem o papel decisivo da mãe – ou representantes dela – no início da vida de seu filho, valorizam sobremaneira, embora com diferentes denominações, a essa função acolhedora e sustentadora da

mãe. No entanto, deve ser creditado a Winnicott – com ênfase no papel de holding materno – e a Bion – na função de *rêverie* e de *continente* – o inegável mérito de terem dado uma sólida consistência teórico-clínica a essas funções.

Winnicott sempre afirmou convictamente que não existe um bebê individualizado; isto é, que não é possível conceber-se o desenvolvimento de uma criança sem que a mãe esteja incluída. A concepção original de Winnicott relativa às funções de holding data de 1960 – *A teoria do relacionamento paterno-infantil* – quando ele introduz a idéia de posição materna, a qual ele desdobra em outros termos: como o de missão materna; devoção materna; provisão materna; mãe suficientemente boa, e os reúne todos sob a denominação de *holding*.

Na verdade a função *holding*, como indica a raiz inglesa dessa palavra (*to hold* = sustentar), foi inicialmente utilizada por Winnicott para caracterizar a mãe executando a tarefa de sustentar o filho, porém com um suporte de natureza mais física, como a de dar colo, afagos, a troca de fraldas, etc. Gradativamente, à medida que a sua obra avançava, Winnicott foi estendendo a noção de *holding* para uma abrangência também de um suporte psíquico.

Existem dois tipos de seres humanos, quais sejam, aqueles que não têm consigo uma experiência significativa de colapso mental na primeiríssima infância e aqueles que a têm, e que, portanto, dela precisam fugir, flertar com ela, temê-la e, até certo ponto, estar sempre preocupados com sua ameaça. Pode-se dizer, e com verdade, que isto não é justo (Winnicott, 1960, p. 96).

Uma mãe que falha em seu papel de *holding* e continência lança o corpo de seu bebê prematura e desgraçadamente no abismo do não-ser. São agonias primitivas de Winnicott. É o cuidado da mãe que vai preparar o sujeito para o confronto com sua solidão essencial, com seu desamparo originário. Para viver isso na idade adulta ele precisa ter desfrutado da ilusão – propiciada pela mãe por meio de uma adaptação quase completa – de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar. Esses pacientes radicalmente desiludidos vivem em busca do “valioso oásis da ilusão” (Winnicott, 1951, p. 408).

No texto *O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil*, Winnicott fala que quando um bebê olha sua mãe, ele ou se vê no olhar da mãe, e aqui ele pode construir “o objeto subjetivo”, ou não se vê no olhar materno, mas vê a mãe. Nesse caso, a realidade intervém *muito* precocemente e o bebê torna-se dependente da percepção do olhar da mãe, do objeto percebido objetivamente. Em outras palavras, a mãe está olhando para o bebê e “aquilo com o que ela se parece está relacionado com o que ela vê ali” (Winnicott, 1967, p. 112).

A denominação de *rêverie* foi cunhada por Bion e, tal como a sua raiz francesa mostra (*rêve* = sonho), ela designa uma condição pela qual a mãe – ou o analista – estão em um estado de “sonho”, isto é, ela está captando o que se passa com o seu filho, não tanto através da atenção provinda dos órgãos dos sentidos, mas muito mais pela sua intuição, de modo que uma menor concentração no sensorio possibilita um maior afloramento da sensibilidade (Bion, 1962, p. 58).

O que caracteriza principalmente ao *rêverie* é a retomada de uma unidade funcional com a mãe, unidade essa que vai além de um plano simplesmente físico e fisiológico. Ou seja: não basta o leite materno concreto, mas sim a forma como ele é dado, tendo em vista que o leite concreto não impede uma sensação da presença de um “seio mau”, ausente ou perdido (Bion, 1962, p. 59).

Uma mãe que não pode permitir ser habitada e tomada desde dentro (e portanto, ser criada) pelo bebê não pode dar a este forma psicológica. Nessas circunstâncias, há uma “destruição do vínculo entre o bebê e o seio”, que implica o colapso da intersubjetividade mutuamente criadora, que subjaz à identificação projetiva saudável, e deixa o bebê sem uma forma que lhe permita conter a vivência psicológica e sensorial de si mesmo. O terror dessa experiência é descrito por Bion como “pavor inominável” (Bion, 1962, p. 116).

Enquanto criança, o sujeito faz parte de uma família ou dupla, grupo, instituição, núcleo este que pode estar ancorado ou não em um estrutura emocional, que, por sua vez pode se apresentar desenvolvida ou precária e trará diferentes conseqüências para sua formação interna. Diante das diversas possibilidades oferecidas, esse indivíduo, passa a se relacionar com a vida e com as pessoas. Dessas experiências resultarão a construção de um psiquismo único, com funcionamento mental encaminhado para produção de ansiedade ou aprendizado. “Essas experiências recorrentes de gratificação e frustração são poderosos estímulos para os impulsos libidinais ou destrutivos, para o amor e para o ódio” (Klein, 1952, p. 87).

No decorrer de sua existência, o sujeito vai recebendo colaborações diversas, úteis para o desenvolvimento de sua identidade. Estabelece vínculos com as figuras familiares; pai, mãe, irmãos, avós, tios, primos... e com pessoas emocionalmente significativas para ele, que podem ser professores, amigos da infância, adolescência ou trabalho, também se filia a clubes, associações, igrejas, etc.

Recebe costumes, hábitos, normas, regras e os ensinamentos que forem potentes – independente de serem positivos ou negativos, serão incorporados e reproduzidos em sua existência.

Em 1960, Klein em seu texto *Sobre a saúde mental* – inclusive esse artigo foi o último a ser escrito por ela – relata com muita clareza

A força de caráter se baseia em alguns processos muito antigos. A primeira e fundamental relação, na qual a criança experimenta sentimentos tanto de amor quanto de ódio, é a relação com a mãe. A mãe não apenas se apresenta como objeto externo, mas também o bebê a toma para dentro de si (introjeta, segundo Freud) aspectos de sua personalidade. Se os aspectos bons da mãe introjetada são sentidos como predominando sobre os aspectos frustradores, essa mãe internalizada se torna alicerce para a força de caráter, pois o ego pode desenvolver suas potencialidades sobre tal base (Klein, 1960, p. 306-307).

Podemos confirmar que a criança pode desenvolver suas potencialidades sobre essa base – a relação com a mãe – que é internalizada através dos aspectos bons existentes. O êxito dessa primeira relação se estende aos demais membros da família e pessoas em geral.

O sujeito vai assimilando e acumulando dentro dele – de maneira que o constitui – vínculos internalizados, aqueles que foram aprendidos e apreendidos da imagem do objeto externo. Desta forma, passa a reproduzir valores e condutas pela vida afora, sem se aperceber. Através de uma conduta automatizada, reproduz o *jeito de existir* que foi introjetado, sem mesmo fazer uso de sua capacidade de reflexão e escolha de vida.

Já em 1912 no artigo *A dinâmica da Transferência*, encontramos em Freud

Deve-se compreender que cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica – isto é, nas pré-condições para enomorar-se que estabelece, nos instintos que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela. Isso produz o que se poderia descrever como um clichê estereotípico (ou diverso deles), constantemente repetido – constantemente reimpresso – no decorrer da vida da pessoa, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos a ela acessíveis permitam, e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente a experiências recentes (Freud, 1912, p.133).

Esta postura adquirida através de fontes externas que compuseram o sujeito, complementam-se no decorrer de sua vida com suas características inatas e singulares que lhe dão uma forma única de existir, um jeito próprio de pensar, sentir e agir que resulta na formação de sua subjetividade.

Ainda no artigo *Sobre a saúde mental*, Klein evidencia o jogo de forças externas com a condição interna do sujeito

Um aspecto do equilíbrio é a adaptação ao mundo externo, uma adaptação que não interfere com a liberdade das nossas próprias emoções e pensamentos. Isso implica uma interação: a vida interna sempre influencia as atitudes em relação à realidade externa e, por sua vez, é influenciada pelo ajustamento ao mundo da realidade. No instante em que o bebê internaliza suas primeiras experiências e pessoas que o rodeiam, essas internalizações passam a influenciar sua vida interior (Klein, 1960, 307).

Klein alega ainda que se a bondade do objeto for predominante nas relações internalizadas, o sujeito terá interação melhor sucedida em suas relações com o mundo exterior.

No transcorrer da formação da identidade do sujeito, ele passa por vivências diversas que são acompanhadas por sentimentos. Cada vivência com seu sentimento correspondente; que pode ser adequado ou não; pode ser identificado ou não; compreendido, coerente ou não; dependendo da condição de elaboração mental do indivíduo e de sua capacidade de associar dois componentes: o sentir e o pensar!

A experiência da prática psicanalítica deixou claro para Bion que os pensamentos são indissociados das emoções e que, da mesma forma, é imprescindível que haja na mente uma função vinculadora que dê sentido e significado às experiências emocionais.

Esse vínculo entre os pensamentos e as emoções – sempre presentes em qualquer relação humana – foi denominado por Bion como vínculo K (inicial de *knowledge*), ou seja, o vínculo do Conhecimento

O simples fato de que o vínculo do Conhecimento está intimamente ligado aos problemas relativos a verdade, falsidade e mentira, permite apreender a enorme importância que isto representa para a psicopatologia já que os diversos tipos e graus de patologia psíquica dependem justa e diretamente dos graus de defesa que o ego utiliza para negação do sofrimento mental (Zimerman, 1995, p. 165).

Em sentido amplo, emoção significa junção de afeto e representação. Toda e qualquer idéia que nos ocorra está carregada de afeto, para chegar a ocupar nossa consciência

Por outro lado, inexitem afetos sem representação em nossa mente, não se tem puro ódio, puro prazer, pura ansiedade; alguma imagem representativa de um objeto, por vago e impreciso ou muito geral que seja, acompanha sempre a experiência afetiva. Temos ódio de, prazer com, ansiedade por. Afetos puros ou puras idéias não passam de abstrações, úteis para o pensamento psicológico (Herrmann, 1993, p. 123).

Até aqui acompanhamos o raciocínio que defende a idéia do sujeito estar sempre ancorado no vínculo, seja pelo contato real e presente, ou por aquele que foi incorporado e tornou-se imaginário, tão presente e potente quanto o primeiro! O sujeito está em constante processo vincular, através das pessoas, das situações vividas, dos afetos e suas representações, dos valores e objetos introjetados. Podemos dizer que o sujeito nunca está só, está sempre acompanhado da combinação de si mesmo com o outro – presente ou introjetado – ; uma junção

do interno com o externo, um jogo de forças que exige dele um posicionamento constante.

Ao introduzir formalmente o conceito de identificação projetiva no artigo *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides*, Klein acentua sua firme adesão à idéia de que existe um mundo interno, isto é, um mundo de objetos internalizados estabelecido desde o início da vida no interior dos indivíduos. Os indivíduos são concebidos por Klein, vivendo ao menos em dois mundos, o externo e o interno, sendo este último tão concreto quanto o primeiro. Vejamos

Tenho expressado com freqüência minha concepção de que relações de objeto existem desde o início da vida, sendo o primeiro objeto o seio da mãe, o qual, para a criança, fica cindido em um seio bom (gratificador) e um seio mau (frustrador); essa cisão resulta numa separação entre o amor e o ódio. Sugeri ainda que a relação com o primeiro objeto implica sua introjeção e projeção e, por isso, desde o início as relações de objeto são moldadas por uma interação entre introjeção e projeção, e entre objetos e situações internas e externas (Klein, 1946, p. 21).

Em 1959, Klein retoma esse assunto em seu último artigo dirigido a um público genérico. Com um mínimo de termos técnicos ele oferece uma descrição da permanente influência do desenvolvimento inicial sobre a vida adulta – individual e social – *Nosso mundo adulto e suas raízes na infância*

A agressividade inata está destinada a ser incrementada por circunstâncias externas desfavoráveis e, de modo inverso, é mitigada pelo amor e pela compreensão de que a criança pequena recebe. Esses fatores continuam a operar através de todo o desenvolvimento. No entanto,

embora a importância das circunstâncias externas seja agora cada vez mais reconhecida, a importância dos fatores internos ainda tem sido subestimada. Os impulsos destrutivos, variáveis de indivíduo para indivíduo, são parte integrante da vida mental mesmo em circunstâncias favoráveis (Klein, 1959, p. 283).

Frente aos estímulos e situações promovidas no dia a dia, é solicitado do indivíduo constante posicionamento. Ele então, vasculha seus recursos internos para dar conta das exigências que lhe cercam. São essas exigências o cuidar de si, enfrentar riscos almejando desenvolvimento, superar perdas para obter ganhos, lidar com conquistas profissionais e afetivas; ou seja, aceitar o desafio de assumir sua condição humana. Este trajeto geralmente é marcado por incertezas, conflitos e temores. Nesses momentos quando o sujeito olha para *dentro de si*, muitas vezes não encontra nenhuma vivência aprendida em seu repertório interno, que possa auxiliá-lo na situação de dificuldade em que se encontra. Esse buraco ou lacuna, que não foi ocupado pelo aprendizado de uma experiência emocional, abre espaço fértil para os sintomas, ou melhor dizendo, para o sofrimento mental ou psicossomático.

A expressão buraco ou lacuna é usada por Zimmerman quando se refere a *patologia do vazio* ou *das representações*, alegando que em pacientes graves, os protopensamentos ainda não adquiriram uma significação, uma representação. Existe um estado psíquico provindo de vivências básicas e primitivas onde ainda não existe condições mentais para entendimento das experiências emocionais, portanto “o pensamento permanece vazio a espera de um conteúdo que possa trazer uma realização” (Zimmerman, 1995, p. 93).

O sujeito quando depara-se com a dor psíquica, não possuindo recursos internos para dar conta dela, é obrigado a olhar para *fora de si*, e vai à procura da reconstrução da vivência que lhe faltou.

Nesse momento, em que olha para *fora de si*, o sujeito terá à sua frente algumas alternativas. Uma delas será recuperar a falta que encerra em seu psiquismo, através do contato, provavelmente foi isso, que faltou-lhe anteriormente no seu desenvolvimento emocional. O vínculo terapêutico coloca-se como uma opção para buscar entendimento para sua dor mental, através de nova tentativa de estar em contato com o outro.

Uma outra alternativa que seduz o sujeito pela sua praticidade é fazer uma obturação na falta. Para esta segunda opção, nossa cultura do consumo coloca rapidamente alternativas que forçam um desvio para que o sujeito não se defronte com a dor mental ou dificuldade

Hoje estamos mergulhados numa cultura que supervaloriza os prazeres. Uma cultura que se apoderou de algumas reivindicações libertadoras dos anos sessenta e devolveu a resposta na forma de mercadorias: todos os prazeres que você puder imaginar estão à sua disposição no mercado (Kehl, 1987, p. 488).

Um bem de consumo que age oferecendo alívio à situação dolorosa, suprimindo a falta interna com um componente externo, presente e concreto. Com um objeto adquirido, a sensação do *ter* suplanta a indagação da construção do *ser!* É a proposta narcisista para a qual somos hoje seduzidos

impedindo o contato com a falta e com o outro: todos os seus desejos ao alcance da mão!

Somos compelidos à busca desenfreada de valores materiais, compulsão à possuir, acumular em um movimento sem fim, que escraviza o sujeito a perseguir necessidades, uma após a outra sem qualquer uso do pensamento ou reflexão. Fica distante de si mesmo e não percebe que o “sistema de objetos” com que se ilude a falta é a morte em vida: a tentativa de estancar o movimento do desejo! (Kehl, 1987, p. 488).

Abdica da sua condição de sujeito desejante, para deixar-se tomar como mero indivíduo consumidor, peça indispensável à sustentação do processo de fabricação de objetos de consumo. Já não se trata de bens duráveis, cuja permanência participa da criação de um mundo dos artefatos humanos. São objetos cuja relevância esgota-se na experiência da fruição imediata, movida por uma obsolescência psicológica que rapidamente exige a novidade. Nada escapa a esta lógica: cultura vira entretenimento, interrogação sobre existência vira auto-ajuda. As próprias idéias de inquietação, conflito e enigma, elementos primordiais da experiência humana, são sorrateiramente transformadas em problemas de disfunção.

O sofrimento já não é para ser questionado em sua significação, e sim eliminado em virtude de sua disfuncionalidade. O sujeito não se vê instado a produzir sentido para sua existência como indivíduo e como membro de uma cultura, mas a reproduzir uma imagem imantada pelos itens que a cultura de mercado impõe como necessários ao reconhecimento pelos pares. Na atualidade, é a noção forte de história

como criação (quer no plano individual, quer no plano coletivo) que parece estar em declínio (Bezerra, 1999, p. 38-39).

E como *bem material* nunca vai substituir a lacuna do *bem afetivo*, assim como a energia mental nunca se realiza na satisfação narcisista. No caminho de satisfação imediata, onde o consumo desvaloriza o contato, tentando substituir os vínculos afetivos pelo poder de compra, cria-se um ciclo vicioso sem satisfação, sem saída, ou melhor dizendo, com saída para os sintomas.

Quando a saída é para os sintomas, o sujeito tenta livrar-se deles a qualquer custo! Depois de muitas tentativas e alguns enganos, o indivíduo consegue por vezes, recorrer ao processo psicoterápico. Entra em cena neste momento, a alternativa da relação terapêutica, quando o paciente entre tantas opções, faz a escolha pelo contato terapêutico!

É nessa relação, sustentada pela garantia do vínculo com o psicoterapeuta, que o sujeito pode refazer pela segunda vez os caminhos de seu desenvolvimento emocional, retomando “vivências básicas e primitivas que somente com o auxílio de outra mente, podem ganhar entendimento” (Manhães Neves, 1998).

Vivências básicas e primitivas nos reportam ao sujeito, que inicialmente acredita que o outro faz parte dele, como uma extensão de si confirmando uma visão onipotente do mundo e de si. O contato que ele tem com o mundo é fragmentado. O outro se faz importante por lhe oferecer condição de referência a um EU, servindo como fonte de identificação de investimento e desinvestimento de conteúdos psíquicos (Oliveira, 1992, p. 24).

Da fusão perfeita com o corpo materno, quando não há desejo porque todas as necessidades estão sendo supridas continuamente, a criança conserva em fantasia a sensação da completude e há somente o desejo do ABSOLUTO!

Esse absoluto que foi a vida intra-uterina e depois definitivamente perdido, sobrevive e renasce nas fantasias inconscientes durante toda uma vida. É a busca na tentativa constante de recuperar a fusão total com o ser amado. O desejo quer o absoluto, mas não consegue! A realidade, nossa “inimiga” desde sempre, se contrapõe a onipotência do desejo e nos obriga a fazer substituições por outras satisfações não absolutas que podemos obter pela vida, com êxito ou fracasso.

Quando o desejo pelo absoluto não encontra possibilidade de movimento na realidade, ele se caracteriza pela perda, pela falta, o que a psicanálise chama de castração.

A castração é, portanto, essa ferida “moral”, essa perda de uma ilusão paradisíaca em troca da qual se ganha a possibilidade de continuar vivendo – já que a manutenção da ligação umbilical com a mãe só pode levar à psicose ou à morte. A castração é a perda de um privilégio de que já se desfrutou, perda que abre em troca de um leque de possibilidades de se viver o novo (Kehl, 1991, p. 478)

De acordo com a autora a castração é um evento progressista na nossa vida, mas é preciso que ela seja relativizada pois se a interdição é absoluta não aponta nenhuma saída para o desejo e a criança vê o mundo como um

panorama tão ameaçador ou tão interdito que a libido infantil só encontra saída encerrando-se em si própria e abandonando ou rebaixando ao máximo todas suas pretensões eróticas. São situações em que a castração não representa uma saída para o narcisismo da criança.

Todas essas situações vividas pela criança em seus primeiros contatos com suas demandas pulsionais e com as formas apaixonadas que essas pulsões vão adquirindo são revividas na paixão amorosa (Kehl, 1991, p. 478).

Na clínica trabalha-se essencialmente com a doença psíquica que advém do contato humano e da relação afetiva. O vínculo terapêutico faz ressurgir as fantasias e desejos de recuperação do narcisismo primário. O paciente procura o psicoterapeuta e nesse contato, - que também é apaixonado - a castração vivida por ele vai revelando suas características, a libido demonstra suas fragilidades e a fome da onipotência reaparece.

Podemos pensar a relação terapêutica como reedição das primeiras vivências infantis transportadas para o contato da dupla, é justamente na possibilidade do vínculo é que o sujeito pode viver, sentir, analisar e elaborar suas vivências primitivas, podendo substituir a patologia e suas indagações por significado e entendimento emocional a respeito de si mesmo!

Ainda, de acordo com Kehl

A primeira fantasia que surge nas relações apaixonadas da vida adulta é a da restauração de nosso narcisismo primário; a primeira esperança do(a) apaixonado(a) é a de reencontrar no ser amado sua total completude (Kehl, 1991, p.478).

A autora ressalta que a decepção na paixão amorosa virá fatalmente como repetição das primeiras frustrações infantis e pode seguir a dois caminhos: adquirir independência e fazer renascer o amor ou então se desencanta e escolhe a morte.

A escolha da morte; essa escolha é feita quando o paciente não consegue associar-se ao princípio da realidade e o desejo não consegue encontrar objetos de satisfação, pois anseia ao absoluto. O domínio do princípio do prazer não permite satisfações ao desejo a não ser na fantasia. A energia do desejo fica livre e dissociada de seu conteúdo, ligando-se a conteúdos múltiplos e desse modo originando os sintomas.

É no jogo derrotado da completude com a falta é que o desejo se transforma em sintoma.

Em 1905, Freud faz uma definição de sintoma, quando escreve *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*

A eliminação dos sintomas de pacientes histéricos pela psicanálise funda-se na suposição de que esse sintomas são substitutos – transcrições, por assim dizer – de diversos processos psíquicos, desejos e vontades emocionalmente carregados de energia libidínica que, por obra de um processo psíquico especial (repressão), foram impedidos de obter descarga em atividade psíquica admissível para a consciência. Estes processos psíquicos, portanto, mantidos num estado de inconsciência, lutam por obter uma expressão que seja apropriada à sua importância emocional – para obter descarga; e no caso da histeria eles encontram tal expressão (por meio de processo de ‘conversão’) nos fenômenos somáticos, isto é, nos sintomas histéricos. Retransformando sistematicamente estes sintomas (com o auxílio de uma técnica especial)

em idéias emocionalmente carregadas de energia libidinosa – idéias que já se terão tornado conscientes – é possível obter mais exato conhecimento da natureza e origem destas estruturas psíquicas antes inconscientes (Freud, 1905, p. 166).

Em *Inibições, Sintomas e Ansiedades* encontramos

Um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado latente; é uma consequência do processo de repressão. A repressão se processa a partir do ego quando este – pode ser por ordem do superego – se recusa a associar-se com uma catexia instintual que foi provocada no id. O ego é capaz, por meio da repressão, de conservar a idéia que é o veículo do impulso repreensível a partir do tornar-se consciente. A análise revela que a idéia amiúde persiste como uma formação inconsciente (Freud, 1926, p. 107).

Ainda nesse artigo, para ilustrar a formação do sintoma, Freud curiosamente recorre ao caso clínico do *Little Hans* (1909), dando evidência às relações afetivas construídas pelo paciente em seu núcleo familiar. Vejamos

Ele se encontrava, à época, na atitude edipiana ciumenta e hostil em relação ao pai, a quem, não obstante – salvo até onde a mãe dele era a causa de desavença –, amava ternamente. Aqui, então, temos um conflito devido à ambivalência: um amor bem fundamentado e um ódio não menos justificável dirigidos para a mesmíssima pessoa. (Freud, 1926, p. 107)

Para Freud a fobia de *Little Hans* deve ter sido uma tentativa de solucionar esse conflito. Conflitos dessa natureza devidos à ambivalência são

muito freqüentes e podem ter outro resultado típico, no qual um dos dois sentimentos conflitantes (em geral o da afeição) se torna imensamente intensificado e o outro desaparece.

O grau exagerado e o caráter compulsivo da afeição, por si sós, traem o fato de que não é a única presente, mas está continuamente alerta para manter o sentimento oposto sob supressão, permitindo-nos postular a atuação de um processo que denominamos de repressão por meio da formação reativa (no ego). Casos como o do 'Little Hans' não revelam quaisquer vestígios de uma formação reativa dessa natureza. Há formas claramente diferentes de saída de um conflito devido à ambivalência (Freud, 1926, p. 125).

A definição de sintoma feita nesse momento por Freud e o exemplo clínico que ilustra sua origem, vem de encontro as idéias até que discutidas. Sabemos que o sintoma mental é formado em função de diversos fatores, a disposição inata do um indivíduo com seus impulsos hostis ou amorosos, o reforço positivo ou não dado pelo meio externo, as relações de objetos introjetadas e tantos outros fatores que impossibilita o controle e conhecimento da origem e formação do sintoma psíquico. Se não é possível o controle sobre tantos fatores, o psicoterapeuta deve fazer uso ao menos do recurso que possui: o vínculo construído com seu paciente. O vínculo dá possibilidade de nova constituição do sujeito e da manutenção de sua identidade. É através do vínculo que o terapeuta propicia ao seu cliente reviver e elaborar suas angústias para ter acesso ao desenvolvimento emocional.

A falta do vínculo afetivo por si só não se constitui como causa fundante na formação do sintoma; porém, na relação terapêutica, o vínculo torna-se a causa e possibilidade pela qual o paciente consegue superar o sintoma que o traz para o processo psicoterápico!

5. TORNAR-SE UM SUJEITO

Gostaríamos de evidenciar que a intenção dessa pesquisa para melhor conhecer o conceito de vínculo paciente-terapeuta está associada a responsabilidade de contribuir com o processo psicoterápico em sua tarefa de construção do sujeito. Sujeito este que chega desprovido de sua identidade e recorre ao tratamento na busca de entendimento à sua dor psíquica.

Existe uma estratégia para definir e pensar um conceito, no nosso caso, o vínculo paciente-terapeuta, fazendo divagações a respeito daquilo que ele não é. Vamos então, tomar esse caminho...

O nosso vínculo não é como o vínculo que se forma entre dois amigos, entre patrão e empregado, entre namorados, entre professor e aluno, policial e assaltante, entre mãe e filho, não se assemelha a nenhum deles, mas curiosamente, pode tornar-se qualquer um deles provisoriamente.

O vínculo psicoterápico é aquele que dá suporte necessário ao paciente para que possa depositar na relação transferencial, toda a incompreensão de seu conteúdo mental, a incoerência que habita seus pensamentos, suas fantasias e o absurdo que lhe constitui enquanto ser humano.

Nesse momento, de forma ainda superficial, pois falta-nos informações e maiores conhecimentos a respeito do vínculo terapêutico, gostaríamos de fazer aqui algumas considerações; mantendo o compromisso que nas conclusões desta pesquisa retomaremos essas idéias com maior profundidade.

O vínculo para se constituir terapêutico precisa manter suas especificidades. Inicialmente ele precisa ser criado e mantido pela relação paciente terapeuta. Com o propósito mínimo de tornar viável o acontecer do processo psicoterapêutico e principalmente para que o paciente mantenha-se no tratamento, senão ele vai embora assim que se deparar com a primeira frustração ou verdade que aparecer.

Pois bem, a melhor forma de dar garantia à sustentação do vínculo no decorrer do processo com um paciente, é que o vínculo cumpra sua função; se o processo for terapêutico (pode não ser), sua função portanto, deve ser terapêutica.

Essa função terapêutica construída na relação do par, exige do terapeuta que também mantenha-se em sua função. Apesar de todas as dificuldades transferenciais e contratransferenciais, que emergem no turbilhão de emoções no interior de uma sessão, é de grande valia seguir a recomendação de Herrmann “O analista deve agarrar-se às representações mutáveis do desejo, às fantasias, como se diz usualmente” (Herrmann, 1991, p. 87).

O termo *agarrar* é bastante forte e expressa com clareza a disponibilidade e esforço do terapeuta em perseguir a metamorfose do desejo do paciente que é depositada na relação terapêutica. O vínculo existe quando o terapeuta consegue conter e acolher o paciente terapeuticamente; ou seja, o terapeuta se oferece como lugar, melhor dizendo, oferece hospedagem às fantasias do paciente para que possam ser depositadas no par analítico e reconhecidas através da revelação ou desvelamento do conteúdo inconsciente do paciente.

A função terapêutica consiste em uma atividade de desvelamento das fantasias, demonstrando o absurdo de que são constituídas dentro do aparato mental do sujeito. “O absurdo evoca por si mesmo uma resposta do espírito que consiste em tomar em consideração e cuidar de” (Herrmann, 1983, p. 100).

Essa resposta de espírito deve colocar o interpretante na

Disposição de “deixar que surja”, para depois “tomar em consideração”, duas condições essenciais ao trabalho interpretativo.

O deixar surgir diz respeito à uma condição satisfatória para a revelação do desejo (entendido como matriz e esquema das emoções) exigindo um acolhimento que se mostre indiferente, neutro, em relação ao que surge (Oliveira, 1992, p. 69-70).

O absurdo convida o terapeuta a tomar em consideração o conteúdo das fantasias que o paciente lhe traz. Consideração implica primeiramente, um ato de detenção, do terapeuta, ele se detém, contém o absurdo, sem querer atribuir-lhe um significado apressadamente. Este aguardo, trata-se de uma certa in-diferença em relação a qualquer identidade que as fantasias do paciente venham a definir para o par terapêutico.

Não é, propriamente falando, uma neutralidade (indiferença) tampouco uma ausência de desejo, mas sim um desejo apaixonado pelo pronunciamento do desejo do paciente que, de tão intenso, não faz diferença alguma sobre que conteúdo venha este a exprimir. Essa é a condição necessária para suportar todas as metamorfoses defensivas, analisar com paixão in-diferente – pois que, como Proteu, desejo que

recusa-se a falar, por não poder dizer senão a sua verdade, esperando ao contrário satisfazer-se silenciosamente. (Herrmann, 1993, p. 93)

Se para melhor conhecer as fantasias do paciente, o terapeuta se mantiver em suspensão, terá maiores chances de cuidar do desejo que mostra-se de forma imprevista e surpreendente. Cuidar sugere examinar com cuidado, para poder tratar daquilo que está em condição de discórdia íntima com o real. Por fim, o desejo não o tratamos de forma alguma, dele é que se trata, quando este revela-se e impõe-se ao terapeuta, pelo desvelo da fantasia.

O vínculo terapêutico da mesma forma que o inconsciente – enquanto objeto de estudo – não tem forma, nem se materializa; mas confirma sua existência na forma de expressão do funcionamento mental ou da dupla terapêutica.

Digamos que o vínculo não é formado por uma teoria em específico, nem sequer faz parte da técnica, mas, abarca a ambas no momento de encontro entre paciente e terapeuta. O vínculo terapêutico conduz o manejo técnico de cada terapeuta, que por sua vez, possui dentro de si a teoria escolhida.

Essa forma de conduzir a técnica e possuir a teoria é específica de cada terapeuta, digamos então que a condução da relação terapêutica no transcorrer do processo é peculiar a cada profissional. Não basta ao terapeuta a competência de captar as fantasias do paciente mas também a competência de como levar seu paciente a ter contato com essas fantasias e familiarizar-se com seu desejo inconsciente.

A boa construção do vínculo terapêutico, implica portanto, em *como*, de que *forma* e em que *momento* o interpretante evidencia as fantasias de seu cliente, com certeza essa sensibilidade – se ocorrer – trará resultados de melhor qualidade ao processo psicoterápico de seu paciente.

As idéias aqui discorridas somente vem reforçar o árduo, quase absurdo ofício que espera-se do terapeuta, onde ele deve estar em sintonia com a fantasia alheia – pois é dessa certeza que o paciente precisa, que o terapeuta seja capaz de interpretar seu desejo desconhecido, para que se liberte dos sintomas. E que ainda, o terapeuta esteja em sintonia consigo mesmo, conseguindo manter-se – na *função terapêutica* acrescida pelo *modo* de que a conduz.

Esse ofício do psicoterapeuta não é simples, mas é intensamente envolvente!

SEGUNDA PARTE
VÍNCULO ANALÍTICO – ORIGEM E
CONSTRUÇÃO

6 – O VÍNCULO ANALÍTICO EM FREUD

Desde a origem da psicanálise, em final do século XIX e início do século XX, já havia uma preocupação em Freud referente ao contato que se desenvolvia na relação médico-paciente.

Parte de sua produção científica foi voltada à alertar e principalmente ensinar seus jovens seguidores no manejo correto da técnica psicanalítica, naquilo que tange à interação da dupla analítica.

Como se sabe, Freud comparou o analista sucessivamente a um estranho que ouve com simpatia apenas moderada (1895), um elucidador, um professor, o representante de uma visão mais livre ou superior do mundo, pai ou confessor que ministra absolvição (1895), um reeducador (1904), um cirurgião psíquico (1910), um espelho (1912), um químico (1915), um auxiliar, um conselheiro, um guia numa difícil escalada de montanha (1938).

Partindo das características descritas em 1895, o aspecto reeducativo, enfatizado nos primeiros anos, foi depois alvo de críticas pelo próprio Freud. Conclui não ser tarefa no tratamento analítico, por mais que o analista possa ficar tentado a transformar-se em professor, modelo e ideal. Em 1912, Freud parece ter entendido melhor a atitude analítica e divulga *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, contendo regras técnicas de seu aprendizado nesse ofício e alerta “que a observação delas poupe aos médicos que exercem psicanálise muito esforço desnecessário e resguarde-os contra algumas inadvertências” (Freud, 1912, p. 149).

Ilustra no mesmo artigo

O médico deve ser opaco ao seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado. Na prática, é verdade, nada se pode dizer contra um psicoterapeuta que combine uma certa quantidade de análise com alguma influência sugestiva, a fim de chegar a um resultado perceptível em tempo mais curto – tal como é necessário, por exemplo, nas instituições. Mas é lícito insistir em que ele próprio não se ache em dúvida quanto ao que está fazendo e saiba que o seu método não é o da verdadeira psicanálise (Freud, 1912, p. 157).

O autor continua “Mas novamente aqui o médico deve controlar-se e guiar-se pelas capacidades do paciente, em vez de por seus próprios desejos” (Freud, 1912, p. 157). Só em 1938 faz a caracterização mais apropriada à postura analítica, dizendo: “um conselheiro ou guia de escalada é menos ativo que um cirurgião, menos opaco que um espelho menos manipulador que um químico, menos poderoso moralmente que um pai ou confessor”; ao mesmo tempo, está presente “trabalhando em comum com o paciente” porém, é ele, o paciente que deve realizar o árduo trabalho de “escalar a montanha” (Freud, 1912, p. 159).

Esse trabalho em comum com o paciente, à medida que foi sendo melhor estudado e compreendido, em especial com o reconhecimento do papel decisivo da Transferência, aparece com muita precisão nas *Observações de Freud sobre o Amor Transferencial*; considerado o melhor artigo da série de seus trabalhos técnicos

Todo principiante em psicanálise provavelmente se sente alarmado, de início, pelas dificuldades que lhe estão reservadas... ao invés, fica convencido de que as únicas dificuldades realmente sérias que tem de enfrentar residem no manejo da transferência (Freud, 1915, p. 208).

Mais adiante, novo comentário de relevância

Este fenômeno, que ocorre constantemente e que é, como sabemos, um dos fundamentos da teoria psicanalítica, pode ser avaliado, a partir de dois pontos de vista, o do médico e o do paciente que dela necessita. Para o médico, o fenômeno significa um esclarecimento valioso e uma advertência útil contra qualquer tendência a uma contratransferência que pode estar presente em sua própria mente. Ele deve reconhecer que o enamoramento da paciente é induzido pela situação analítica e não deve ser atribuído aos encantos de sua própria pessoa; de maneira que não tem nenhum motivo para orgulhar-se de tal “conquista”, como seria chamado fora da análise. E é sempre bom lembrar-se disto (Freud, 1915, p. 209-210).

Quando Freud escreve este artigo com tanta riqueza de informações quanto à postura do analista, os riscos que está sujeito no contato com o paciente, e clama ainda com insistência sobre os engodos a que esse profissional está arriscado, é de fundamental importância considerarmos que essas observações foram feitas graças ao aprendizado que teve em suas experiências clínicas.

Faz-se interessante retornar à 1885...

Freud, formado médico vai para a França com Charcot – neurologista eminente – ali entra em contato com os fenômenos da dissociação

mental, que podia ser induzido pela hipnose. Essa dissociação entre uma parte consciente e uma parte inconsciente da mente, que parecia ocorrer em pacientes com sintomas histéricos, como uma falha no sistema nervoso, vem contrariar o modelo de unicidade da mente.

Entretanto, pouco antes disto, em 1882, o neurologista J. Breuer relatou a Freud o método de base hipnótica que ele empregara com a sua paciente histérica que entrou para a história, com o nome de Anna O. Esta paciente, durante o estado de transe, recordava uma série de ocorrências traumáticas ocorridas num passado remoto, obtendo com isto um grande alívio sintomático, e Breuer denominou este novo método terapêutico de catarse ou ab-reação.

As sementes do interesse pelo hipnotismo despertadas pelo relato de Breuer ficaram plantadas em Freud e motivaram-no a aprender com Charcot a ciência do hipnotismo; experiência que ele repetiu em 1889 por uma segunda vez na França, agora Nancy, onde pontificavam os mestres Liebault e Bernheim. Freud aprendeu com eles e ficou altamente impressionado com as experiências da “psicose-pós-hipnótica” que lhe permitiram verificar que, mesmo em estado consciente, as pessoas executavam ordem absurdas que provinham dos mandamentos recebidos durante o transe hipnótico.

Freud mostrava-se incrédulo e descontente com os métodos pretensamente científicos empregados pelos neuropsiquiatras contemporâneos e resolveu empregar o método do hipnotismo com suas pacientes histéricas, partindo do princípio de que a neurose provinha de traumas sexuais que teriam

realmente acontecidos na infância por sedução de homens mais velhos, mais precisamente os próprios pais.

Estas experiências levaram Freud a convencer Breuer a publicar em conjunto as suas observações e descobertas, o que foi feito em 1893, sob o título de *Comunicação Preliminar* e que foi absorvido como constituindo o primeiro capítulo do famoso livro de ambos, *Estudos sobre a Histeria*, publicado em 1895.

Para ilustração dessa fase, ainda na gênese da Psicanálise, é interessante recuperar o primeiro caso discutido no livro - *Estudos sobre a Histeria* – que revela o encontro de Breuer e “Anna O.”, que remonta à 1880.

Anna O. era uma moça de “cultura e dotes excepcionais, bondosa, filantrópica, fisicamente saudável”, que tendia a escapar para um “devaneio sistemático”; “vida monótona, restrita à família, amor apaixonado pelo pai, que a estraga com mimos”, ela era, segundo Breuer, “assombrosamente pouco desenvolvida em termos sexuais”.

A doença fatal do pai, a quem era muito apegada, desencadeou sua histeria; durante os meses que cuidou dele desenvolveu sintomas de incapacidade, falta de apetite, fraqueza, séria tosse nervosa, estrabismo, paralisias parciais, dores de cabeça, perda de sensibilidade, etc...

Com a morte do pai, Anna O. reagiu com sintomas ainda mais alarmantes. Breuer visitava-a diariamente, no fim da tarde, e num estado de hipnose auto induzida, ela contava histórias tristes, fascinantes, seu livre discorrer

aliviava temporariamente seus sintomas. Assim começou uma colaboração interessante entre uma paciente dotada e seu atento médico.

Anna O. referia-se à esse procedimento como “cura pela fala”. Mostrava-se catártico na medida em que despertava lembranças importantes e dava vazão a emoções poderosas que ela tinha sido incapaz de evocar quando estava em seu normal.

A própria paciente, que nesse período de moléstia só falava e entendia inglês, deu a esse novo gênero de tratamento o nome de ‘talking cure’ (cura de conversação) qualificando-o também, por gracejo, de ‘chimney sweeping’ (limpeza da chaminé).

Verificou-se logo, como por acaso, que, limpando-se a mente por esse modo, era possível conseguir alguma coisa mais que o afastamento passageiro das repetidas perturbações psíquicas (Freud, 1910, p. 17).

Vários fatos foram ocorrendo em seu processo terapêutico e ficou constatado que os sintomas eram resíduos de sentimentos e impulsos que ela sentira-se obrigada a reprimir, e quando lembrados com intensa emoção podiam ser “expulsos pela fala”; a participação ativa da paciente na cura, realizou grande parte desse trabalho, contribuindo com descobertas importantes a respeito dos efeitos terapêuticos e da relação médico – paciente. Porém foi Freud e não Breuer, quem cultivou com afinco estes pontos, podendo confirmar suas investigações a respeito da Teoria nascente.

Breuer relata ainda: “No fim do dia em que todos os sintomas haviam sido postos sob controle (junho 1882), ele foi novamente chamado até ela, e encontrou-a perturbada, contorcendo-se com câimbras abdominais. Ao ser

indagada sobre o que se passava, ela respondeu: ‘Está chegando o filho do doutor B.’” (Breuer e Freud, 1893-95, p.76).

Naquele instante, de acordo com Freud, Breuer, teve “a chave na mão”, mas, não podendo ou não querendo usá-la, deixou-a cair. Apesar de seus grandes dotes intelectuais, Breuer ficou assustado, recorreu à fuga e entregou a paciente a um colega.

Esse caso clínico foi fundamental para a fundação da psicanálise; ao mesmo tempo que tateava-se os acertos com pacientes histéricas, paralelamente pode-se acompanhar a existência de uma relação cuidadosa e até paternal de Breuer para com Anna O.

A relação terapêutica construída nesse caso clínico, revela os temores e incertezas suscitados no contato; a fantasia da paciente não considerada na dupla, a concretude do médico que, desnorteado - ainda sem o respaldo da técnica -, não conseguiu conter a imprevisibilidade do trajeto a dois. Freud, de forma excepcional, foi além do temor despertado e fez desta “falha” um trampolim na busca de seu método; a experiência somada à intuição e reflexão construindo a Técnica.

Fora através de Breuer, que Freud aprendeu sobre a catarse, libertando-se das inúteis terapias mentais então correntes, e apesar de suas divergências quanto à importância da sexualidade no sofrimento neurótico, Freud teve a coragem de enfrentar as descobertas de Breuer e levá-las até onde podiam chegar, com todos seus traços eróticos, acelerando infelizmente, o declínio de uma amizade longa e produtiva.

Cada dificuldade para a genialidade de Freud, transformava-se em novo instrumento de trabalho, em busca de uma Ciência a conquistar terreno e respeito em sua época. Freud fez do aprendizado com suas pacientes a história da Psicanálise. Ouvir para ele tornou-se um método, uma via privilegiada para o conhecimento, à qual as pacientes lhe davam acesso.

Um dos guias a quem Freud sempre fora grato, foi Emmy von N. Na verdade baronesa Fanny Moser, uma rica viúva de meia idade que Freud atendeu em 1889 e 1890 e a tratou com a técnica hipno-analítica de Breuer. Ela apresentava vários sintomas ao longo do tratamento e também lembranças traumáticas; mas o melhor é que ela proporcionou uma importante lição prática ao seu médico. Quando Freud a interrogava com insistência, ela aborrecia-se “muito rispidamente”, pedia que ele parasse de “lhe perguntar isso ou aquilo, mas que a deixasse contar o que ela tinha a dizer”. Ele reconheceu que por mais tediosas e repetitivas que fossem suas narrativas, ele não ganhava nada com suas interrupções, mas tinha que ouvir as histórias dela até o fim, com todos os seus minuciosos detalhes. Essa paciente ainda lhe ensinou algo mais: “O tratamento pela hipnose é um procedimento inútil e sem sentido”. Foi um momento decisivo para Freud, levou-o “a criar a terapia psicanalítica, mais sensata”

Fui, portanto, obrigado ou a desistir da idéia de tratar tais pacientes, ou a esforçar-me por provocar esta ampliação de alguma outra forma.

Fui tão incapaz quanto qualquer outro de explicar porque é que uma pessoa pode ser hipnotizada e outra não, e assim não pude adotar um método causal para enfrentar a dificuldade. Notei, contudo, que em

alguns pacientes o obstáculo estava ainda mais para trás: eles recusavam mesmo qualquer tentativa de hipnose (Freud, 1895, p. 324).

Nesse período Freud abandona a hipnose, e adota diversos métodos - na tentativa de estimular a recordação de acontecimentos acontecidos - como por exemplo: pressionar com a mão a testa, ou a cabeça do paciente, estendido no divã, sugerindo que isso lhe traria à mente os pensamentos necessários para o entendimento e remoção dos sintomas. Deu-se aí o ponto de partida para uma nova técnica que gerou a “associação de idéias”. Conforme assinalou Freud

Considerarei que meus pacientes realmente deviam saber todas as coisas que até então só lhes foram acessíveis na hipnose; e o asseguramento e o encorajamento de minha parte... haveriam de conforme pensei, conseguir trazer à consciência os fatos esquecidos e suas inter-relações. Sem dúvida isso parecia um processo mais laborioso do que colocar o paciente em hipnose, mas podia mostrar-se altamente esclarecedor. Assim, abandonei a hipnose, mantendo apenas minha prática de solicitar ao paciente que se deitasse no divã enquanto eu ficava sentado atrás dele, vendo-o mas não sendo visto por ele (Freud, 1895, p. 157).

Freud celebrou os resultados brilhantes que poderiam advir dessa nova técnica, da associação livre, estendendo-se sobre o caso clínico de Fräulein Elisabeth von R em 1892. Seu relatório sobre essa paciente mostra sua observação atenta. A primeira pista para um diagnóstico de sua neurose, foi sua excitação erótica, quando ele pressionou ou apertou-lhe as coxas durante um exame físico. “O rosto dela”, disse Freud,

assumiu uma expressão singular, mais de prazer do que de dor; ela gritou – um pouco como se fosse, não pude deixar de pensar, um cócega voluptuosa - , seu rosto se afogueou, atirou a cabeça para trás, fechou os olhos e o tronco pendeu para trás. Ela estava experimentando o prazer sexual que negava a si mesma em sua vida consciente” (Freud, 1892, p. 220-230).

Foi a conversa, mais do que observação, por muito atenta que fosse, que se revelou como a chave para a cura. Nessa análise, ambos - médico e paciente - removeram o material psicológico patogênico. Freud incentivava a paciente a fazer associações livres, um procedimento que gostava de comparar à técnica de “escavar uma cidade soterrada” (Gay, 1988, p. 81).

Durante os silêncios dela, quando ele perguntava-lhe o que passava em sua cabeça, ela respondia “nada”. Freud recusava-se a aceitar isso como resposta. Aqui novo mecanismo psicológico que sua paciente mostrava-lhe, Freud estava conhecendo a resistência. Era a resistência que impedia Elisabeth Von R. de falar, tinha sido seu esquecimento voluntário, achava ele, que fundamentalmente, provocara os sintomas de conversão, e a única forma de libertar-se de sua dor era falar.

Freud estava portanto, para aprender a lição mais difícil, que apenas o relato com uma explosão de emoções não era suficiente; os traumas tinham de ser *elaborados*.

Este caso clínico, chamou a atenção de Freud quanto a cooperação ou não da paciente, e a importância da boa relação pessoal entre médico e paciente

A cooperação do paciente implica num sacrifício pessoal, sobretudo quando se trata de mulheres e de conteúdos eróticos; este sacrifício deve ser compensado por algum equivalente no amor, para o que devem bastar os esforços, a paciência e a benevolência do médico (Lagache, 1990, p. 8).

O ingrediente final na recuperação de Elisabeth von R. foi a interpretação dos indícios que Freud apresentou-lhe e à qual ela resistiu veementemente por algum tempo: ela amava seu cunhado, e havia reprimido desejos perversos pela morte de sua irmã. Quando pode aceitar esse desejo imoral pôs fim a seus sofrimentos.

A dor assim despertada, persistia enquanto a paciente estivesse sob a influência da lembrança; alcançava o ponto mais alto quando ele estava no ato de contar-me a parte essencial e decisiva do que tinha a comunicar. E com a última palavra desaparecia.

Durante esse período de ‘ab reação’ o estado da paciente, tanto físico quanto mental, melhorou tanto que eu costumava dizer, meio de brincadeira, que estava retirando um pouco de seus motivos de dor de cada vez e que quando o estivesse eliminado inteiramente, ela ficaria boa (Freud, 1895, p. 198).

“Na primavera de 1894”, contou Freud, “soube que ela ia a um baile exclusivo, ao qual tratei de conseguir acesso, e não deixei escapar a oportunidade de ver minha ex-paciente a voar numa dança ligeira” (Gay, 1988, p. 82).

Continua o relato do autor

Mais tarde, conversando com sua filha, soube-se que Elisabeth von R., não reconheceu que Freud tivesse resolvido seus sintomas neuróticos. Ela o descreveu como “apenas um jovem especialista de nervos, com barba, ao qual me mandaram”. Ele havia tentado “me convencer de que eu estava apaixonada pelo meu cunhado, mas não era realmente isso”. Contudo, acrescenta sua filha, o relato da história familiar de sua mãe, feito por Freud, era fundamentalmente correto, e o casamento de sua mãe era feliz. A paciente pode ter decidido, de modo mais ou menos consciente, reprimir a interpretação de seus problemas por Freud. Ou Freud pode ter lido paixões inaceitáveis em seu fluxo de eloquência livre e desinibido. De qualquer forma, aí estava uma de suas ex-pacientes – uma histérica que freqüentemente sofria de sérias dores nas pernas, ao andar ou ficar em pé – a dançar noite adentro. Freud, enquanto médico pesquisador, ambivalente em relação à sua carreira médica, podia se sentir satisfeito com a recuperação da vitalidade dela (Gay, 1988, p. 82).

Ainda em 1892, quando “Miss Lucy R.” começou a tratar-se com Freud, ele já havia reconhecido o valor de sua atenção intencional. Seu sintoma mais acentuado era a sensação de um desagradável cheiro de pudim queimado, associado a sentimentos de depressão, que ele conseguiu dissolver depois de trabalhar nove semanas com ela.

Ao invés de minimizar essa alucinação olfativa um tanto singular, Freud deixou-se guiar por ela até as origens do mal-estar de Miss Lucy.

A existência de leis mentais e a peculiar linguagem dos sintomas estavam se tornando claras para ele: tinha de haver um razão real e suficiente para que um cheiro específico estivesse ligado a um estado particular de ânimo. Mas esse elo, reconhecia ele, só tornaria visível se a atormentada governanta inglesa conseguisse recuperar lembranças relacionadas a ele. Mas isso ela faria apenas se

“suspendesse seu senso crítico” – se ela permitisse que seus pensamentos vagassem, sem controlá-los com objeções racionais. Assim, Freud continuou a aplicar a Lucy R. o que estivera praticando com Elisabeth von R.: a associação livre. Ao mesmo tempo, essa paciente deixou claro a Freud que os seres humanos são extremamente relutantes em suspender o senso crítico; tendem a rejeitar suas associações sob pretextos de serem triviais, irracionais, repetitivas, impertinentes ou obscenas

Colocava a mão na testa da paciente ou lhe tomava a cabeça entre as mãos e dizia: Você pensará nisso sob a pressão de minha mão. No momento em que relaxar a pressão verá algo em frente de você ou alguma coisa entrará em sua cabeça. Agarre-a. Será o que estamos procurando. – Então o que viu ou que lhe ocorreu? (Freud, 1895, p. 157).

Desta forma, Freud atingia os resultados que necessitava e durante os anos seguintes, continuou sendo um ouvinte extremamente atento, investigava segredos de suas pacientes, sondando níveis mais profundos de angústia. A passividade alerta do psicanalista, que mais tarde Freud chamaria de atenção “flutuante”, já começara a fazer parte de seu repertório.

Em 1892, Freud já havia esboçado as linhas gerais da técnica psicanalítica: observação atenta, interpretação hábil, associação livre sem a sobrecarga da hipnose, e laboração; e nesse momento ganha relevo nas considerações de Freud, a importância da relação médico-paciente e percebe que esse contato pode ser suficiente para quebrar a resistência do paciente, chegando a tocar de perto a transferência

Uma nova idéia pareceu revelar-se-me quando me veio à mente que, na realidade, devia ser a mesma força psíquica que presidia a origem do sintoma histérico e que, agora, impedia a idéia patogênica de tornar-se consciente (Freud e Breuer, 1895, p. 326).

Freud mostra, ainda, que essa força psíquica nada mais é do que a defesa do ego contra idéias capazes de suscitar afetos dolorosos, tais como a vergonha, a culpa, o sofrimento moral, o sentimento de justiça. Estas observações já diziam respeito à teoria da transferência

Pode-se aproximar esta hipótese de uma descoberta que Freud descreve mais adiante: a partir do instante em que se penetra na região da organização patogênica que contém a etiologia do sintoma, o sintoma “adere à discussão”, ou seja, reaparece com maior intensidade e acompanha o trabalho com flutuações características e instrutivas (Lagache, 1990, p. 09).

Mas, é só no final de *Psicoterapia da histeria* que Freud fala especificamente da transferência, sem atribuir a extensão que lhe será dada posteriormente. “São os fracassos da análise catártica e da sugestão com imposição de mãos que o levam a questionar especificamente as perturbações da relação médico-paciente” (Lagache, 1990, p. 09).

O método e o procedimento eram, com efeito, inconstantes: ora nada havia para evocar, como mostrava a calma do paciente; ora havia uma resistência, como mostrava a tensão do paciente; enfim, num terceiro caso – e era o pior –, tratava-se de uma perturbação da relação entre o paciente e o médico;

“nesse sentido pode sustentar-se que a psicanálise nasceu da resistência e dos efeitos negativos da transferência” (Lagache,1990 p. 08).

Ainda havia outra lição à espera de Freud, no registro feito de uma análise de sessão única. Ele descreve o caso de “Katharina”, uma camponesa de dezoito anos que servia numa estalagem austríaca nas montanhas.

Freud informou a Fliess em agosto de 1893, “fui consultado pela filha da estalajadeira no Rax; foi um belo caso para mim”.

Tendo percebido que Freud era médico, Katharina arriscou-se a lhe confiar seus sintomas nervosos – fôlego curto, vertigens, uma terrível sensação de sufocamento – e a pedir seus conselhos. Freud, em férias, buscando escapar de seus pacientes se vê forçado a exercer novamente sua profissão. Resignado e intrigado, Freud conduziu a paciente por uma conversa direta. Ela revelou (assim contou ele) que, quando tinha catorze anos, um tio seu havia feito várias tentativas brutais, mas malogradas, de seduzi-la, e que, cerca de dois anos depois, ela o vira deitado por cima de uma jovem prima sua. Foi quando começaram os sintomas. Como menina inocente e inexperiente aos catorze anos, tinha considerado as atenções de seu tio extremamente importunas; mas foi somente quando o viu em cima da prima é que relacionou com a cópula. A lembrança lhe repugnava e havia gerado uma neurose de angústia combinada com histeria. Sua narrativa ingênua ajudou a descarregar seus sentimentos, seu ar melancólico deu lugar a uma animação viva e saudável, e Freud esperava que ela retirasse algum proveito duradouro de sua conversa. “Não tornei a vê-la” (Gay, 1978, p. 83).

Mas pensava nela; e em 1897 conclui que muitas das lembranças de experiências traumáticas, especialmente as de sedução, que lhe

eram referidas por suas pacientes histéricas, não constituíam lembranças de acontecimentos reais, mas eram relatos de fantasias.

Freud acrescentou, três décadas depois, aos *Estudos sobre a Histeria* uma confissão em nota de rodapé, onde deixou a discrição de lado e revelou que o homem que tentara molestar Katharina não era seu tio, e sim seu pai. Freud foi severo consigo mesmo. “Uma distorção como a que realizei nesta ocasião deveria ser absolutamente evitada num caso clínico.” (Freud, 1895, p. 183)

Sem dúvida, os dois objetivos da psicanálise – proporcionar terapia e gerar teoria – geralmente são compatíveis e interdependentes. Mas às vezes entram em choque: os direitos do pacientes à privacidade podem entrar em conflito com as demandas da ciência para a discussão pública

Em 1895, nos *Estudos sobre a Histeria*, Freud avançava para algumas generalizações de grande alcance. Acumulando e desenvolvendo as idéias psicanalíticas ele mantinha Fliess⁹ inteiramente informado da evolução e transformação de suas idéias, enviando a Berlim uma enorme quantidade de perfis de casos, rascunhos, esboços de artigos e monografias onde registrava suas descobertas e punha suas idéias à prova – escritos sobre a angústia, a melancolia, a paranóia.

Um homem como eu”, Freud disse a Fliess no ano em que foram publicados os Estudos, com a impetuosidade de um pesquisador

⁹ Wilhelm Fliess, otorrinolaringologista, chegou a Viena em 1887 para aprofundar seus estudos; tornou-se amigo íntimo e necessário de Freud, e, mais tarde, inimigo.

obcecado – “não pode viver sem um passatempo predileto, sem uma paixão dominadora, sem um tirano, e ele chegou a mim. E a seu serviço desconheço qualquer moderação. É a psicologia (Gay, 1978, p. 67).

Esse breve relato dos casos clínicos que compuseram a gênese da psicanálise, demonstram que em função do contato estabelecido com suas pacientes, e na tentativa de curá-las, removendo seus sintomas, Freud entregou-se à uma luta árdua e obstinada, tornou útil todo e qualquer recurso que descobria existir no contato terapêutico. O vínculo que estabeleceu com as pacientes, fez com que extraísse sua técnica e obtivesse sucesso!

Em seus relatos dos casos clínicos iniciais, percebemos a postura de Freud sempre muito flexível em relação ao tratamento de suas pacientes; ora, atendia duas vezes por dia, de acordo com a necessidade da paciente (Frau Emmy von M.), ora, uma vez por semana, pela pouca disponibilidade de tempo da paciente ou dele próprio (Miss Lucy R.); ou então, aquela que devia ser uma única sessão, estendia-se por várias (Freud, 1895, p. 154); ou ainda, demonstrava grande cuidado com suas pacientes fazendo recomendações para comerem melhor, ou então, aumentarem quantidade de líquidos a serem ingeridos (Freud, 1895, p. 126) e até mesmo, proibindo a paciente de assustar-se “já que não havia nenhum motivo para isso” (Freud, 1895, p. 116); ou efetuando massagens quando julgava necessário às pacientes!

Comprovou através de sua postura técnica, a eficácia de seu método, algo se dava na relação que reduzia os sofrimentos psíquicos e trazia bem-estar ao paciente. Freud foi desvendando o mistério da mente humana,

reconheceu a singularidade de cada caso, vivenciou cada experiência clínica de forma natural e gradual, construindo a psicanálise e conseqüentemente sua teoria.

Inicialmente, a relação médico – paciente caracterizava-se pela aplicação do método da hipnose, a situação consistia do paciente ficar deitado num divã e o terapeuta, atrás dele, induzir à esse estado. O contato pautava-se pela total privacidade entre o doutor – que possuía recursos para investigar a causa da doença – e o paciente, que acometido do mal, estava a mercê daquele.

Com o uso da associação livre já começa existir maior participação por parte do paciente. O terapeuta valoriza suas informações e as necessita, para dar andamento ao trabalho, através de um contato mais presente e real, é uma relação de colaboração entre ambos; depois, confirma a necessidade da elaboração, graças a lição prática que colheu dos casos clínicos, reconhece a importância e os riscos da transferência. Passo a passo vai ampliando esse conceito, que se tornou o pilar do trabalho psicanalítico e uma das maiores contribuições de Freud à ciência.

6.1 – O Conceito de Transferência

As histórias clínicas dos *Estudos sobre a histeria* (1893) revela observações sobre as características singulares da relação que estabelece-se entre o psicoterapeuta e seu paciente. Quando Freud escreve *A psicoterapia da histeria* (1893-95), no capítulo IV desse livro, a idéia da *transferência* – inclusive é a primeira vez que aparece a palavra transferência no sentido psicanalítico – fica

definida uma singular relação humana entre médico e enfermo através de um *falsa ligação*

O desejo que estava presente foi então, devido à compulsão de associar que era dominante em sua consciência, ligado à minha pessoa, com a qual a paciente estava legitimamente preocupada; e como resultado dessa *mésalliance* – que eu descrevo como uma ‘ligação falsa’ – foi provocada a mesma emoção que forçara a paciente muito antes a repudiar esse desejo proibido. Desde que descoberto isso, tenho sido capaz, quando sou envolvido de modo semelhante, a presumir que uma transferência e uma falsa ligação ocorreram mais uma vez. O que é de se estranhar bastante, é que, a paciente é enganada novamente toda vez em que isso se repete (Freud, 1895, p. 361).

Nesse capítulo Freud chama-nos a atenção em relação ao paciente quanto a algumas peculiaridades: se sofre uma *ofensa* por parte do médico, alguma pequena injustiça, desatenção ou desinteresse, ou ainda se escutou algum comentário adverso sobre sua pessoa ou método, bloqueia sua capacidade de colaborar. Enquanto a situação persiste, falha a produção de idéias, porém, quando esclarece-se o ponto em desacordo, a colaboração restabelece-se e o procedimento volta a funcionar com toda sua eficácia. Não importa, precisa Freud, que a ofensa seja real ou simplesmente sentida pelo paciente: em ambos os casos se coloca um obstáculo frente à coerção associativa. Freud incorpora, ainda implicitamente, a idéia de realidade interna, a *sentida* pelo paciente, que importa muito para a teoria da transferência.

Outra forma de resistência é a externa que provém de um temor muito especial do paciente à *dependência*: o temor de perder sua autonomia e até de ficar ligado sexualmente ao médico. Neste caso, o paciente nega sua colaboração para rebelar-se, ou para evitar cair numa situação temida e perigosa, e, também aqui, com o conhecimento pertinente da situação, o impasse é resolvido.

Freud expõe um exemplo convincente, que vale a pena repetir de forma textual

Em uma de minhas pacientes, a origem de um certo sintoma havia sido o desejo, abrigado há muitos anos atrás e relegado no ato ao inconsciente, de que um homem, com o qual mantinha em uma ocasião um diálogo íntimo, a abraçasse e lhe desse um beijo. Ao final das sessões de tratamento, surgiu na paciente este mesmo desejo referido à minha própria pessoa. Horrorizada, a enferma passou uma noite de insônia e, na sessão seguinte, ainda que não se negou ao tratamento, seu estado tornou inútil todo o trabalho. Depois de eu haver descoberto o obstáculo e de removê-lo, o trabalho prosseguiu (Freud, 1895, p. 360)

Deve-se destacar que Freud nota, ao remover o obstáculo, que o desejo transferido que tanto havia assustado sua paciente aparece no ato seguinte como a recordação patológica mais próxima, o que exigia o contexto lógico: ou seja, em lugar de ser recordado, o desejo apareceu com direta referência a ele, Freud, no tempo presente. Desta forma, apesar de que a incipiente teoria da transferência fica explicada como resultado da associação de idéias, Freud já a

situa na dinâmica do *presente* e do *passado* e no contexto da *repetição* e da *resistência*.

Porém, só em 1905 com a publicação do caso Dora é que Freud explica melhor o conceito de transferência de forma ampla e compreensível

As transferências são “novas edições ou fac-símiles das tendências e fantasias despertadas e tornadas conscientes no decorrer do tratamento psicanalítico; mas têm uma particularidade, característica de sua espécie, que consiste na substituição de uma pessoa anterior pela pessoa do médico”; Freud fala ainda de experiências psicológicas passadas e revividas, não como pertencentes ao passado, mas aplicadas à pessoa do médico e no presente (Freud, 1905, p. 113).

Freud afirma no epílogo da análise de Dora, que o tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas a descobre, a torna possível, de igual modo que a outros processos psíquicos ocultos. A transferência existe fora e dentro da análise, a única diferença é que nesta ela é detectada e tornada consciente. Dessa forma, a transferência vai desenvolvendo-se e sendo descoberta continuamente. Freud conclui: “A transferência, destinada a ser o máximo obstáculo para a Psicanálise, se verte em seu auxiliar mais poderoso, quando se a consegue detectar em cada caso e traduzi-la para o enfermo” (Etchegoyen, 1987, p. 54).

O caso Dora foi interrompido prematuramente e podemos dizer que Freud, curiosamente, caiu no mesmo engodo que Breuer caiu, dez anos atrás (1895). Nesse momento foi sua vez, Freud não conseguiu controlar a transferência em tempo hábil, não entendeu o que se passava no vínculo com sua paciente,

estava envolvido emocionalmente nesse caso, enquanto que no de Anna O. obteve rapidamente um entendimento racional do que seu amigo vivera com a paciente.

No início a paciente comparava Freud a seu pai, o que estava claro para ele. Essa transferência não foi mostrada à ela, que a impediu de ter acesso a novas lembranças de acontecimentos reais, já que Freud acreditava ter muito tempo pela frente. Ele escreve “por causa da porção desconhecida que em mim lembrava Herr K... para Dora, vingou-se de mim como desejava vingar-se dele e abandonou-me, tal como acreditava ter sido enganada e abandonada por ele” (Freud, 1905, p. 117).

Assim, ela atuou uma parte essencial de suas lembranças e de suas fantasias, em vez de rememorar-la no tratamento. “Pois como poderia a paciente arquitetar uma vingança mais efetiva do que demonstrando na sua própria pessoa a importância e a incapacidade do médico?” (Freud, 1905, p. 117).

Essa experiência mostra que a transferência é um fenômeno inevitável no tratamento psicanalítico: a patologia renasce e deve ser combatida na relação terapêutica. De início, a transferência foi vista como resistência, mantendo o material patológico inacessível; porém, graças a ela foi estabelecido o veículo da cura, oferecendo possibilidade de reflexão ao paciente e entendimento através da elaboração de seu material de análise.

De acordo com o que disse Freud no *Epílogo de Dora*, a transferência é um fenômeno geral, universal e espontâneo, que consiste em unir o passado com o presente mediante um falso enlace que superpõe o objeto original ao atual. Esta superposição do passado e do presente está vinculada a objetos e

desejos antigos, que não são conscientes para o sujeito e dão à sua conduta um teor irracional, onde o afeto não aparece ajustado nem em qualidade nem em quantidade à situação real e atual.

O caso Dora é conhecido pela importância de trazer definição e esclarecimento ao conceito da transferência, porém, sutilmente está aí exposto, a contrapartida dele próprio: a *contratransferência*.

Novo impasse, novo conceito a ser conhecido!

6.2– O Conceito de Contratransferência

A contratransferência passou, ao longo do desenvolvimento da teoria psicanalítica, por alterações conceituais que tenderam ora para uma visão mais restrita, que a entendia como respostas emocionais do analista à transferência do paciente, ora para uma visão mais ampla, que a entendia como toda resposta emocional do analista independentemente da transferência do paciente.

Essas variações refletem diferentes formas de pensar a possibilidade de distinção do sujeito-objeto e o valor do objeto para a estruturação psíquica.

A primeira orientação técnica para o trabalho com a contratransferência foi a de controle e superação. Esta orientação derivava do entendimento da contratransferência como obstáculo para a compreensão da dinâmica psíquica do paciente

Freud refere-se à noção de laboratório e ao modelo do químico várias vezes em sua obra (1918) “análise, palavra que significa decomposição, desagregação, fazendo pensar no trabalho químico”. As manifestações psíquicas são composições complexas resultantes da combinação de vários elementos. A analogia referia-se também àquilo que o químico não conseguia controlar e que era obrigado a levar em conta no seu trabalho de “síntese”, ou seja, as afinidades eletivas dos elementos isolados levando à composição livre de novas composições (Lerner, 1997, p. 326).

Em Freud já existia uma percepção de que a mútua influência entre analista e paciente não poderia ser facilmente isolada. Expõe essa preocupação no trabalho técnico *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*

É fácil perceber para que objetivo as diferentes regras que apresentei convergem. Todas elas se destinam a criar, para o médico, uma contrapartida à ‘regra fundamental da psicanálise’ estabelecida para o paciente. Assim como o paciente deve relatar tudo o que sua auto-observação possa detectar, e impedir todas as objeções lógicas e afetivas que procuram induzi-lo a fazer uma seleção dentre elas, também o médico deve colocar-se em posição de fazer uso de tudo o que lhe é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente oculto, sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão. Para melhor formulá-lo: ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor. Assim como o receptor transforma de novo em ondas sonoras as oscilações elétricas na linha telefônica, que foram criadas por ondas sonoras, da mesma maneira o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do

paciente. Mas se o médico quiser estar em posição de utilizar seu inconsciente desse modo, como instrumento de análise, deve ele próprio preencher determinada condição psicológica em alto grau. Ele não pode tolerar quaisquer resistências em si próprio que ocultem de sua consciência o que foi percebido pelo inconsciente; doutra maneira, introduziria na análise nova espécie de seleção e deformação que seria muito mais prejudicial que a resultante da concentração da atenção consciente. Não basta para isso que ele próprio seja uma pessoa aproximadamente normal. Deve-se insistir, antes, que tenha passado por uma purificação analítica e ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe diz. Não pode haver dúvida sobre o efeito desqualificante de tais defeitos no médico; toda repressão não solucionada nele constitui o que foi apropriadamente descrito por Stekel como um 'ponto cego' em sua percepção analítica. (Freud, 1912, p. 154-5).

Em uma primeira tendência, contrantransferência é definida como resposta emocional do analista ao seu paciente e àquilo que ele comunica dentro da situação analítica. Refere-se, a tudo o que acontece ao analista como resultado das ações mentais do paciente, porém mais conhecida neste momento em relação em seu aspecto de risco.

As outras inovações da técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da 'contratransferência' que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência em si mesmo, e a sobrepujará. Agora que um considerável número de pessoas está praticando a psicanálise e reciprocamente trocando observações, notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas (Freud, 1910, p. 130).

Para o médico, o fenômeno (o amor transferencial do paciente em relação em relação ao analista) significa um esclarecimento valioso e uma advertência útil contra qualquer tendência a uma contratransferência que pode estar presente em sua própria mente (Freud, 1915a, p. 209-210). não devemos abandonar a neutralidade para com o paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência (Freud, 1915a, p. 214).

A contratransferência é compreendida como fonte de informações sobre o paciente, tendo suas causas e efeitos no paciente, não envolvendo qualquer responsabilidade e participação do analista.

Encontramos, em 1912, no trabalho técnico de Freud, duas metáforas bastante divulgadas em relação ao envolvimento emocional do analista, a metáfora do *cirurgião* e do *espelho*, que ainda hoje tem grande repercussão na prática clínica

Não posso aconselhar insistentemente demais os meus colegas analistas a tomarem como modelo, durante o tratamento psicanalítico, o cirurgião, que põe de lado todos os sentimentos, até mesmo a solidariedade humana, e concentra seus forças mentais no objetivo único de realizar a operação tão competentemente quanto possível. Nas condições atuais, o sentimento mais perigoso para um psicanalista é a ambição terapêutica de alcançar, mediante este método novo e muito discutido, algo que produza efeito convincente sobre outras pessoas. Isto não apenas o colocará num estado de espírito desfavorável para o trabalho, mas torna-lo-á impotente contra certas resistências do paciente, cujo restabelecimento, como sabemos depende primordialmente da ação recíproca de forças nele. A justificativa para exigir essa frieza emocional no analista é que ele cria

condições mais vantajosas para ambas as partes: para o médico, uma proteção desejável para sua própria vida emocional, e, para o paciente, o maior auxílio que lhe podemos hoje dar. Um cirurgião dos tempos tomou como divisa as palavras: ‘Je le Pansai, Dieu le guérit’. (“Fiz-lhe os curativos: Deus o curou.”). O analista deveria contentar-se com algo semelhante (Freud, 1912, p. 153-4)

A solução da transferência, também – uma das tarefas principais do tratamento –, é dificultada por uma atitude íntima por parte do médico, de maneira que qualquer proveito que possa haver no princípio é mais que superado ao final. Não hesito, portanto, em condenar este tipo de técnica como incorreto. O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado (Freud, 1912b, p. 157).

A indicação técnica frente a não manter-se na *neutralidade e abstinência* é a de que o analista precisa de mais análise, de forma que seus pontos cegos ou conflitos residuais, não devidamente resolvidos, sejam revistos e superados. Em casos de respostas contratransferenciais frente a tensões atuais e momentâneas, a indicação técnica é a de buscar superá-las através de supervisão e esforço consciente de articulação teórica.

Esse primeiro lugar do analista na técnica freudiana visa permitir que o aparelho psíquico produza alguma coisa diferente, trabalhando de modo diferente do modo que domina seu funcionamento na vigília. Quando pensamos no lugar do analista quase sempre pensamos no controle do seu desejo, no exercício da neutralidade e da abstinência. Mas esta primeira tentativa freudiana de eliminação das reações contratransferenciais vai, pouco a pouco, cedendo lugar a uma permitida e metódica explicitação e uso de tais reações (Figueira, 1996, p. 95-96).

Ferenczi foi um dos discípulos de Freud que, apesar dos vários pontos de controvérsia, nunca chegou a romper efetivamente sua relação intelectual e afetiva com Freud. Seus pontos de conflito com as idéias de Freud tiveram repercussões importantes principalmente no campo da técnica psicanalítica.

Ao falar da formação do analista e dos requisitos necessários a ela, Freud apontava desde os elementos mais objetivos até os elementos que diziam respeito a “qualidades pessoais” do analista. No entanto, essas últimas eram tratadas de forma bastante indefinida.

Ferenczi se dedicou justamente a definir melhor quais seriam estas condições pessoais, qual o seu alcance como instrumento analítico e qual seu impacto sobre os pacientes.

Define contratransferência como tudo o que é pensado, sentido, desejado ou fantasiado consciente, pré-consciente ou inconscientemente pelo analista. Não a define portanto apenas como pontos cegos ou aspectos desconhecidos do analista que não foram trabalhados em sua análise pessoal. Tudo isso pode ser captado pelo paciente, desde que acreditemos que tanto o analista capta o inconsciente do paciente, como este é capaz de fazer o mesmo com seu analista.

No artigo *Elasticidade da técnica analítica* Ferenczi descreve a idéia de “tato” como aquilo que acredita ser a capacidade fundamental do analista

Adquiri a convicção de que se trata, antes de tudo, uma questão de tato psicológico de se saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente etc. Como se vê, com a palavra ‘tato’ somente, consegui exprimir a indeterminação numa fórmula simples e agradável (Ferenczi, 1928, p. 27).

O analista deve, então, fazer uso de sua contratransferência transformando-a em instrumento para análise e não apenas encarando-a como obstáculo a ser eliminado. Para o analista fazer uso ou controlar a contratransferência ele deve, segundo Ferenczi, ter o máximo de consciência possível do que sente e pensa a respeito de seu paciente, mantendo um canal de comunicação desobstruído com esse material.

Não temos dúvidas de que foi Sándor Ferenczi o primeiro dos psicanalistas a preocupar-se com a dinâmica de uma técnica adaptada a pacientes difíceis. Ousando um pouco mais poderíamos localizar no debate apaixonado entre Freud e Ferenczi o engendramento de dois caminhos que embora distintos, se construíram de forma fundante.

Na afirmação “só me interessei pelo inconsciente”, Freud atesta sua fundamental atração pelas elucubrações metapsicológicas. Em contrapartida, Ferenczi dedicava-se ao estudo da técnica, especialmente daquela a se desenvolvida junto a casos difíceis – ele, “o verdadeiro psicanalista apaixonado

pelas condições práticas de manejo clínico da técnica, na vocação de ser uma técnica terapêutica” (Fédida, 1981, p. 98).

Da diferença entre os dois – Freud e Ferenczi – podemos supor, através de suas histórias pessoais, que “o mestre do pensar” ficou as voltas com seu Édipo e Ferenczi parecia se debater com questões mais primitivas.

Entrando em contato com fragmentos do diário clínico de Ferenczi, podemos compreender porque ele reabilitou a teoria da sedução, porque deu destaque aos traumatismos infantis, à relação mãe criança e à análise pessoal do candidato. É a partir do seu próprio sofrimento e de sua relação conflituosa com a mãe que Ferenczi vai preocupar-se com a técnica, com o sofrimento do paciente e, de modo especial com o papel do objeto externo como possível promotor de traumas psíquicos.

Sua obra traz marcas profundas derivadas de sua história pessoal: vida e obra dialogam. É porque ele mesmo fora uma “criança mal acolhida” que pode “sentir com” o paciente que sofre (Ferenczi, 1928, p. 303).

Esta constatação faz-nos crer que a pessoa real do analista com seus “restos não resolvidos” está presente o tempo todo em sua obra e em seu trabalho. Esta é a prova da existência e importância de ser conhecida a contratransferência, que marca presença sempre no terapeuta analista.

A grande preocupação de Ferenczi, que o tornou “o verdadeiro fundador da psicanálise como técnica clínico-terapêutica” confirma o que disse Rudnytsky “um escrito psicanalítico inspirado pode somente ser produzido se a

zona de loucura do autor entra em jogo...” (Rudnytsky, apud. Alencastro, 1993, p. 41).

O autor deixa claro que a tarefa do analista em compreender seu paciente e ao mesmo tempo, compreender a si mesmo, é complexa em vários sentidos

A terapêutica analítica cria, portanto, para o médico, exigências que parecem contradizer-se radicalmente. Pede-lhe que dê livre curso às suas associações e às suas fantasias, que deixe falar o seu próprio inconsciente; Freud nos ensinou, com efeito, ser essa a única maneira, de aprendermos intuitivamente as manifestações do inconsciente, dissimuladas no conteúdo manifesto das proposições e dos comportamentos do paciente. Por outro lado, o médico deve submeter a um exame metódico o material fornecido, tanto pelo paciente, quanto por ele próprio, e só esse trabalho intelectual deve guiá-lo, em seguida, em suas faltas e em suas ações (Ferenczi, 1919, p. 367).

O trabalho de análise exige do analista uma dupla tarefa: de um lado, um trabalho intelectual refinado de dedução e reconstrução de conflitos e problemas inconscientes do paciente, empatia e aceitação de seus sentimentos; de outro lado, auto-observação e domínio de reações contratransferenciais.

Ferenczi viu nas circunstâncias da auto-análise de Freud o limite da percepção que este poderia ter da considerável importância, quer terapêutica quer devastadora, da transferência, de sua incapacidade de avaliar, na sua justa medida, “os restos não resolvidos” da análise da transferência no tornar-se analista-terapeuta, do interesse tardio e, sobretudo limitado de Freud pela contratransferência, enfim, de sua

impossibilidade de conceber de forma válida a função da instituição analítica na formação dos analista e na transmissão da psicanálise (Fédida, 1981, p. 99).

Ferenczi traz a formulação da segunda regra fundamental da técnica psicanalítica: para se tornar analista, este deve ter sido analisado por alguém outro, de forma suficientemente profunda

Da análise pessoal resulta uma formação que passa pela capacidade de identificação e desidentificação transferencial: os “restos não resolvidos” – zonas obscuras inacessíveis à análise pessoal – formam a sensibilidade do analista ou seja sua capacidade de tato na constante redescoberta pessoal da técnica com cada um de seus pacientes (Fédida, 1981, p. 100).

O desejo de Ferenczi de conceber uma metapsicologia da técnica articulada aos processos psíquicos do analista vão além de uma simples definição terapêutica da técnica e, deveria ser entendida como “método de investigação” aplicado ao tratamento do paciente (Fédida, 1988, p. 100).

Caminhamos até aqui buscando o trajeto do conceito de contratransferência, juntamente com a reformulação da questão da técnica nos primórdios da psicanálise, especificamente em Freud e Ferenczi. Em um segundo momento daremos continuidade a evolução desse capítulo no pensamento dos autores contemporâneos.

7. O VÍNCULO ANALÍTICO EM KLEIN

Acreditamos que a psicanálise não se desenvolve através de meros acréscimos de conhecimento, mas por meio do aprofundamento de questões, que muitas vezes implicam em enfrentamentos com o conhecimento tradicional. Pretendemos indicar, de maneira modesta, em que o pensamento kleiniano, a nosso ver, complementa e inova o pensamento freudiano nas questões relativas ao vínculo emocional analista x paciente.

Quando Melanie Klein, em 1920, criou uma técnica para a análise de crianças, iniciou uma viagem dentro do território conhecido e desconhecido da psicanálise. Esta viagem resultou em muitas descobertas que ampliaram e enriqueceram a concepção do ser humano.

Observado o trabalho de Klein, ela se concebe uma seguidora e admiradora de Freud. Ela é como ele no absoluto rigor com que estudou os fenômenos mentais, na coragem com que formulou os fenômenos mentais, na coragem com que formulou novos conceitos e na integridade com que defendeu estes conceitos. Usou a técnica psicanalítica de Freud aplicando-a com eficiência. Não só aceitou integralmente muitas das descobertas de Freud, como também aplicou-as e desenvolveu-as em sua clínica e em suas obras.

A pedra fundamental da técnica e da teoria de Klein é a relação de objeto e como essa relação com o objeto dá significado a ansiedades, defesas e sentimentos. Melanie Klein não admitia a possibilidade de considerar as pulsões dissociadas de um objeto. Em toda sua obra nunca se refere às pulsões como tendo

existência isoladamente de um objeto ao qual se dirige. Klein menciona a pulsão sempre atuando sobre um objeto e criando, desta forma, tanto uma relação com este objeto quanto uma experiência emocional inconsciente. Ao não colocar a pulsão, tal qual Freud, mas a experiência emocional, como foco de suas preocupações, torna esta última o centro de suas investigações e atribui a ansiedade um papel preponderante na estruturação da vida psíquica do indivíduo. Para Klein a emoção é a base da vida mental e existe tanto no consciente quanto no inconsciente.

A importância dada à emoção inconsciente como fator central da vida psíquica dos indivíduos, que a organiza e lhe dá significado é uma característica básica do sistema kleiniano que o diferencia de todas as outras orientações psicanalíticas.

A idéia de Klein é que, tanto psíquica quanto fisicamente, existe desde o nascimento uma relação entre o bebê e a mãe; sugere que desde o nascimento o bebê possui um ego suficiente, ainda que num estado de não integração, para sentir ansiedade e defender-se dela através de sucessivas projeções e introjeções. Ela refere-se a isto dizendo: “Os processos primordiais de projeção e introjeção, estando intimamente ligados com as emoções e ansiedades do bebê, iniciam as relações objetais” (Klein, 1952, p. 86). Desta idéia decorre também uma concepção sobre a origem da transferência.

Klein diz: “afirmo que a transferência origina-se dos mesmos processos que, nos primeiros estágios, determinam as relações de objeto. Desta forma, na análise, teremos que voltar várias vezes às flutuações entre objetos

amados e odiados, externos e internos, que dominam o início da infância” (Klein, 1952, p. 72).

No processo terapêutico, os pacientes revivem as primeiras experiências com seus objetos originais na relação de transferência com o analista. Compreendendo a transferência, o analista pode compreender a vida emocional do paciente.

Na infância, a mãe supre as necessidades físicas da criança. Além disso, ao perceber (em geral inconscientemente) os sentimentos da criança, pode atender suas necessidades emocionais. Ela contém e transforma esses sentimentos através de seus próprios sentimentos, tornando-os toleráveis e assim deixando possível que eles evoluam em alguma outra coisa.

Embora o analista não seja o pai ou a mãe do paciente ele faz algo próximo disso. O analista usa o seu conhecimento de psicanálise, isto é, teoria e técnica. Sua própria análise o torna capaz de compreender o que percebe emocionalmente a partir das comunicações afetivas do paciente, que é a contratransferência. O analista então elabora isto intelectualmente, por meio de seu conhecimento de si mesmo, do seu paciente e de sua teoria. A síntese resultante é a interpretação.

Para que a relação emocional entre o bebê e a mãe possa ocorrer do nascimento em diante, o bebê tem que ter uma capacidade original de se relacionar com um objeto. A partir de suas observações analíticas, Klein inferiu que o bebê nasce com um ego rudimentar – isto é, uma capacidade de sentir ansiedade e de reagir defensivamente por causa dela. Esta reação se faz em

direção à mãe e dá origem, simultaneamente, ao desenvolvimento do ego e à relação de objeto.

Este conceito fez com que nossa compreensão dos fenômenos mentais se centrasse sempre na interação entre pessoas; de início, mãe e filho, posteriormente ampliada pelo pai e outros membros da família imediata. Impulsos, ansiedades, sentimentos, defesas e suas conseqüências sempre existem numa relação, externa ou interna. Não têm sentido isoladamente. De início o bebê sente como se a dor, gratificação, fome etc. fossem provocados por sua mãe. Assim que o bebê tem seu primeiro contato com a mãe, é com ela ou através dela que o bebê sente qualquer coisa.

Além desta capacidade rudimentar de sentir ansiedade e de reagir defensivamente a ela, Klein, seguindo Freud, postula a existência inata de pulsões de vida e de morte. A criança sente como ansiedade a ação da destrutividade e o conflito entre esta e o amor. Este conflito, que persiste por toda vida, é a causa de todas as ansiedades.

O modo como Klein usava o conceito de pulsão está expressa pela nota de Baranger: “Quando Melanie Klein fala de pulsões de vida ou morte, refere-se a grandes polaridades ou grandes tendências que governam a vida psíquica.” (Baranger, 19, p.)

A pulsão de morte passa a ser vista como associada a toda atividade que não promove a satisfação das necessidades do indivíduo, produzindo, pelo contrário, desintegração do ego. A pulsão de vida, por sua vez,

passa a ser vista como associada às atividades que promovem a integração do ego, satisfazendo as necessidades do indivíduo.

De acordo com esta linha de raciocínio, o bebê sente como ansiedade as forças conflitantes das pulsões de vida e de morte, e por isto se relaciona emocionalmente com a mãe, que se torna o objeto psicológico para o bebê, e esta relação é a base para o significado de todos os fenômenos mentais.

Melanie Klein, ao descrever como projeção a primeira manobra defensiva contra a pulsão de morte, segue a idéia de deflexão de Freud. Freud também usa o termo projeção neste contexto. Klein amplia e modifica a idéia de Freud ao lhe atribuir uma implicação mais psicológica. Freud diz que o organismo deflete a pulsão de morte, enquanto Melanie Klein diz que o bebê faz isto, e um bebê é muito mais que um organismo. Além disso, Klein diz que o bebê projeta impulsos destrutivos dentro da mãe ou de seu seio. Em outras palavras, ela é mais precisa do que Freud quanto a para onde vão esses impulsos – a saber, para dentro da mãe. A projeção da experiência ruim para dentro da mãe liberta a criança do horror, e a mãe é sentida como ruim. E também, como o bebê tende a pôr tudo para dentro, ele põe a *ruindade* de volta para dentro dele.

Provavelmente, a primeira experiência da criança é o que poderia ser chamado, por falta de uma palavra melhor, uma experiência “ruim”. A perda da proteção do útero expõe totalmente a criança à pressão interna da pulsão de morte, que é sentida como ansiedade ou terror.

A presença da mãe e a primeira amamentação reestabelecem o bem-estar do bebê: podemos dizer que ele tem um “boa” experiência. Mas a mãe,

ao alimentar o bebê, não lhe deu só uma boa sensação emocional; ao fazer isto ela removeu a dor da experiência ruim. O bebê livrou-se de alguma coisa e pôs alguma coisa para dentro. Os dois eventos ocorrem em relação com a mãe, e pode-se dizer que o bebê tem um contato dividido com a mãe ou com seu seio. É o que conhecemos por introjeção, projeção e cisão.

Todas as introjeções afetam o ego em uma de duas maneiras. Uma é que elas são assimiladas dentro do ego; isto é, o ego da criança fica identificado com as qualidades do objeto que tinha sido assimilado. A repetida assimilação do objeto bom dentro do ego permite que o ego se desenvolva e se torne mais diferenciado. Ele se torna mais forte. Cremos que se pode dizer que o ego se desenvolve através de contínuos processos de identificação.

A outra maneira é que a introjeção de um objeto numa experiência ruim afeta o ego no sentido de enfraquecê-lo – isto é, o ego sente de novo um aumento de ansiedade, contra a qual tem que se defender. As defesas baseiam-se principalmente na cisão, que é agora usada para atacar o objeto ruim que está dentro. Mas, ao cindir a experiência, o ego danifica o pedaço que tem a experiência, e, assim, ele próprio fica cindido. Desse modo sua força fica reduzida. Para readquirir força, a pessoa tem que ter novamente boas experiências e introjetar e assimilar bons objetos.

A cisão é um dos mais primitivos mecanismos mentais e está associado, de início, com a projeção. O *self* tem que se cindir para projetar o primeiro impacto da pulsão de morte. Assim, a cisão é um pré-requisito para a projeção.

Pode-se também perceber que a cisão, ao facilitar a primeira manobra projetiva, cria na mente o germe do que vai se desenvolver como um fator de ordenação – isto é, manter separados os bons sentimentos, experiências e objeto dos maus, e permitir, assim, que o indivíduo amplie seu ego e seu mundo interno através do acúmulo de boas experiências com objetos. A cisão é usada também para atacar objetos.

O bebê e a mãe se relacionam desde o início da vida. A prevalência de uma das pulsões sobre a outra vai influenciar os caminhos pelos quais este relacionamento vai se desenvolver. A personalidade da mãe poderá dificultar ou favorecer esses desenvolvimentos.

De início, devido ao caráter onipotente dos fenômenos mentais, a percepção que o bebê tem da mãe será mais determinada pelos sentimentos do bebê. A contínua atuação de processos projetivos e introjetivos fará com que, na mente do bebê, ela seja a causa de todos os sentimentos. A presença e cuidados contínuos da mãe irão lentamente ajudar o bebê a assimilá-la dentro dele. O progresso de uma mãe fragmentária para uma mãe integrada irá, por sua vez, permitir que o bebê aumente a percepção de que é separado da mãe e comece a reconhecer seus próprios sentimentos em relação a ela.

Os fatores envolvidos nas mais remotas relações entre o bebê e o seio, resultam tanto no desenvolvimento do ego como na formação de um mundo interior. Este é um mundo de objetos, de início objetos parciais. São objetos parciais devido a percepções limitadas e ao processo de cisão. É um mundo de objetos bons e ruins, no qual objetos parciais bons são mais inteiros do que os

ruins, que tendem a estar em pedaços. De início, é um mundo de horrores e maravilhas. O bom equivale ao ideal; o ruim é um perseguidor. A diferença entre este mundo interior e o mundo externo é, no começo, mínima e efêmera. As primeiras percepções que a criança tem de seus sentimentos, bem como de seus objetos, estão intimamente associadas a sensações corporais e ligadas a produtos do corpo.

Os bebês põem coisas para fora e põem coisas para dentro. “Coisas” porque são produtos corporais e o contato físico e o leite da mãe vão para fora e para dentro. As experiências são sentidas e moldadas por definição. A introjeção é uma experiência do bebê com sua mãe, que é posta para dentro; na projeção, uma experiência do bebê é posta dentro de sua mãe.

Como a introjeção, a projeção e a cisão parecem ser as atividades mais antigas e mais mentais do bebê em relação à sua mãe, elas acabam por compor as bases do desenvolvimento do ego, bem como as defesas contra ansiedade.

Quando Klein descreve a identificação projetiva em seu artigo sobre mecanismos esquizóides, refere-se a isto como um mecanismo que deriva da projeção. O bebê ao projetar a pulsão de morte, desencadeia um horrível sentimento destrutivo, percebido com ansiedade; mas, ao fazer isso, o que ele está colocando dentro da mãe é exatamente o pedaço dele que tem este sentimento, de modo que isto permite que o resto se sinta melhor. Assim ele se cindiu e penetrou na mãe com a parte excindida. Agora a mãe é percebida como ruim. Esta mãe, no seio, sentida como ruim é, muitas vezes, reintrojada dentro do bebê. À medida

que o bebê cresce e se desenvolve, esta identificação projetiva, bem como outros mecanismos mentais, torna-se progressivamente complicada, adquirindo objetivos e resultados multiformes e influenciando o desenvolvimento em direção à normalidade ou à patologia.

Voltando para a introjeção de uma boa experiência de alimentação com a mãe: esta se funde com os sentimentos amorosos da mãe e dá início a um bom relacionamento com ela. A mãe fica instalada na mente da criança como um seio bom; e o relacionamento se torna duplo, um com a mãe externa e outro com uma multiplicidade de mães ou seios internalizados. Assim, vai se construindo um mundo interno, povoado por objeto bons e ruins. Estes objetos são fantasias mentais; isto é, o seio, o pênis e outras partes da mãe ou do pai, são tal como foram sentidas quando se deram as introjeções. São percepções altamente personalizadas com as quais a criança continua a se relacionar. Embora, de início, o objeto externo seja uno, há internamente muitos objetos. Isto porque existem muitas introjeções, e também, os processos de cisão dividem ou fragmentam o objeto em muitos pedaços. Mais tarde, outras pessoas são incluídas nesse mundo.

Desde muito cedo em sua obra, Melanie Klein indicava que a projeção dava-se para dentro do objeto e não sobre o objeto. Ao introduzir formalmente o conceito de identificação projetiva em 1946, Klein acentua este ponto indicando, desta forma, sua firme adesão à idéia de que existe um mundo interno, isto é, um mundo de objetos internalizados estabelecido desde o início da vida interior dos indivíduos. Os indivíduos são concebidos por Klein como

vivendo em pelo menos dois mundos, o externo e o interno, sendo este último tão real quanto o primeiro. As fantasias inconscientes passam a ser vistas como transações ocorrendo entre estes dois universos.

Klein desenvolveu suas idéias sobre fantasia inconsciente, por exemplo, a partir de um dos diversos empregos que Freud deu a este conceito. Ela o ampliou para denotar o representante psíquico da pulsão e o conteúdo primário de processos mentais inconscientes. Klein desenvolveu esta concepção de fantasia inconsciente a partir, em grande parte, da descoberta de que as crianças que ela analisava tinham fantasias violentamente agressivas e amorosas que constituíam uma fonte de intensa ansiedade. Ela ficava impressionada com a vivacidade e concretude corporal das fantasias e com a intensidade do conflito que expressavam. Sua ênfase sobre a realidade psíquica da fantasia inconsciente, sobre o conflito entre amor e ódio no inconsciente, sobre a ansiedade como problema dominante com o qual o ego se confronta, sobre as emoções bem como as idéias – como conteúdo de importância maior no inconsciente, sobre o fato dos mecanismos de defesa serem expressos através de fantasias inconscientes específicas.

Como na concepção de Klein as pulsões são inerentemente ligadas a objetos, supõe-se que as relações com objetos externos tornem-se o foco da fantasia inconsciente tão logo alguma forma de atividade mental seja possível.

Melanie Klein deu-se conta da identificação projetiva quando explorava o que chamou de posição esquizo-paranóide, isto é, “uma constelação de um tipo particular de relações de objeto, ansiedades e defesas contra elas, típica

do período inicial da vida do indivíduo e que em algumas pessoas perturbadas persiste por toda vida” (Klein, 1946, p.). Para ela, essa posição particular é dominada pela necessidade do bebê de afastar ansiedades e impulsos, através da cisão do objeto – originalmente a mãe – bem como do *self*, da projeção dessas partes excindidas para dentro de um objeto, que é então sentido como – ou identificado como – essas partes excindidas, o que colore a percepção que o bebê tem do objeto e sua subsequente introjeção.

Ela examinou os múltiplos objetivos dos diferentes tipos de identificação projetiva, como por exemplo o de excindir e se livrar de partes indesejadas do *self* que causam ansiedade ou dor; o de projetar o *self* ou partes do *self* para dentro de um objeto, para dominá-lo e controlá-lo e assim, evitar qualquer sentimento de separação; o de penetrar num objeto para apoderar-se e apropriar-se de suas capacidades; o de invadir, a fim de danificar ou destruir o objeto. Desse modo o bebê, ou o adulto que segue utilizando intensamente tais mecanismos, pode evitar qualquer percepção de separação, dependência, admiração, ou suas concomitantes sensações de perda, raiva, inveja, etc. Mas isto levanta ansiedades de tipo persecutório – claustrofobia, pânico e afins.

Poderíamos dizer que, do ponto de vista do indivíduo que usa intensamente estes mecanismos, a identificação projetiva é uma fantasia e, ainda assim, pode ter um efeito poderoso sobre o receptor. Nem sempre isso ocorre e, quando se dá, nem sempre podemos dizer como o efeito é produzido, mas não podemos duvidar de sua importância. No entanto podemos ver que o conceito de identificação projetiva, usado desse modo, está mais relacionado ao objeto, é mais

concreto e cobre mais aspectos do que o termo projeção implica habitualmente, tendo assim aberto toda uma área de compreensão clínica. Klein enfatiza dois pontos: primeiro, o poder onipotente desses mecanismos e fantasias; segundo, como, na medida como se originam numa constelação particular, profundamente interligada, não é possível isolar a identificação projetiva da onipotência, da cisão e das ansiedades resultantes que a acompanham. Na verdade, são três partes que compõem um certo equilíbrio, rígida ou precariamente mantido pelo indivíduo, a seu próprio modo.

À medida que o indivíduo se desenvolve, seja através do desenvolvimento normal ou do tratamento analítico, essas projeções diminuem, ele se torna mais capaz de tolerar sua ambivalência, seu amor, seu ódio e sua dependência dos objetos. Em outras palavras, ele se move em direção ao que Melanie Klein descreveu como posição depressiva. Esse processo pode ser facilitado na infância se a criança tiver um ambiente que a apóie, se a mãe for capaz de tolerar e conter as projeções da criança e, intuitivamente, compreender e tolerar seus sentimentos. Uma vez que a criança esteja melhor integrada e capacitada a reconhecer seus impulsos e sentimentos como sendo seus, haverá uma diminuição da pressão para projetar, acompanhada de uma maior preocupação com o objeto. Nas suas formas iniciais, a identificação projetiva não tem consideração pelo objeto e, na verdade, freqüentemente ela é anticonsideração, quando se destina a dominar, independentemente do custo para o objeto. Conforme a criança se move em direção à posição depressiva, este processo necessariamente se altera e, embora provavelmente a identificação

projetiva nunca seja inteiramente abandonada, ela não mais envolverá a completa excisão e a recusa a assumir partes do *self*, tornando-se então menos absoluta, mais temporária e mais capaz de ser retomada pela personalidade do indivíduo e, assim, constituir a base da empatia.

Algumas vezes ela é usada tão maciçamente que temos a impressão de que o paciente está, em fantasia, projetando todo o seu *self* para dentro de seu objeto, podendo assim sentir-se preso numa armadilha claustrofóbica. Trata-se, em todo caso, de um modo muito poderoso e efetivo para livrar o indivíduo do contato com sua própria mente; às vezes a mente pode estar tão enfraquecida ou fragmentada por processos de cisão, ou tão evacuada por identificação projetiva, que o indivíduo parece vazio ou quase-psicótico. Este fenômeno também tem importantes implicações técnicas – por exemplo, tendo em mente que a identificação projetiva é apenas um aspecto do equilíbrio onipotente estabelecido por cada indivíduo a seu próprio modo, qualquer tentativa interpretativa, por parte do analista, de localizar e devolver ao paciente partes perdidas do *self* deve necessariamente encontrar resistência de toda a personalidade, uma vez que é sentida como uma ameaça ao equilíbrio global e como geradora de mais perturbação.

Esta nova abordagem da projeção modifica e amplia a concepção de transferência vigente até então entre os psicanalistas da época.

7.1 O Conceito de Transferência

Para Freud a transferência é um processo através do qual certas relações e acontecimentos do passado, com seus componentes afetivos, são repetidos em relação à figura do analista sob a influência do princípio de compulsão à repetição.

Freud descobriu a existência da transferência diretamente da observação clínica, onde percebeu que o paciente inevitavelmente repetia com o analista parte de seus relacionamentos anteriores. Só mais tarde é que ele começou a formular suas idéias sobre as relações de objeto.

Freud, em seu trabalho sobre as relações de objeto, apesar de enfatizar o objeto de pulsões, descreveu os vários estágios pelos quais a criança passa no curso de seu desenvolvimento. Ele presumia que nos estágios iniciais não havia relação emocional com objetos, apenas com o self, o que ele chamou de narcisismo primário. Pensava que só mais tarde é que o bebê começava a se relacionar com as pessoas externas a ele. A partir deste ponto de vista, descreveu como alguns indivíduos continuam a construir suas relações na base de um tipo narcísico de escolha do objeto. Discutiu como, por exemplo, na esquizofrenia, podia-se considerar que o paciente tinha regredido para um estágio narcísico sem objeto (1914). Freud enfatizou que, clinicamente, o que costumamos ver é o que chamava de “narcisismo secundário”, que é a introjeção do objeto no ego, que então fica identificado com ele. Descreveu primeiro este processo com relação à melancolia (1917), mas logo reconheceu que era um processo universal, que

construía o ego e o mundo interno de objetos, especialmente o superego. À medida que explorava essas idéias, principalmente depois de 1923, Freud tentava compreender porque os objetos introjetados, por exemplo pelo superego, eram aparentemente tão diferentes dos pais reais externos. Em toda esta discussão ele veio a perceber o importante significado dos impulsos e sentimentos da criança com relação aos pais, e como esses impulsos coloriam a imagem da criança e isto influenciava a natureza dos objetos que ele introjetava. Clinicamente ele não parece ter levado este raciocínio mais adiante.

Melanie Klein começou seu trabalho clínico com crianças tendo as teorias de Freud em mente, mas logo percebeu, a partir de suas observações no consultório, que estas não se ajustavam inteiramente às idéias de Freud (1923). Os principais pontos de diferença diziam respeito ao momento em que a criança relaciona-se com objetos, o início da formação do ego e, ligado a isso, a natureza de suas primeiras defesas. As descobertas de Klein ligavam-se não só ao significado da transferência, mas também à natureza dos processos envolvidos na transferência. Klein descobriu que a criança, ao contrário de *não* se relacionar emocionalmente com um objeto no início da vida, relaciona-se muito fortemente, embora de início de uma forma não integrada. Assim, o bebê vai se relacionando com a mãe, ou melhor, com a parte da mãe na qual tem interesse no momento, como um objeto bom ou ideal, se estiver num estado de espírito bom ou de contentamento; ou pode sentir a mãe como perigosa e persecutória, se estiver se sentindo frustrado ou com raiva. Nesse estágio inicial não integrado, a criança se

relaciona com partes de seus objetos, e seus sentimentos e ansiedades serão correspondentemente cindidos e absolutos.

Como já indicado, Freud acreditava que a criança, comparativamente mais tarde em seu desenvolvimento, introjetava em seu emprego objetos coloridos por seus próprios impulsos. Este processo, em que os impulsos do indivíduo com relação ao objeto ajudam a formar e moldar sua imagem do objeto, foi mais explorado por Klein e desempenhou um papel importante em suas formulações teóricas. Ela considerava que isto era um processo normal, inevitável, que se iniciava não mais tarde no desenvolvimento, mas no começo da vida – os impulsos que a criança sentia com relação a seu objeto eram projetados dentro deste e o objeto era então absorvido, introjetado já colorido por esses impulsos projetados. Ela considerava este processo de projeção e introjeção como básico a todos os processos correlatas e à construção do mundo interno de objetos e do ego e superego (1952). Assim, seu trabalho nesta área continuou o de Freud, localizando-o mais cedo na vida, aprofundando-o e ampliando-o.

Para Klein, a transferência é fruto da externalização de relações objetais internalizadas sob a pressão exercida pela ansiedade e, sua origem remonta aos mesmos processos que, no passado, iniciaram as relações objetais, ou seja, cisão e identificação projetiva. A questão essencial envolvida na transferência não é mais a relação passado/presente, mas aquela existente entre mundo interno e mundo externo. Desta forma pode-se dizer que a relação com os próprios pais já contém elementos de uma transferência. Isto porque a criança não

reage apenas aos pais reais tal qual ela os vivencia, mas sua percepção já está colorida por suas projeções e introjeções. O que está em jogo na transferência não são as imagens dos pais (ou de quaisquer objetos) como representativas de lembranças e vivências reais ocorridas no passado. Estas são, como sugere Laplanche “o depósito introjetado destas experiências, mas modificadas pelo próprio processo de introjeção” (Laplanche, 1983, p.)

Sumarizando sua concepção de transferência, Klein diz:

Por muitos anos – e, até certo ponto, isto é verdade ainda hoje – a transferência foi compreendida em termos de referências diretas ao analista, no material do paciente. Minha concepção de transferência, como algo enraizado nos estágios iniciais do desenvolvimento e nas camadas mais profundas do inconsciente, é muito mais ampla, envolvendo uma técnica através da qual, a partir da totalidade do material apresentado, são deduzidos os elementos inconscientes da transferência. Por exemplo, relatos de pacientes sobre suas vidas, relações e atividades cotidianas não só oferecem uma compreensão do funcionamento do ego, mas revelam igualmente as defesas contra a ansiedade suscitadas na situação de transferência, caso exploremos seu conteúdo inconsciente. O paciente está fadado a lidar com conflitos e ansiedades, revividos na relação com o analista, empregando os mesmos métodos a que recorreu no passado. Isto quer dizer que se afasta do analista como tentou afastar-se de seus objetos primários; tenta cindir a relação com eles, mantendo-os como figuras boas ou más; deflete alguns dos sentimentos e atitudes vividos em relação ao analista para outras pessoas em sua vida cotidiana, isto é parte da situação (Klein, 1952, p. 78).

Como já nos referimos, Melanie Klein introduz uma nova

abordagem da projeção ao mostrar que esta se dá para dentro do objeto e altera a identidade deste, que será explicitada em sua teoria da identificação projetiva em 1946. Esta implica numa ampliação do conceito de transferência e, por consequência, também do conceito de contratransferência. O analista deixa de ser encarado como um espelho sobre o qual o paciente projeta suas figuras internas, com as quais passa a interagir, para ser visto como um indivíduo que possui uma mente para dentro da qual são projetados sentimentos e/ou funções mentais. Ao projetar para dentro, o paciente está ativamente fazendo algo com a mente do analista e, ao fazê-lo, está comunicando algo a respeito do funcionamento de sua própria mente.

O encontro analítico passa a ser visto sobretudo como uma relação e um processo de comunicação que produz um impacto emocional mútuo independentemente da vontade do paciente ou do analista. A ênfase na experiência emocional que ocorre no encontro analítico através das identificações projetivas se torna parte integrante da atividade interpretativa. Esta idéia tem uma implicação importante tanto para a técnica como para a conceituação do que se passa num encontro analítico e implica numa re-definição dos conceitos de transferência e contratransferência.

Assim, as interpretações passam a versar não sobre a descrição da dinâmica intra-psíquica do paciente em si mesma, mas sobre a dinâmica da interação entre o analista e o paciente num nível intra-psíquico.

A implicação mais imediata das concepções kleinianas de transferência e identificação projetiva foi uma ênfase crescente na importância de

um respeito rigoroso do *setting* analítico, isto é, numa frequência de sessões nunca inferior a quatro por semana, na constância da duração destas sessões, na regularidade e estabilidade desses parâmetros e numa atitude de neutralidade benevolente e receptiva da parte do analista que nunca deve afastar-se deste papel dando conselhos, sugestões, fazendo críticas etc.

Esta concepção de transferência como algo enraizado nos processos iniciais do desenvolvimento e nas camadas mais profundas do inconsciente, assim como a nova abordagem da identificação projetiva como um processo através do qual o paciente “transfere” para dentro do analista parte de seu mundo interno, têm conseqüências profundas para a maneira de se interpretar.

Também já vimos que Klein considera que em toda relação estão presentes processos transferenciais. Entretanto, para que estes processos transferenciais possam ser observados, necessitamos que seja estabelecida uma situação analítica adequada, o que, por sua vez, só ocorrerá se analisarmos a transferência, isto é, se nossas intervenções se limitarem a interpretações analíticas. Para que tal ocorra é preciso que criemos condições para que se dê um conhecimento íntimo do paciente. Este conhecimento íntimo depende de uma observação cuidadosa das oscilações, de momento a momento, dos conflitos pulsionais ocorrendo no mundo interno e as vivências emocionais deles resultantes, assim como das defesas contra estas.

Ao se fixar o número de sessões em 4 ou 5, ou seja, o mais frequente possível, tendo em vista as limitações objetivas da vida do paciente e do analista, também está implicitamente sugerido ao paciente que para conhecê-lo

precisa-se ter um contato freqüente com ele, o que vai contra a idéia de um objeto idealizado (no caso, o analista) que sabe tudo e que pode produzir mudanças de forma mágica, o que, por sinal, é o desejo das partes infantis do paciente. De outro lado, também está sugerindo implicitamente que o paciente precisa ser ativo em seu processo de mudança, que a análise vai exigir dele uma grande participação em termos de vir às sessões e do tempo que a análise vai acabar ocupando em sua vida.

A freqüência também está relacionada à questão da tendência natural para se restabelecer o *status quo* na vida mental do paciente. Se as sessões são espaçadas, não temos muito como evitar que o *status quo* se restabeleça como fruto de uma reorganização defensiva. Sessões freqüentes por um lado atuam mais diretamente sobre esta estrutura defensiva, dificultando sua reorganização e, por outro, permitem o acesso a uma sucessão de processos defensivos que de outra maneira não seriam mobilizados e passariam despercebidos.

A técnica kleiniana tem se utilizado cada vez mais da contratransferência como instrumento de pesquisa sobre o mundo interno de seus pacientes. Concomitantemente, tem crescido uma preocupação com um uso mais cuidadoso da contratransferência. Segal, num comentário a uma apresentação realizada na Sociedade Britânica, expressou esta preocupação advertindo para o fato de que não pode-se elaborar uma interpretação simplesmente com base no que estamos sentindo. A seu ver, para a contratransferência ser adequadamente usada, seria necessário que o analista fosse capaz de explicitar para si mesmo de que maneira o paciente estava contribuindo para a produção daqueles sentimentos

e poder traduzir para o paciente, sob a forma de uma interpretação, a contratransferência, estruturada com base numa identificação projetiva.

A atividade interpretativa se baseia, portanto, num acompanhamento minucioso dos movimentos que estão ocorrendo na relação transferencial, de uma maneira que o analista possa entendê-los e relacioná-los à experiência emocional do paciente. Os seguidores de Klein – Segal, Bick, Spillius, Rosenfeld, Joseph, Meltzer – procuram evitar fazer interpretações que descrevam como o paciente é, ao invés de como ele está sendo naquele momento. Pensam os kleinianos, hoje, que se o analista não se dirigir à experiência emocional disponível do paciente poderá estar certo quanto ao material interpretado mas poderá, por sua vez, não vir a estabelecer qualquer comunicação com o paciente.

A função da interpretação, e portanto o objetivo do processo analítico, é o de promover a integração de partes perdidas do ego, em consequência do uso das defesas denominadas cisão e identificação projetiva. Esta integração leva a um fortalecimento do ego e, conseqüentemente, a uma maior capacidade de tolerar emoções e fazer face a conflitos internos e externos, criando condições para uma vida emocional e intelectual mais profunda.

Mudar, como resultado de uma maior integração do ego está intimamente associado à liberação da capacidade de fantasia, permitindo, desta forma, maior fluidez entre o mundo consciente e inconsciente, o que, por sua vez, incrementa a capacidade de simbolização e, portanto, de comunicação verbal. Este processo leva a uma maior capacidade de pensar a experiência emocional e permite o estabelecimento de relações emocionais íntimas entre as pessoas. Para

Klein e seguidores, o significado da vida mental é dado pela experiência emocional por si só. O núcleo da relação íntima entre as pessoas é constituído pelas trocas emocionais que ocorrem entre elas.

Assim, o objetivo do processo analítico é promover a capacidade de pensar sobretudo a experiência emocional, de maneira a estabelecer relações íntimas e profundas entre as pessoas.

Desta forma, entramos em contato com mais um dos objetivos do processo analítico o de permitir e de promover a internalização de um objeto capaz de pensar a experiência emocional, dando significado a esta. Ser capaz de dar significado às próprias experiências emocionais é considerado um dos requisitos básicos da saúde mental e do crescimento.

Em um texto inédito escrito já em 1943 por Melanie Klein, encontramos seus primeiros registros em relação ao conceito de transferência:

Em minha experiência, a situação transferencial permeia toda a vida real do paciente, durante a análise. Quando se estabelece a situação analítica, o analista toma lugar dos objetos originais e o paciente, como sabemos, lida novamente com os sentimentos e conflitos, que estão sendo revividos, com as mesmas defesas que usou na situação original. Assim, ao repetir, em relação ao analista, alguns de seus primeiro sentimentos, fantasias e desejos sexuais, ele desloca outros tantos do analista para diferentes pessoas ou situações. O resultado disto é que os fenômenos transferenciais estão sendo em parte desviados da análise. Em outras palavras, o paciente está “atuando” parte de seus sentimentos transferenciais numa situação diferente, externa à análise. (Klein, 1943, apud. Barros, 1989, p. 50)

Comenta ainda que em seu modo de ver, o que o paciente conscientemente mostra ou expressa sobre sua relação com o analista é apenas uma pequena parte dos sentimentos, pensamentos e fantasias que experimenta em relação ao analista. Estes devem, portanto, ser desvelados no material inconsciente do paciente, pelo analista, que acompanha pela interpretação, as muitas maneiras de escapar do conflitos revividos na situação transferencial. Através desta utilização ampliada da situação transferencial, o analista se dá conta de que está desempenhando uma variedade de papéis na mente do paciente, e que ele não está só representando pessoas reais do presente e do passado do paciente, mas também os objetos que o paciente internalizou desde seus primeiros dias de vida.

Continua Klein:

Se, durante o curso da análise, formos constantemente guiados pela situação transferencial, estaremos seguros de não negligenciar as experiências reais do presente e do passado do paciente, pois elas são vistas repetidamente por meio da situação transferencial.

Desde o interjogo entre realidade e fantasia e, assim, entre consciente e inconsciente, seja consistentemente interpretado, a situação e os sentimentos transferenciais não ficarão pouco nítidos nem obscuros. Esta interação constante entre processos conscientes e inconscientes, entre produtos da fantasia e percepção da realidade, encontra plena expressão completa na situação transferencial. Então vemos, em certos estágios da análise, como o foco se desloca das experiências reais para situações de fantasias e para situações internas – com isso quero dizer o mundo de objetos sentido pelo paciente como estabelecido no seu interior – e novamente de volta para situações externas, que mais tarde podem aparecer como um aspecto realista ou fantasioso. Este movimento para dentro e para fora está relacionado com o intercâmbio de figuras, reais

fantasiadas, externas e internas, que o analista representa (Klein, 1943, apud. Barros, 1989, p. 50-51).

Klein enfatiza neste artigo outro aspecto da situação transferencial de grande relevância, quando alega que as figuras que o analista vem a representar na mente do paciente sempre pertencem a “situações” específicas e é só levando em consideração essas situações que podemos compreender a natureza e o conteúdo dos sentimentos transferidos para o analista. Isto significa que devemos compreender o que a análise inconscientemente representa na mente do paciente, em cada momento específico, a fim descobrir as fantasias e desejos associados com aquelas situações iniciais – que sempre contêm elementos tanto de realidade como de fantasia – que forneceram o padrão para as situações posteriores.

Além disso, é da natureza dessas “situações” específicas, que na mente do paciente, outras pessoas, além do analista, estejam incluídas na situação transferencial. Isto é, não se trata apenas de uma relação biunívoca entre paciente e analista, mas de algo muito mais complexo. Por exemplo, o paciente pode sentir desejos sexuais pelo analista, o que, por sua vez, provoca ciúme e ódio em relação a uma outra pessoa ligada ao analista (outro paciente, alguém da casa do analista, alguém encontrado no caminho da análise etc.), que, na fantasia do paciente, representa um rival favorecido. Assim, descobrimos as maneiras pelas quais as primeiras relações objetais, emoções e conflitos do paciente, moldaram e coloriram o desenvolvimento de seu conflito edipiano e elucidamos as várias situações e relações da história do paciente, a partir das quais se desenvolveram

sua sexualidade, seus sintomas, seu caráter e suas atitudes emocionais.

O que quero enfatizar aqui é que, mantendo essas duas coisas juntas na transferência – sentimento e fantasias de um lado, e situações específicas do outro – é que somos capazes de mostrar ao paciente como ele desenvolveu os padrões específicos de suas experiências. (Klein, 1943, apud. Barros, 1989, p. 52).

Em 1952, surge o artigo *As origens da transferência*; este é o único artigo oficial de Melanie Klein sobre o tema da transferência e reúne diversas idéias que ela, com frequência, expressava e ilustrava clinicamente em seus escritos. Sua concepção de transferência é rica, envolvendo o que ela chama de “situações totais”. No seu modo de ver, as interpretações deveriam abarcar tanto as relações de objeto iniciais que são revividas e evoluem ainda mais na transferência, como os elementos inconscientes nas experiências da vida corrente do paciente.

De uma forma ou de outra, a transferência opera ao longo de toda a vida e influencia todas as relações humanas, mas, aqui, estou preocupada apenas com as manifestações da transferência na psicanálise. É característico do procedimento psicanalítico que, na medida em que ele começa a abrir caminho dentro do inconsciente do paciente, seu passado (em seus aspectos conscientes e inconscientes) vá sendo gradualmente revivido. Desse modo, sua tendência em transferir suas primitivas experiências, relações de objeto e emoções é reforçada, e elas passam a localizar-se no psicanalista. Disso decorre que o paciente lida com os conflitos e ansiedades que foram reativados, recorrendo aos mesmos mecanismos e mesmas defesas, como em situações anteriores.

Segue-se daí que, quanto mais profundamente conseguirmos penetrar dentro do inconsciente e quanto mais longe no passado pudermos levar a análise, maior será nossa compreensão da transferência (Klein, 1952, p. 71).

Neste texto Klein faz um breve resumo de suas conclusões relativas aos estágios mais iniciais do desenvolvimento, discorre sobre a primeira forma de ansiedade que é de natureza persecutória, sobre os impulsos destrutivos dirigidos contra o objeto que originam os processos primários de projeção e introjeção

Ao falar de “forças”, estou empregando uma palavra um tanto adulta para aquilo que o bebê concebe vagamente como objetos, sejam eles bons ou maus. O bebê dirige seus sentimentos de gratificação e amor para o seio “bom” e seus impulsos destrutivos e sentimentos de perseguição para aquilo que sente como frustrador, isto é, o seio “mau”. Nesse estágio, os processos de cisão estão em seu ponto mais alto, e o amor e o ódio, bem como os aspectos bons e maus do seio, são mantidos amplamente separados um do outro. A relativa segurança do bebê baseia-se em transformar o objeto bom em objeto ideal, como sendo uma proteção contra o objeto perigoso e persecutório. Esses processos – isto é, cisão, negação, onipotência e idealização – são predominantes durante os três ou quatro primeiros meses de vida (o que denominei “posição esquizo-paranóide”, 1946). Dessa forma, em um estágio muito inicial, a ansiedade persecutória e seu corolário, a idealização, influenciam fundamentalmente as relações de objeto (Klein, 1952, p. 72).

Os processos primários de projeção e introjeção, estando inextricavelmente ligados com as emoções e ansiedades do bebê, iniciam as

relações de objeto: pela projeção, isto é, pela deflexão da libido e da agressão em direção ao seio da mãe, fica estabelecida a base para as relações de objeto; pela introjeção do objeto, em primeiro lugar o seio, as relações com os objetos internos passam a existir. Klein faz uso do termo “relações de objeto” e baseia-se na asserção de que o bebê, desde o início da vida pós-natal, tem com a mãe uma relação (se bem que centrada primariamente em seu seio) imbuída dos elementos fundamentais de uma relação de objeto, isto é, amor, ódio, fantasias, ansiedades e defesas.

É próprio da vida emocional da vida do bebê que haja rápidas flutuações entre amor e ódio; entre situações externas e internas; entre a percepção da realidade e fantasias sobre ela; e, conseqüentemente, um interjogo entre a ansiedade persecutória e a idealização – ambas referindo-se a objetos internos e externos, sendo o objeto idealizado um corolário do objeto persecutório, extremamente mau.

A crescente capacidade do ego de integração e síntese leva cada vez mais, mesmo durante esses primeiros meses, a estados em que o amor e o ódio e, correspondentemente, aspectos bons e maus dos objetos são sintetizados (Klein, 1952, p. 73).

E disso dá origem à segunda forma de ansiedade – a ansiedade depressiva – , pois os impulsos e os desejos agressivos do bebê, dirigidos ao seio mau (mãe), são sentidos agora como perigosos também para o seio bom (mãe). Entre o quarto e o sexto mês essas emoções são reforçadas, pois, nesse estágio, o bebê percebe e introjeta cada vez mais a mãe como uma pessoa. A ansiedade depressiva é intensificada, pois o bebê sente que destruiu ou está destruindo um

objeto inteiro com sua voracidade e agressão incontroláveis. Além do mais, devido à síntese crescente de suas emoções, ele agora sente que esses impulsos destrutivos são dirigidos contra uma pessoa amada. Processos semelhantes se dão ao pai e a outros membros da família. Essas ansiedades e correspondentes defesas constituem a “posição depressiva”, que chega a um clímax por volta dos seis meses e cuja essência é a ansiedade e a culpa relativas à destruição e perda dos objetos amados internos e externos.

É nesse estágio, e ligado à posição depressiva, que se instala o complexo de Édipo. A ansiedade e a culpa acrescentam um poderoso impulso em direção ao início do complexo de Édipo, pois elas aumentam a necessidade e externalizar (projetar) figuras más e de internalizar (introjetar) figuras boas; de ligar desejos, amor, sentimentos de culpa e tendências reparadoras a alguns objetos, e ódio e ansiedade a outros; de encontrar representantes de figuras internas no mundo externo. Entretanto, não é apenas a procura de novos objetos que domina as necessidades do bebê, mas também o impulso em direção aos novos alvos: afastando-se do seio em direção ao pênis, isto é, dos desejos orais em direção aos desejos genitais. Muitos fatores contribuem para esses desenvolvimentos: o impulsionamento da libido, a crescente integração do ego, das habilidades físicas e mentais e a adaptação progressiva ao mundo externo. Essas tendências estão ligadas ao processo de formação de símbolos, o qual capacita a criança a transferir não somente interesse, mas também emoções e fantasias, ansiedade e culpa, de um objeto para outro (Klein, 1952, p. 73).

Na conclusão do artigo sustenta que a transferência origina-se dos mesmos processos que nos estágios mais iniciais determinam as relações de objeto e que a análise favorece repetidamente às oscilações entre os objetos

amados e odiados, externos e internos que dominam o início da infância e que afloram na relação transferencial.

Desde então o tema da transferência ganhou novo colorido e importância para o vínculo entre paciente e analista, este passa a estar dentro do paciente, que se torna também responsável em desenvolver este novo objeto introjetado que tem função de pensar e sentir intimamente esta relação.

Ainda quanto ao tema da transferência, faz-se interessante observar o artigo publicado em 1985 por Betty Joseph, *Transferência: situação total* onde discute o emprego desse conceito no trabalho clínico enfatizando a idéia da transferência como uma estrutura na qual algo está sempre acontecendo, onde há sempre movimento e atividade.

Retoma esse conceito dizendo que as idéias de Freud se desenvolveram desde ver a transferência como um obstáculo até vê-la como uma ferramenta essencial do processo analítico, ao observar como as relações do paciente com seus objetos originais eram transferidas, com toda sua riqueza, para a pessoa do analista.

A autora diz que Strachey (1934), usando as descobertas de Melanie Klein sobre a maneira pela qual projeção e introjeção constroem e colorem os objetos internos do indivíduo, mostrou que o que está sendo transferido não são, essencialmente, os objetos externos do passado da criança, mas os objetos internos, e que a maneira pela qual esses objetos são construídos nos ajuda a compreender como o passado analítico pode produzir mudança.

Melanie Klein, através de seu contínuo trabalho sobre relações

objetais arcaicas e mecanismos mentais arcaicos, talvez especialmente a identificação projetiva, ampliou a compreensão sobre a natureza da transferência e o processo de transferir. Em seu artigo *As origens da transferência* ela escreveu: “Minha experiência que, para se esclarecer os detalhes da transferência, é essencial que se pense em termos de *situações totais* transferidas do passado para o presente, bem como em termos de emoções, defesas e relações objetais” (Klein, 1952, p. 78).

Klein passou então a descrever como, durante muitos anos, a transferência havia sido compreendida em termos de referência diretas ao analista, e como somente mais tarde percebeu-se que, por exemplo, coisas como relato da vida cotidiana, etc., davam uma pistas para as ansiedades inconscientes estimuladas na situação transferencial.

Diz a autora,

Parece-me que a noção de situações totais é fundamental para nossa compreensão e utilização da transferência hoje em dia, e é isso que eu quero explorar mais. Por definição, deve incluir tudo o que o paciente traz para a relação. O que ele traz pode ser melhor aferido pela focalização de nossa atenção naquilo que está acontecendo dentro da relação, como ele está usando o analista, ao lado e além daquilo que ele está falando. Muito da compreensão da transferência surge através da compreensão de como pacientes agem sobre nós para que sintamos coisas pelos mais variados motivos: como eles tentam nos atrair para dentro de seus sistemas defensivos; como atuam act out inconscientemente conosco na transferência, tentando fazer com que atuemos com eles; como transmitem aspectos de seu mundo anterior, desenvolvidos desde a infância – elaborados na vida infantil e adulta, experiências muitas vezes

para além da utilização de palavras, que freqüentemente só podemos apreender através dos sentimentos provocados em nós, através de nossa contratransferência, usada no sentido amplo da palavra (Joseph, 1985, p. 77).

Para Joseph a contratransferência vai além de uma ferramenta essencial do processo analítico; mais do que isso, poder reconhecer a noção do analista ser usado e de que algo está constantemente acontecendo. Por exemplo, que movimento e mudança são aspectos essenciais da transferência – de tal forma que nenhuma interpretação pode ser vista como uma pura interpretação ou uma explicação, mas como algo que deve ressoar no paciente de uma forma que é específica dele e de sua maneira de funcionar; que o nível no qual o paciente está funcionando num dado momento e a natureza de seus ansiedades podem ser melhor aferidos pela tentativa de se perceber como a transferência está sendo ativamente utilizada; que movimentos se tornam visíveis na transferência são parte essencial daquilo que deveria, por fim, levar a uma real mudança psíquica. Tais pontos emergem mais claramente se nós estivermos pensando em termos de situações totais sendo transferidas.

Outra contribuição para melhor entendimento do conceito de transferência é de Ruth Riesenbergl Malcolm quando afirma que o processo analítico é um processo de comunicação. O paciente comunica o seu mundo psíquico ao analista, experienciando-o e re-vivendo-o na transferência. O analista comunica ao paciente sua compreensão desta relação – isto é, interpreta a própria relação com o objetivo de promover uma mudança psíquica. A transferência é uma relação emocional do paciente com o analista, vivida no presente, no que é

geralmente chamado de “aqui-e-agora” da situação analítica. É a expressão do passado do paciente em suas múltiplas transformações

Quero ressaltar os seguintes pontos: (1) que interpretando a transferência o analista está simultaneamente interpretando o passado e presente; (2) que a gênese e a resolução dos conflitos do paciente só podem ser alcançadas e conseguidas interpretando-se o relacionamento do paciente com o analista e (3) que as chamadas “interpretações genéticas”, isto é, interpretações que se referem à história passada do paciente, não são o objetivo do trabalho analítico, mas têm função de dar ao paciente um sentido de continuidade em sua vida. (Malcolm, 1986, p. 89).

Vamos primeiro focalizar brevemente o que é que está sendo “transferido” na transferência. Strachey descreveu claramente como “o neurótico” tende a repetir com cada pessoa seus antigos padrões de relacionamento com objetos e como a situação analítica, devido ao comportamento específico do analista, facilita esta repetição bem como sua compreensão.

As relações objetais internas – isto é, o mundo interno do paciente – consistem predominantemente de relações com objetos arcaicos que, por diferentes motivos, não se desenvolveram. Estes objetos arcaicos são objetos para dentro dos quais, na infância e na meninice, a criança projetou grandes partes de si própria e depois introjetou-as. Portanto, eles não correspondem necessariamente aos objetos externos originais, nem se assemelham muito a eles. Por causa dessas projeções os objetos internos estão distorcidos. O paciente continua a se relacionar com eles de maneira semelhante à da infância – isto é, são geralmente percebidos como perigosos e hostis. O paciente sente ansiedade, contra a qual usa padrões defensivos, e o analista será percebido da mesma maneira que

esses objetos e suas reações para com o analista se darão de acordo com isto (Malcolm, 1986, p. 90).

Joseph amplia e depura nossa compreensão da transferência. Diz ela

transferência deve, por definição, incluir tudo o que o paciente traz para a relação. O que ele traz pode ser avaliado mais adequadamente se focalizarmos nossa atenção no que acontece dentro da relação e como ele está usando o analista ao lado e além do que ele está dizendo (Joseph, 1983,p. 78).

Diz Malcolm que escolheu esta citação do artigo de Joseph porque ela expressa, em sua opinião, qual deve ser o centro da interpretação – isto é, a relação imediata entre analista e paciente, com suas expressões verbais e não verbais. Isto significa que o conhecimento da “identificação projetiva” é fundamental para a compreensão do material analítico. Identificação projetiva é uma fantasia inconsciente através da qual a pessoa projeta partes de si mesma dentro de seu objeto, que é então percebido de forma alterada, afetado pelo que foi projetado. Mas qualquer que seja a razão para este mecanismo, ele nem sempre contém elementos de comunicação, e às vezes é usado especificamente para comunicar alguma coisa que não pode se expressar de outra forma, talvez por ter ocorrido antes de a linguagem ter se estabelecido, ou talvez por se referir a sentimentos sem nome, ou talvez por repetir uma experiência do início da infância.

Ao focalizarmos o que se passa numa relação estamos,

naturalmente, nos referindo aos dois lados desta relação. As reações do analista às comunicações do paciente contribuem para a compreensão que tem deste.

Nem só através de palavras o paciente se expressa. Ele também usa reações e, às vezes, palavras e ações. O analista ouve, observa e sente as comunicações do paciente. Ele afere suas próprias respostas ao paciente, procurando compreender o efeito que o comportamento do paciente tem sobre ele e entende isto como uma comunicação do paciente (enquanto se mantém atento quanto às respostas que vêm de sua própria personalidade). É isto, apreendido em sua totalidade, que é apresentado ao paciente como uma interpretação.

Comenta a autora que o paciente ouve o que é dito de (pelo menos) duas formas. Se a coisa faz sentido para ele, pode sentir alívio e pensar sobre ela. Mas, ao mesmo tempo, a interpretação infere com sua forma habitual de reagir e isto tanto pode afrouxar as defesas como promover um comportamento mais defensivo. Estes movimentos contínuos no contato do paciente com o analista – movimentos provocados pelas interpretações – revelam na análise, pouco a pouco, a estrutura defensiva do paciente, analista e paciente, podem perceber como essas defesas foram construídas e afetaram suas reações e seus objetos.

O analista compreende a relação atual que o paciente tem com ele como uma função do passado. Assim, sua compreensão do presente é a compreensão do passado do paciente tornado vivo e atual.

As mudanças promovidas por interpretações da transferência resultam em mudanças na relação do paciente com seus objetos internos e sua

visão de sua família de origem muitas vezes emerge com maior clareza e realismo.

Interpretando assim, tentamos caminhar em direção a uma consciência emocional no paciente, que ressoe de tal forma que ele possa sentir e compreender nossa visão do que está acontecendo. É somente quando isto acontece que a ligação com o passado se torna significativa e importante. Estou falando de interpretar o passado no presente e de integrar este passado vivo na transferência com o passado histórico inferido (Malcolm, 1986, p. 93).

7.2 O Conceito de Contratransferência

A contratransferência passou por uma notável transformação na década de 50. Embora muitos autores, reconhecessem a influência recíproca entre analista e paciente, o conceito de contratransferência ficou relegado a um plano secundário, pois era pensada essencialmente como uma perturbação pessoal do analista a ser eliminada através de análise e esperou cerca de quarenta anos para ressurgir, com nova conceituação pelos trabalhos de P. Heimann (1950) e Racker (1952), os quais propuseram a transformação dos sentimentos contratransferenciais em instrumentos de pesquisa da personalidade do paciente. Esta sugestão surge da incorporação à psicanálise do conceito de identificação projetiva e da teoria das relações objetais, tornando-se um conceito central da técnica psicanalítica

O objetivo da análise do próprio analista não é transformá-lo em um cérebro mecânico que pode produzir interpretações com base em um procedimento puramente intelectual, mas sim capacitá-lo a suportar seus sentimentos, em vez de descarregá-los de modo semelhante ao paciente (Heimann, 1960, p. 9-10).

Sua tese principal era de que

Comparando os sentimentos despertados em si próprio com o conteúdo das associações do paciente e as qualidades de seu estado de espírito e comportamento, o analista tem meios para conferir se entendeu ou fracassou em entender seu paciente (Heimann, 1960, p. 10).

Porém, foi Money-Kyrle quem ampliou consideravelmente a compreensão a respeito do conceito de contratransferência. Mostra como a experiência do analista com as projeções do paciente podem estar intimamente ligadas com as próprias reações internas do analista a esse material. Ele mostrou, por exemplo, que numa fase difícil de uma análise a projeção para dentro do analista, do *self* incompetente do paciente misturou-se com os próprios sentimentos de incompetência profissional do analista por não compreender o material suficientemente depressa, e estas questões tiveram que ser desenredadas.

Money-Kyrle, ao investigar estes problemas em suas manifestações mais comuns, afirmou

Se, de fato, o analista está perturbado (e aqui isto significa que o analista está inevitavelmente perturbado, no sentido afetado), é também provável que o paciente tenha inconscientemente contribuído para isso e fica, por

sua vez, perturbado com isso. Assim, temos três fatores a considerar: primeiro, a perturbação emocional do analista, pois ele pode ter que lidar com isto silenciosamente em si mesmo, antes de poder distanciar-se suficientemente para compreender os outros dois fatores que são quais as partes do paciente que trazem isto à baila e, finalmente seu efeito sobre ele. De fato, todos esses fatores podem ser esclarecidos numa questão de segundos, e então realmente a contratransferência está funcionando como um delicado aparelho receptor (Money-Kyrle, 1985, p. 35).

Na verdade, é impossível acolher a experiência do paciente sem também passar por uma experiência. Se existe uma boca que procura um seio, como um potencial inato, existe um equivalente psicológico, isto é, um estado mental que procura um outro estado mental.

As identificações projetivas da criança ou do paciente são ações que têm o propósito de, em parte, produzir reações; a primeira coisa que acontece dentro de um objeto vivo dentro do qual se faz uma projeção é uma reação. O analista pode lidar com isto tão depressa que nem se torna consciente disto; ainda assim, trata-se de um fator crucial. O encontro é uma interação e, de fato, se se lida com isto tão depressa pode se perguntar se uma experiência mais profunda não esta, na verdade, sendo evitada.

A menos que se acredite que a função psicanalítica se dá numa zona autônoma do ego livre de conflitos, tem-se que levar em conta os problemas envolvidos não só em digerir as projeções do paciente, mas também em assimilar próprias respostas do analista, de modo que elas podem ser submetidas a um escrutínio. O analista, como o paciente, deseja eliminar o desconforto bem como comunicar e partilhar experiências; são reações humanas comuns.

Money-Kyrle, ao falar da função analítica, enfatiza não só a curiosidade sublimada por parte do analista, mas a sua função reparadora e parental. Em sua opinião, quando da fase projetiva da interpretação, o analista cuida também de uma parte imatura do *self*, que precisa ser protegida de uma parte sádica. Quando mostramos ao paciente que ele se torna sádico ao se sentir negligenciado ou que ele se identifica com o objeto negligenciado e não consegue perceber um *self* infantil carente, creio que, saibamos ou não, a interpretação conterà alguma projeção de nosso próprio desejo de proteger o bebê da parte sádica. A preocupação com essas coisas se reflete na manutenção um *setting* cuidadoso.

Em parte, o paciente procura por uma resposta encorajadora e, em parte, o analista tem o impulso de encorajar e um pouco disso será expresso na interpretação. Isto pode variar desde uma indulgência implícita, acariciando o paciente com palavras, até respostas tão hostis ou distantes que parecem significar que a carência da experiência que o paciente lamenta não tem importância alguma; uma afirmação de que uma experiência mecânica de objeto parcial é tudo o que é necessário.

Porém, uma interpretação e o ato de dar uma interpretação não são uma seleção parcial de um número de palavras, mas um ato criativo e integrador por parte do analista. Incluirão uma comunicação não verbal e, em parte, inconsciente sobre o que vem acontecendo e como vem acontecendo, bem como informações sobre o que não vem acontecendo (Money-Kyrle, 1985, p. 39).

Ao receber uma interpretação, o paciente vai “ouvir” não só palavras ou seu significado conscientemente pretendido. Na verdade, alguns

pacientes ouvem apenas a melodia e parecem não ouvir absolutamente as palavras. Betty Joseph, mostrou claramente como podemos ser enganados pelas palavras do paciente; a melodia e a atmosfera da comunicação podem ser mais importantes. O paciente pode funcionar no mesmo canal, ouvir o discurso do analista da mesma maneira. Suas percepções podem estar consideravelmente dominadas por suas fantasias e configurações internas, Klein afirma que

Na mente da criança pequena toda experiência externa está entrelaçada com suas fantasias e toda fantasia contém elementos da experiência real e é só analisando profundamente a situação transferencial que podemos descobrir o passado tanto em seus aspectos realísticos como fantasiados (Klein, 1952, p. 437).

Inevitavelmente, o paciente também vai formar, consciente e inconscientemente, alguma idéia do analista como uma pessoa real. Quando se fala da mãe dando o seio ao bebê, não se refere a uma simples relação seio-boca; mas há o reconhecimento que o bebê assimila uma penumbra de experiência. Há sempre alguma coisa que excede o processo real

Para encaminhar a questão de como o analista aparece no mundo interno do paciente, não basta que nos movamos para o mundo interno esquizo-paranóide do paciente; precisamos também de alguma flexibilidade para tolerar as tensões entre nossos próprios sentimentos e impulsos, conscientes e inconscientes em relação ao paciente (Money-Kyrle, 1985, p. 41).

A essência da análise é a projeção constante do paciente dentro

do analista; cada interpretação busca uma mudança da posição esquizo-paranóide para a depressiva. Isto é válido não só para o paciente, mas também para o analista, que precisa sempre regredir e elaborar. A verdadeira questão da interpretação superficial versus a profunda não reside, não tanto em termos do nível em que foi apresentada, mas na medida em que o analista elaborou internamente o processo no ato de dar a interpretação.

O autor tenta mostrar com diversos exemplos que esse assunto não é simples; o paciente simplesmente não só projeta dentro do analista partes dele e de seus objetos internos, mas, na verdade, pode projetar dentro de *aspectos específicos* do analista. O grau em que um analista é emocionalmente perturbado provavelmente depende da severidade de seu próprio superego. Se o superego do analista é predominantemente amigável, ele pode tolerar suas limitações sem sofrimento indevido e mais rápido recuperar o contato com o paciente. Se o superego é severo pode ficar com uma sensação de fracasso ou de uma culpa inconsciente persecutória ou depressiva. Ou, como defesa contra tais sentimentos pode culpar o paciente

Tentei mostrar que, para o analista, esta é uma experiência poderosa. Sugerir que não somos afetados pelo poder de destruição do paciente ou por seus penosos esforços para nos atingir, representaria não neutralidade, mas hipocrisia ou insensibilidade. Minha questão é como o analista se permite viver essa experiência, e como faz para elaborá-la, formulá-la e comunicá-la sob a forma de interpretação (Money-Kyrle, 1985, p. 44).

8. O VÍNCULO TRANSFERENCIAL EM BION

A personalidade psicanalítica de Wilfred Ruprecht Bion é tão invulgar e de tal envergadura que para penetrarmos no espírito de sua obra, é necessário conhecermos as influências sobre a sua pessoa e sobre sua formação profissional, provindas de diversas fontes humanísticas e científicas.

Bion nasceu na Índia, em 1897, pela circunstância de que o seu pai, na condição de engenheiro do serviço público inglês, prestava um serviço de irrigação para o governo indiano. Perto dos oito anos foi sozinho para Londres, a fim de iniciar a sua formação escolar. Em Londres, ele completou sua titulação acadêmica, tendo se formado em medicina e posteriormente fez a sua formação psiquiátrica e psicanalítica.

O próprio Bion descreve as dificuldades que encontrou no seu ambiente familiar

Minha mãe nos botava um pouco de medo. Quando menos não fosse, pelo fato de que ela podia morrer – ela era muito velha...O colo dela era esquisito: quando ela nos pegava, ficava quentinho, seguro e confortável. Então, de repente ele ficava frio e aterrorizador. (Bion, apud. Zimeran, 1995, p. 5)

Já o pai é retratado por Bion como uma pessoa que impunha uma imagem idealizada dele próprio, ao mesmo tempo que ele se irritava profundamente com tudo que ameaçasse a essa sua imagem ilusória. Tinha uma única irmã, de nome Edna, nascida pouco tempo depois dele, e com quem brigava

muito. Em relação a sua família – no sentido genérico – Bion em algumas oportunidades referiu-se a ela como sendo “um conjunto de amalucados”(Bion, apud. Zimmerman, 1995, p. 7).

Bion reconhece que da sua experiência na Índia recebeu influência da cultura oriental hinduísta, a qual contribuiu com um sistema de ensino baseado no uso de paradoxos, de contradições e da ilógica, com o objetivo de romper o ciclo unicamente lógico e sensorial da mente, desenvolvendo ainda uma forma de pensar com matizes místicas.

Teve uma impressionante formação humanística na Inglaterra, cabendo mencionar que estudou História Moderna, em profundidade; obteve licenciatura em Letras, com distinção; fez avançados estudos em Filosofia e Teologia; tinha conhecimentos em Linguística e de línguas grega e latina; amante da literatura clássica, como Shakespeare e outros; foi um destacado atleta em esportes universitários, tendo ganho várias medalhas de campeão; graduou-se médico com 33 anos, e obteve uma medalha de ouro em cirurgia; mais tarde especializou-se em psiquiatria, que exerceu na Tavistock Clinic e no exército britânico, onde se alistou voluntariamente e participou ativamente de operações militares no campo de combate, tendo ganho uma importante medalha como reconhecimento por atos de bravura.

Bion surpreende o leitor quando confessa que a medalha D.O.S. (*Distinguished Service Order*) que ele recebeu do governo britânico, como herói da 1ª Guerra, lhe teria sido imerecidamente outorgada, o seu ato de bravura não teria sido mais do que um erro na condução de seu tanque blindado, erro este que

acabou dando certo e que possibilitou a salvação da vida dele e dos seu companheiros. Ademais, ele nunca se perdoou por ter participado dos horrores da guerra e rotulou a medalha como sendo sua *marca de vergonha*.

Quanto a sua identidade psicanalítica, incorporou uma importante dupla parental, dedicado estudioso de Freud e brilhante discípulo de M. Klein, inclusive sendo analisado por ela por um período de oito anos, ao mesmo tempo que retomou sua formação no Instituto de Psicanálise de Londres.

Em 1968, a convite, radicou-se em Los Angeles, onde viveu e trabalhou o resto de sua vida, tendo feito visitas científicas a Buenos Aires e, por quatro vezes, ao Brasil, “onde plantou sementes que continuam germinando e fecundando com muita vitalidade” (Zimerman, 1999, p. 60).

Em novembro de 1979, em meio a uma viagem de saudosismo à Inglaterra, de onde estava afastado há 11 anos, Bion veio a falecer após algumas poucas semanas de evolução de uma leucemia mielóide aguda, em Oxford, aos 82 anos de idade.

Bion foi uma personalidade incomum, sendo que a originalidade e o alcance de suas postulações, paradoxos e reflexões provocaram um profundo impacto nos psicanalistas, de tal sorte que ele pode ser considerado legitimamente como um dos inovadores da prática psicanalítica. Bion encantou a muitos e decepcionou a outros, sendo a um só tempo irritante e instigante, complexo e fascinante em suas comunicações. No entanto, dentre os que o assistiram, a ninguém ele foi indiferente; pelo contrário sempre gerou frutíferas polêmicas.

Certa vez iniciou uma conferência dizendo: “estou curioso para saber o que vou dizer essa noite”(Bion, 1973, p. 73).

Poderia parecer uma brincadeira de Bion, mas não era; pelo contrário ele demonstrava como construía o seu pensamento de uma forma livre e sem a saturação de sua mente por conceitos já firmemente estabelecidos (Zimmerman, 1995, p. 10).

A obra de Bion não segue uma clara evolução linear e sequencialmente continuada; pelo contrário, ela é cheia de avanços, recuos, superposições, mutações e, principalmente, de profundas mudanças de estilo. Não obstante isso, ele mantém uma unidade conceitual, sendo possível traçar um esquema simplificador da trajetória de suas idéias em quatro décadas distintas: a de 40, dedicada aos seus experimentos com *grupos*; a de 50, inspirado pelas observações dos mecanismos psicóticos, tal como M. Klein postulava. Ele trabalhou intensamente com pacientes em *estados psicóticos*, com os quais se interessou, sobretudo, pelos distúrbios da linguagem, pensamento, conhecimento e comunicação; os anos 60 ele aprofundou esses estudos, de modo que essa década, reconhecida como a mais rica, original e produtiva, pode ser chamada como de *epistemológica*; a década de 70, por sua vez, é considerada a de predominância *mística*, quanto mais pressentia o término de sua vida, mais seus escritos se centravam nos problemas relativos ao tempo e à morte em busca da “realidade última”.

Essas informações a respeito da vida e obra desse autor tem a função de facilitar ao leitor o ingresso na produção teórica de Bion, já que fora do

meio psicanalítico suas idéias são pouco conhecidas e divulgadas. Outra observação é de que seus trabalhos só podem ser entendidos a partir do vértice de que toda a sua obra baseia-se na experiência emocional que ocorreu na *prática* da situação psicanalítica, a qual, como ele nunca cansou de ressaltar, é sempre de natureza vincular.

Bion sempre revelou uma preocupação básica em relação à comunicação dos seus escritos, a necessidade de que os mesmos transcendessem o plano de uma mera sensorialidade e que, ao mesmo tempo, pudessem transmitir uma compreensão emocionalizada. Para tanto, ele propunha a utilização de uma terminologia própria, emprego de signos, letras do alfabeto grego, fórmulas matemáticas e formulações baseadas em modelos biológicos, físicos, químicos, artísticos, filosóficos e místicos. Ele fundamentou as razões de por que considerava conveniente o uso de modelos, destacando a flexibilidade dos mesmos para variados vértices de observação e de entendimento em contraste com a rigidez das teorias.

Pode-se dizer que a utilização de modelos tem vantagens e desvantagens. A principal vantagem é a de que um modelo é mais flexível do que uma teoria e representa uma ponte entre as abstrações e a prática clínica; e a desvantagem é que a sua utilização exagerada pode saturar a mente e prejudicar a observação, de um modo tal que o meio fica sendo um fim.

O próprio Bion nos explica melhor, com palavras pronunciadas em uma Conferência em Buenos Aires, em 1968, intitulada *O Gênio e o Establishment*

Agora queria começar a referir-me aos modelos. São apenas estórias imaginárias, idealizadas com o propósito de que exerçam uma porção de efeitos psicológicos sobre nós, no sentido de ajudar-nos a ter uma idéia sobre uma teoria, uma idéia mais abstrata, porém que, não obstante, se mantém a uma distância reconhecida com respeito ao que podemos enfrentar em um consultório (Revista Gradiva, n. 20, 1980, p. 13).

A seguir, neste mesmo artigo, Bion propõe um modelo para o destino das identificações projetivas (conteúdo) de um bebê ansioso, para dentro da sua mãe (continente). Pela importância que este modelo representa na obra de Bion, e pela frequência com que ele comparece em diversos textos, vale a pena transcrever um trecho maior, com as próprias palavras de Bion

Em primeiro lugar, vou propor um modelo para uma identificação projetiva falha que, segundo sustentam nossas teorias, segue um certo rumo e é causa de adversidade para o paciente. O lactente experimenta o temor de estar morrendo e chora. A mãe reage com angústia e diz: 'Não sei o que é que se passa com esta criança', e tende a por distância entre ela mesma e a criança que chora; seja na realidade concreta, seja psicologicamente, ela não está disposta a tranquilizar a criança. Este é um modelo da situação em que a criança dissocia uma parte de si mesma – seu temor de morrer – e, chora para colocá-la em sua mãe, porém, essa parte é recusada e colocada novamente na criança. Como já disse, o modelo é: 'Não sei o que se passa com esta criança' e também ansiedade e impaciência como resposta.

Agora, como modelo para a identificação projetiva do êxito, suponhamos um tipo de mulher afetuosa e maternal normal e uma criança que também chora por temor à morte. A mãe leva a criança ao colo, sorri afetosamente e diz: 'Bem, bem, não é para tanto' e poucos instantes

depois a criança também sorri e aceita voltar novamente para o berço. Segundo a teoria pela qual suponhamos que isto é um modelo, o lactente dissocia seu temor à morte, como sugeri, e o coloca no seio de sua mãe, esta o desintoxica e a criança recupera um temor, leve. Agora, bem, suponhamos que, por alguma razão, a mãe afetuosa e amorosa não está ali, seja porque não ama o filho ou porque sente alguma angústia, ou talvez porque a criança é particularmente perturbada e sente temor da mãe, ou seja, o tipo de caso que ocorreria com um bebê psicótico. No modelo para esta situação, se poderia dizer que a criança experimenta o temor porque sente que está morrendo, dissocia esse temor e o coloca no seio; porém, neste caso, suponhamos que haja algum problema de hostilidade, seja no bebê, ou na mãe, que estraga a fantasia onipotente e impede que o seio desintoxique o temor. Aqui se tem a sensação de que esse objeto mal despoja as projeções do bebê, em forma ávida, invejosa e hostil do significado que pode ter tido. Assim, o temor de morrer que a criança sente se pode colocar no seio materno, mas quando o recupera já se trata de um temor inefável, em outras palavras, o que se coloca no seio materno, o temor da morte, foi despojado inclusive do significado que tinha e se converteu, como disse, simplesmente em um terror sem nome. Essas são três situações totalmente imaginárias, não tenho a menor idéia do que é que pensa um bebê e não creio que alguma pessoa a tenha, e a cada um de nós, só nos resta imaginar sua própria versão. Porém, o importante desses três quadros é o fato de que proporcionam uma gama de imagem visual que permite compreender um pouco mais essa teoria tão abstrata (Revista Gradiva, n. 20, 1980, p. 13).

Este longo trecho foi reproduzido integralmente, não só pela razão de que este modelo pode ser considerado um protótipo dentre os demais, mas também pelo fato de que é o modelo que melhor sintetiza a ideologia psicanalítica de Bion, alicerçada nos vínculos – com as respectivas identificações

projetivas e introjetivas – que se processam entre o bebê e a mãe, ou, na situação analítica entre o analisando e o analista.

Bion não se cansou de enfatizar essa definição de modelo, com a recomendação de que o uso dos mesmos é sempre transitório, e que somente devem ser utilizados enquanto forem úteis para cada psicanalista em particular, e, depois devem ser descartados.

Para favorecer a compreensão dos processos de *pensar* e de *sentir*, Bion emprega modelos extraídos da biologia, como o do aparelho digestivo (a introjeção, a absorção e a expulsão dos elementos psicanalíticos), o do aparelho respiratório, o auditivo, o visual etc. Assim, ao fazer seus estudos sobre a teoria dos pensamentos, Bion sugeriu que a mente, isto é, o aparelho para pensar, constrói-se no modelo do sistema gastrintestinal ou seja, há o pressuposto na criança de que tudo segue uma linearidade temporal e espacial, tal como alimento começa na boca e termina expulso pelo ânus. Aliás, é bastante usada a expressão de Bion de *evacuação*, referente a expulsão dos protomentais elementos beta sob a forma de excessivas identificações projetivas. (Bion, 1963, p. 51).

Para entendimento dos elementos beta, precisamos inicialmente conhecermos a teoria da função-alfa. Bion postula a existência de uma função na personalidade, denominada função-alfa, que opera sobre as impressões sensoriais e as experiências emocionais percebidas, transformando-as em elementos-alfa. Estes, diferentemente das impressões percebidas, podem ser utilizados em novos processos de transformação, armazenados, reprimidos etc.

Os elementos alfa são, pois, aquelas impressões sensoriais e experiências emocionais transformadas em imagens visuais, ou imagens que correspondem a modelos auditivos, olfativos etc., no domínio do mental; são utilizados para a formação de pensamentos oníricos, o pensar inconsciente de vigília, sonhos e recordações. As impressões sensoriais e as experiências não transformadas são denominadas “elementos-beta”. Esses elementos não resultam apropriados para pensar, sonhar, recordar, ou exercer funções intelectuais, geralmente atribuídas ao aparelho psíquico. Esses elementos são vividos como “coisas-em-si” (de acordo com a denominação de Kant) e geralmente são evacuados através da identificação projetiva. (Bion, 1963, p. 22).

Ainda em relação aos modelos inspirados na biologia, é interessante observar o quanto transparece um modelo sexual no conceito de “concepção”, como resultante da fecundação de uma “pré-concepção” por uma “realização”. Da mesma forma, os símbolos do gênero sexual σ e ρ foram utilizados por Bion para designar, respectivamente as originais concepções de continente e de conteúdo. Em meio aos inúmeros modelos propostos por Bion, este da relação de um continente com um conteúdo (σ ρ) é o mais conhecido, divulgado e de maior aplicabilidade prática. Este modelo abrange uma multidimensionalidade: tanto ele designa uma mãe contendo as angústias de seu bebê, como pode ilustrar o fato de um ego contendo uma representação; de uma palavra contendo um significado; de um pensador criando e contendo uma mentira; de um grupo contendo um indivíduo; de um indivíduo contendo as suas próprias dúvidas; e, dentre tantos outros mais este modelo designa a fundamental interação do par analítico, em função do interjogo entre as cargas de identificações projetivas e as introjetivas, de um para o outro.

O valor de um modelo, prossegue Bion, consiste em que os seus dados, já familiares para o psicanalista, estão disponíveis para satisfazer qualquer necessidade urgente, interna ou externa. Ao construir o seu próprio modelo, o psicanalista necessita dar-se conta de qual é o modelo usado pelo seu paciente e pô-lo a descoberto. Então, ele poderá comparar o seu próprio modelo e a sua abstração, com as de seu analisando, como é o caso, por exemplo, se o modelo que está sendo vivido na situação analítica é de natureza biológica, de tipo alimentar, ou excretória, ou respiratória, ou muscular; ou se é de natureza mística, ou ainda, a dos mitos privados, a que Bion se referia como sendo a dimensão do “como se”, e assim por diante.

Vale reiterar que o inconveniente do uso do modelo é que ele por si mesmo gera novas abstrações. De qualquer forma, Bion enfatiza que o uso do modelo deve ser transitório e ele só tem validade se estiver em consonância com a real experiência emocional de cada analista. Além do fato de que cada psicanalista deve criar e reconhecer os seus próprios modelos – e isso lhe possibilitaria ter que usar menos teorias – ele deve ter bem claro para si que os modelos criados só servem para si, e que eles são variáveis de paciente para paciente e que também para cada um dos analisandos há uma variação de acordo com o estado mental das diferentes situações analíticas. A propósito disto, Bion gostava do modelo de uma “espiral helicoidal”, e dizia que: “nas sessões voltamos constantemente aos mesmos pontos, só que em diferentes níveis da hélice”. (Bion, 1962, p.25)

Qualquer experiência emocional pode ser usada como um modelo para alguma experiência futura, desde que haja suficiente flexibilidade para permitir a sua adaptação a experiências novas, mas que, se supõe, sejam similares.

Em relação à concepção da natureza do processo psicanalítico, Bion asseverava que a psicanálise não deve seguir o modelo da medicina clássica, com a sua tradicional noção de cura médica. Pelo contrário, ele apregoava que o psicanalista deveria procurar um estado de “turbulência emocional” – que é um outro modelo seu muito conhecido – sempre que a situação psicanalítica estiver estagnada. O modelo visual proposto por Bion para essa última eventualidade é o de uma vara que, interposta no curso das águas plácidas de um lago, provoca uma turbulência e somente assim é que desperta uma atenção maior e permite ser vista.

Em *O aprender com a experiência*, Bion afirma que o modelo é a abstração da experiência emocional, ou a concretização de uma abstração. Assim, o vínculo analítico implica uma forma de modelar as abstrações; portanto, em alguns casos, o fracasso do paciente em resolver os seus problemas pode decorrer da possibilidade de que ele esteja utilizando mal os seus modelos próprios. O mesmo pode ser dito em relação a como o psicanalista esteja utilizando os seus modelos privados. (Bion, 1962, p. 148).

Bianchedi, a partir da relação entre a “idéia nova” e o “estabelecido”, formula um novo modelo clínico de vínculo analítico, propondo três possibilidades de diálogo na interação paciente-analista:

a) Diálogo convencional (há uma tendência a evitar desacordos, e ambos buscam os familiarizados “lugares comuns”). b) Diálogo psicanalítico (há uma tolerância ao desencontro das perspectivas prévias de cada um, e portanto, possibilita o encontro de novos e diversificados vértices). c) Diálogo suspenso (corresponde a momentos de “mudanças catastróficas”, em que as identificações do paciente e do analista estão em suspenso). Creio que esse último tipo de diálogo possivelmente pertence também ao campo da extra-sensorialidade, e possa ser concebido como uma pura experiência emocional. (Bianchedi, 1989, p. 40)

Bianchedi deixa claro que estes três tipos de diálogos psicanalíticos estão sempre se alternando em uma mesma análise, e que são os momentos de suspensão transitória das identificações que possibilitam os difíceis e disruptivos – porém necessários ao crescimento mental – fenômenos de desidentificações.

A sumária transcrição dos modelos acima mencionados reforça a utilização de quaisquer modelo para a prática clínica, são úteis, porém transitórios e, conforme afirma Meltzer:

Todos nós adquirimos, através de nossa educação e desenvolvimento, pré-concepções maciças de modelos, teorias e idéias das quais temos que gradualmente nos libertar para nos sentirmos livres para receber novas impressões, pensar novos pensamentos e formar novos modelos (Meltzer, 1975, p. 43).

Bion estimulou que cada psicanalista crie seus próprios modelos, adequados ao seu modo específico de ser e de trabalhar e que os empregue, não para enriquecer a teoria psicanalítica, mas sim para praticar a

construção de modelos dentro do vértice da observação clínica e, assim, promover novas aberturas e formas de comunicação.

Uma vez que o modelo fica superado, ele deve ser descartado. Assim, o modelo que a mim ocorre para conceber essa última definição é dos andaimes de uma obra em construção: eles são úteis e indispensáveis até que a construção se complete e então os dispense (Zimmerman, 1995, p. 43).

Entre todas as contribuições de Bion, talvez essa recomendação técnica do *Sem memória, sem desejo e sem compreensão* tenha sido a mais discutida no meio psicanalítico. Essa consideração deve ser entendida além de uma proposta de modificação na técnica, um incentivo na mudança de atitude interna do analista, com uma certa privação dos órgãos dos sentidos, que possibilitasse o máximo de intuição.

Essa proposição de Bion está inteiramente fundamentada em Freud, em um primeiro aspecto quanto a recomendação que ele faz à Lou Andreas Salome, em trecho de uma carta de 1916

Não posso perceber muitas coisas que você pode ver porque não as entendo, mas compreendo o seu valor. Isto se deve, em parte, a que, quando estou tratando de um assunto, no momento em que chego a algo que me é muito obscuro, tenho que me cegar artificialmente para permitir que um penetrante raio de obscuridade ilumine o ponto obscuro. (Freud, 1937, p. 333)

Em um segundo aspecto, essa proposição de Bion está ligada no

estado de *atenção flutuante* por parte do analista. Aliás, Bion admitiu que “atenção flutuante”, tal como Freud a descreveu, “é a melhor expressão que conheço”(Bion, 1992, p. 16)

A memória é sempre enganosa enquanto registro de fatos, uma vez que é distorcida pela influência de forças inconscientes. Os desejos interferem, pela ausência de mente quando a observação é essencial, na operação de julgamento. Os desejos distorcem o julgamento através da seleção e supressão de material a ser julgado.(Bion; Melanie Klein Hoje, vol. 2, 1990, p. 30)

O autor diz ainda que memória e desejo exercitam e intensificam aqueles aspectos da mente que derivam da experiência sensória. Deste modo, eles promovem uma capacidade derivada das impressões dos sentidos destinada a servir às impressões dos sentidos. Lidam, respectivamente, com impressões dos sentidos do que se supõe ter ocorrido e impressões dos sentidos do que ainda não ocorreu.

A *observação* psicanalítica não concerne nem ao que ocorreu nem ao que vai ocorrer, mas ao que está ocorrendo. Além disso, ela não diz respeito a impressões dos sentidos ou aos objetos dos sentidos, prossegue o autor. Todo psicanalista conhece a depressão, a ansiedade, o medo e outros aspectos da realidade psíquica, quer estes aspectos tenham sido ou possam ser nomeados com êxito ou não. Estes constituem o verdadeiro mundo do psicanalista. Ele não tem dúvida de sua realidade. Ainda que a ansiedade, para tomar um exemplo, não tenha forma, cheiro ou gosto; o conhecimento dos acompanhamentos sensoriais da

experiência emocional são um obstáculo para a intuição da realidade com a qual o psicanalista deve estar em uníssono.

Toda sessão na qual o psicanalista toma parte não deve ter nem história nem futuro.

O que se “conhece” sobre o paciente não tem maior importância: é falso ou irrelevante. Se é “conhecido” pelo paciente e pelo analista, é obsoleto. O único elemento de importância em qualquer sessão é o desconhecido. (Bion; Melanie Klein Hoje, vol. 2, p. 31)

Para Bion, em qualquer sessão ocorre uma evolução. A partir do escuro e do informe algo evolui. Esta evolução pode comportar uma semelhança superficial com a memória, mas uma vez que seja vivenciada, ela nunca pode ser confundida com memória. Ela compartilha com os sonhos a qualidade de ser totalmente presente ou inexplicável e repentinamente ausente. Esta evolução é o que o psicanalista deve estar pronto para interpretar.

Para isto, diz o autor, ele precisa disciplinar seus pensamentos. Primeiramente, como todo psicanalista sabe, ele deve ter tido uma análise tão completa quanto possível; nada do que está sendo dito aqui deve ser tomado como algo que lance dúvidas a este respeito. Em segundo lugar, ele deve cultivar uma vigilante evitação da memória. As anotações devem se limitar ao material que pode ser registrado – o agendamento das sessões é um exemplo evidente.

Obedeça as seguintes regras, prossegue:

Memória: não se recorde das sessões passadas. Quanto maior o impulso de “recordar” o que foi dito ou feito, maior a necessidade de resistir a ele.

Este impulso pode se apresentar como um desejo de recordar algo que aconteceu, porque este acontecimento parece ter precipitado uma crise emocional: a nenhuma crise deve ser permitido quebrar esta regra. Não se deve permitir que os supostos acontecimentos ocupem a mente. De outro modo, a evolução da sessão não será observada na única ocasião em que pode ser observada – enquanto está ocorrendo.

Desejos: o psicanalista pode começar por evitar quaisquer desejos de aproximação do final da sessão (ou da semana, ou do semestre). Não se deve permitir que desejos de resultados, de “cura” ou mesmo de compreensão proliferem. (Bion, Melanie Klein Hoje, vol. 2, p. 31)

Assim, ele afirma que “o desejo é uma intrusão no estado mental do analista, que esconde, disfarça e obscurece a verdade. Este é o *ponto escuro*, que precisa ser iluminado pela *cegueira*. Memória e desejo são “iluminações” que destroem o valor da capacidade do analista para observação, como a penetração da luz na câmera destrói o valor do filme exposto” (Bion, 1970, p. 76).

Aliás, essa *Iluminação pela cegueira* (Freud, 1916, p. 340), inspirado no “cegar-se artificialmente” de Freud, veio a ser denominada por Bion como um penetrante *facho de escuridão* (Bion, 1973, p. 45); uma réplica do holofote . Essa analogia fica mais clara ainda com a imagem poética citada por Rezende de que “as estrelas somente são visíveis no escuro”.(Rezende, 1993, p. 131)

O psicanalista de acordo com Bion, deve esforçar-se por alcançar um estado mental tal que a cada sessão ele sinta que nunca viu o paciente antes. Se ele sente que viu, está tratando o paciente errado.

Este procedimento é extremamente penetrante. Por esse motivo,

o psicanalista deve visar uma firme exclusão da memória e do desejo e não ficar excessivamente perturbado se os resultados a princípio parecerem alarmantes.

Ele se familiarizará com isto, e terá o consolo de construir sua técnica psicanalítica sobre a base firme do intuir a evolução e não sobre a areia movediça de uma frágil experiência imperfeitamente recordada que rapidamente dá lugar à experiência mas que neurologicamente determina um declínio da faculdade mental. A sessão em evolução é inequívoca e o processo de intuí-la não se deteriora. Se lhe é dada oportunidade, este processo inicia-se cedo e deteriora tarde.(Bion; Melanie Klein Hoje, vol. 2, p.32.)

A figura central no desenvolvimento da psicanálise *pós-kleiniana* foi Wilfred Bion, embora seu trabalho faça parte de uma evolução mais ampla para a qual muitos outros analistas contribuíram, como Rosenfeld, Meltzer e Tustin.

Não houve repúdio às idéias kleinianas de parte desses analistas – ao contrário, um profundo engajamento com elas e seu desenvolvimento, paralelo à leitura e à revisão das idéias de Freud pela própria Klein. Ainda assim, o efeito foi conseguir uma profunda mudança de interesse e de foco, identificando fenômenos para investigação, diferentes dos que foram centrais para Klein e seus primeiros adeptos. (Rustin, 2000, p. 162).

O ímpeto para esse desenvolvimento veio principalmente da tentativa de analisar pacientes com distúrbios mentais mais graves do que os considerados adequados para o tratamento analítico. Nos artigos coligidos em

Second Thoughts, Bion descreve como tentou compreender os estados mentais de pacientes psicóticos que não conseguiam comunicar-se verbalmente, durante a maior parte das sessões analíticas, ou cujas comunicações pareciam representar estados alucinatórios ou delirantes. Bion foi levado a confiar na contratransferência como principal recurso analítico, mas focalizou também os processos pelos quais sensação e emoção podiam ser representadas de forma simbólica e o que acontecia à mente quando não podiam ser representadas de forma simbólica, ou quando a capacidade de distinguir símbolos (especialmente palavras) e seus objetos não era adquirida. (Bion, 1967, p. 35).

Parece que mesmo as teorias e os modelos considerados basicamente corretos por analistas como Bion e Meltzer eram percebidos como obstáculos, no trabalho analítico vigente, para pensar a respeito de pacientes psicóticos cujas comunicações quase não eram verbais e tinham que ser intuídas, em sua maior parte, por meio da contratransferência. O momento da descoberta do significado, numa experiência fugaz, de tentar juntar os fragmentos de uma linguagem por meio da qual analista e paciente pudessem conversar, tornou-se a tarefa-chave. Esses pacientes, deve-se lembrar, eram extremamente perturbados – a questão não é a repressão habitual ou representações diversas do *self* encontradas nos sintomas neuróticos, mas a ausência, nesses pacientes, de qualquer capacidade comunicativa não perturbada.

Nessas condições, as intensas paixões e ansiedades surgidas na primeira infância por meio de sensações corporais, desejos e terrores literalmente desintegrariam a mente. Os processos de pensamento que, normalmente,

esclarecem os limites entre os fenômenos, reduzindo assim a ansiedade ligada a eles, poderiam ser vivenciados, nessas circunstâncias, como conjunções ameaçadoras. Bion compreendeu que em estados psicóticos graves, o próprio processo de pensar, a própria idéia de linguagem, poderiam ser vivenciados como ameaças mortais. Freud pensava que (para pacientes considerados não tão doentes a ponto de que a análise não fosse possível) experiências infantis e fantasias específicas estariam cheias de ansiedade e sujeitas à repressão, enquanto uma parte geralmente racional da capacidade de pensar poderia ser usada como plataforma, por assim dizer, a partir da qual as profundezas irracionais poderiam ser investigadas. A função do método analítico era descobrir especificamente significados reprimidos (a partir de sonhos, associações aos sonhos, etc.), enquanto se assumia que analista e analisando compartilhavam um meio lingüístico que poderia, em certa medida, ser confiável para essa comunicação.

Essa hipótese também foi formulada por Klein, pelo menos em sua maior parte. Embora ela tenha ampliado o interesse analítico para os mecanismos de negação, de cisão e de identificação projetiva, que ela considerava os processos mais primitivos, seu trabalho analítico com crianças, no entanto, continuava baseado na hipótese de que havia uma parte racional, bem como uma parte irracional, de mente da criança, funcionando suficientemente bem para manter o diálogo analítico. Mas, para Bion, e para os que como ele tentaram analisar pacientes esquizofrênicos e autistas, essa hipótese não mais poderia ser formulada, já que a questão principal era a ausência da capacidade normal de funcionamento mental. A atenção mudou, do que poderia ser contido (seja de

forma reprimida, seja distorcida) pelo aparelho mental, para as características inerentes do próprio continente, para usar dois termos principais de Bion.

Essa mudança do paradigma implícito, dentro da tradição kleiniana, não foi conseguida sem que os psicanalistas estivessem dispostos a se expor a uma vivência de extrema perturbação e desorientação. (Rustin, 2000, p. 163)

Isso fica especialmente claro na descrição do trabalho de Bion com pacientes em estados mentais graves, também relatados nas obras de outros analistas contemporâneos, tais como Frances Tustin (no seu trabalho com crianças autistas), Herbert Rosenfeld (outro autor kleiniano importante sobre estados psicóticos) e Donald Meltzer (um dos mais importantes intérpretes das idéias de Bion). Bion chegou a sentir que, para ter algum progresso na análise de distúrbios psicóticos, era necessário esvaziar a mente de preocupações teóricas, que se tornavam, nessas condições, meras defesas contra o que precisava ser experimentado sob forma de sentimento antes que se pudesse pensar sobre, conhecido antes de se conhecer sobre. Bion realçou esse requisito técnico da mente totalmente receptiva, trabalhando sem preconcepções, de forma muito gráfica, quando exortou os analistas a esvaziar suas mentes de memória e de desejo durante as sessões analíticas, como uma disciplina positiva: “Memória e desejo são ‘iluminações’ que destroem a capacidade de observação do analista como um vazamento de luz numa máquina fotográfica pode destruir o valor do filme que está sendo exposto.” (Bion, 1970, p.76).

O indivíduo, em qualquer etapa de seu desenvolvimento em que

o consideremos, enfrenta fenômenos emocionais de natureza diversa, e os resolve de forma particular. Dispõe, para isso, da consciência, que por analogia com os órgãos dos sentidos é considerada por Freud como “o órgão sensorial para a percepção das qualidades psíquicas” (Freud, 1923, p. 25). Bion postula sua existência desde o começo da vida, se bem que apenas de forma rudimentar. Seu desenvolvimento requer estímulos, que são a princípio os sentimentos e, posteriormente, toda a gama de fenômenos mentais. O contato com a realidade interna e externa, está estreitamente relacionado com esse *órgão*; o modo de encarar essa mesma realidade depende de seu funcionamento. As múltiplas experiências do indivíduo em seu contato consigo mesmo e com os demais implicam uma confrontação ineludível entre sua tendência a *ter consciência* e a não tê-la; entre sua tendência a tolerá-la ou a fugir dela. Essa confrontação e suas conseqüências configuram as diferentes mentalidades individuais, uma das quais é a personalidade psicótica ou parte psicótica da personalidade.

Neste contexto, personalidade psicótica não equivale a um diagnóstico psiquiátrico, mas a um modo de funcionamento mental, coexistente com outros modos de funcionamento. Para Bion, todo indivíduo, mesmo o mais evoluído, contém potencialmente funcionamentos mentais e repostas derivadas da personalidade psicótica que se manifestam como uma séria hostilidade contra o aparelho mental, a consciência e a realidade interna e externa. O objetivo essencial do analista é compreender e interpretar tais fenômenos que se apresentam a sua observação.

Entre os traços destacados da parte psicótica da personalidade

está a intolerância junto à frustração com o predomínio dos impulsos destrutivos, que se manifestam com um ódio violento à realidade tanto interna como externa, ódio que se faz extensivo aos sentidos, às partes da personalidade e elementos psíquicos que servem para o contacto com dita realidade e seu reconhecimento, à consciência e a todas as funções associadas com a mesma. Devido à intensidade dos impulsos destrutivos o amor se torna sadismo e o conflito entre instintos de vida e de morte não chega a se solucionar. A personalidade psicótica se caracteriza, além disso, pelo temor de um aniquilamento iminente, o que configura o tipo específico da relações objetais – entre elas a transferência analítica que tende a estabelecer; trata-se de relações precipitadas e prematuras que, ao mesmo tempo que se instalam com tenacidade, são sumamente precárias e frágeis. (Bion, 1967, p.57).

O ataque dirigido contra aspectos do eu (*self*) determina que as principais atividades mentais, em especial o aparelho de percepção assim como também os vínculos com os objetos apareçam mutilados e transformados em pequenas partículas ou fragmentos que são expulsos violentamente. Essas partículas assim evacuadas podem ser experimentadas como possuindo vida independente e incontrolada, que ameaçam perigosamente de fora.

O mecanismo da identificação projetiva foi descrito por M. Klein e incluído em suas hipóteses acerca do desenvolvimento emocional nos primeiros meses de vida. A identificação projetiva consiste na fantasia onipotente de que as partes não desejadas da personalidade e dos objetos internos podem ser dissociadas, projetadas e controladas no objeto em que se projetaram. Esse

mecanismo, que forma parte das defesas primitivas nos primeiros meses de vida, adquire outra modalidade de funcionamento na passagem da posição esquizo-paranóide para a depressiva. O funcionamento *normal* da identificação projetiva constitui um dos fatores principais na formação de símbolos e na comunicação humana, e determina a relação de empatia com o objeto, pela possibilidade de colocar-se no lugar do outro e compreender melhor seus sentimentos.

Bion hierarquizou esse mecanismo considerando-o como a origem da atividade que logo se manifestará como a capacidade para pensar. Por outro lado, descreve uma forma de identificação projetiva *patológica* que tem lugar em certos quadros psicóticos ou que é utilizada pela personalidade psicótica, em que predominam a inveja e a voracidade. Nesse caso, a dissociação das partes egóicas dá lugar a uma multiplicidade de fragmentos minúsculos que se projetam violentamente no objeto. Esses pedaços, ao serem expulsos pela identificação projetiva patológica, criam uma realidade povoada de objetos bizarros, realidade que se torna cada vez mais dolorosa e persecutória. A consequência é uma intensificação da atuação da identificação projetiva, que agora se realiza sobre o aparelho perceptivo e judicativo, através da divisão (*splitting*) patológica, determinando um afastamento cada vez maior da realidade.

A expressão objeto *bizarro* foi criada por Bion para descrever o tipo de objetos dos que o paciente psicótico se sente rodeado. Através da identificação projetiva e da divisão patológica, o paciente psicótico tenta livrar-se não somente do objeto mas também, e deliberadamente, de todas as funções egóicas que correspondem ao incipiente princípio de realidade (pensamentos

primitivos, consciência, atenção, julgamento); em especial, daqueles elementos que têm a função de vincular. Para a crença do paciente, as partículas de função egóica, fragmentadas e evacuadas com violência, penetram e enquistam os objetos reais, possuindo-os. O resultado será o objeto bizarro, que está composto por uma parte da personalidade e partes de objetos que mantêm entre si uma relação continente-contido (? ?) que despoja de vitalidade e significado a ambos. A partícula de personalidade transformou-se em uma *coisa*.(Bion, 1967, p. 61)

Os artigos iniciais de Bion lhe proporcionaram a possibilidade de desenvolver, na experiência clínica com pacientes psicóticos, as idéias de Freud sobre “representações-coisa” concretas – a confusão ou incapacidade de distinguir entre palavras e seus objetos, e os estados mentais decorrentes. (Freud, 1924, p. 189). A linguagem, para alguns desses pacientes, não mais poderia ser vista como um meio transparente ou mesmo distorcido de comunicação, prestando-se à comunicação direta ou a esclarecer a interpretação. Poderia ser experimentada, em diversas ocasiões, como uma vinculação ameaçadora de pessoas ou de partes separadas do *self*, a ser temida ou atacada, ou ainda como uma arma, ou como um sistema delirante. Bion distinguiu os materiais primitivos do pensamento – que chamou de *função-beta* ou materiais brutos de sensação, de desejo ou de sentimento – desses mesmos materiais *contidos* na mente enquanto pensamentos, ou *função-alfa*.

Em termos da teoria do desenvolvimento do pensamento, o objeto bizarro está formado por elementos-beta, mais restos do ego, do superego e de objetos externos. Os objetos bizarros, ao mesmo tempo primitivos e

complexos, são de natureza muito diversa, já que dependem dos aspectos egóico e superegóico fragmentados e projetados que invadem o objeto real. A intenção do paciente psicótico de utilizar esses elementos para pensar leva-o a confundir objetos reais com pensamentos primitivos e tratar os objetos reais de acordo com as leis do funcionamento mental, mostrando-se em seguida confuso quando esses obedecem às leis da natureza. A parte psicótica da personalidade coloca no mundo real o que a pessoa não-psicótica reprimiu; seu inconsciente parece ter sido substituído por um mundo de objetos bizarros. Bion assinala que o paciente psicótico se move, “não em um mundo de sonhos”, mas em um mundo de objetos bizarros que são análogos aos que para a personalidade não-psicótica constituem “a mobília dos sonhos” (Bion, 1967, p. 64). Sente-se encerrado nesse mundo pois deve utilizar esses objetos bizarros em vez de usar o que para a personalidade não-psicótica seriam pensamentos. é incapaz de escapar, já que carece do aparelho de consciência que constitui a chave para sair e liberar-se da prisão. Esta descrição permite entender que a personalidade psicótica carece dos meios essenciais para o desenvolvimento verbal.

A violência e o radicalismo das experiências mentais dos pacientes psicóticos (ou de pacientes que não tiveram, no primeiro ano de vida, uma continência e modulação inicial suficientes de suas experiências físicas e mentais; freqüentemente esses estados estavam ligados de maneira causal) eram tais, que a “linguagem” não podia contê-los ou ligá-los, e os estados delirantes ou as tentativas (no autismo) de bloquear as experiências eram adotados como alternativas a “pensar”.(Rustin, 2000, p. 217)

Ao problematizar a própria capacidade de pensar – ou seja, ao distinguir entre o “conteúdo” do pensamento e a “forma” do pensamento; entre “pensamentos” ou senso e o aparelho de pensar necessário para “pensá-los” – Bion, introduziu uma nova dimensão na compreensão analítica.

A teoria do pensamento proposta por Bion começa por estabelecer a existência de pensamentos de um “aparelho para pensar”. A atividade do pensar foi, em sua origem, um procedimento destinado a livrar o psiquismo do excesso de estímulos que o esmagavam. Na conceituação de Bion, os pensamentos são considerados como genética e epistemologicamente anteriores à capacidade de pensar. Nas etapas mais precoces do desenvolvimento os pensamentos não são mais que impressões sensoriais e experiências emocionais muito primitivas (“protopensamentos”) relacionadas com a experiência concreta de uma “coisa-em-si” (tal como Kant define o incognoscível do objeto).

Freud foi o primeiro a se ocupar das perturbações do pensamento do ponto de vista psicanalítico. Emanando de toda a sua obra, a importância que concede à fantasia inconsciente e ao desejo na gênese, evolução e conteúdo do pensamento. Em *Formulação dos dois princípios do funcionamento mental* estabelece a origem evacuatória do pensamento, assinalando, além do mais, que ela provê o meio adequado para restringir a descarga motora e aliviar o incremento de tensão produzido pelo adiamento dessa descarga. (Freud, 1911, p. 277).

Há certos parágrafos significativos que nos parece útil reproduzir aqui

A maior importância adquirida pela realidade externa elevou também a dos órgãos sensoriais voltados para o mundo exterior e da consciência, instância ligada a eles; esta última teve de começar a apreender agora as qualidades sensoriais e não apenas as de prazer e desprazer ... Constituiu-se uma função especial – a atenção – cujo encargo consistia em sondar periodicamente o mundo exterior para que os fatos do mesmo fossem previamente conhecidos no momento de surgir uma necessidade interna inadiável. (Freud, 1911, p. 280)

A descarga motora, que durante o regime do princípio do prazer havia servido para descarregar o aparelho psíquico dos incrementos de estímulo e havia cumprido esta missão por meio de inervações transmitidas ao interior do corpo (mímica, expressão de afetos), ficou encarregada agora de uma nova função, sendo empregada para a modificação adequada da realidade e transformando-se assim em ação. (Freud, 1911, p. 281)

O processo do pensamento, surgido da mera representação, foi encarregado do adiamento, necessário agora, da descarga motora (da ação). Esta nova instância, ficou adornada com qualidades que permitiram ao aparelho psíquico suportar o aumento da tensão dos estímulos durante o adiamento da descarga. (Freud, 1911, p. 282)

Mas, para isto, fazia-se necessária uma transformação das cargas livremente deslocáveis, em cargas fixas, e essa transformação foi conseguida mediante uma elevação do nível de todo processo de carga. O pensamento era provavelmente, a princípio, inconsciente, enquanto ia mais além da mera representação, e somente com sua união aos restos verbais recebeu outras qualidades perceptíveis pela consciência. (Freud, 1911, p. 283)

Freud foi o primeiro a assinalar que havia a necessidade de se

desenvolver um aparelho psíquico para lidar com excesso de estímulos mentais e que, de uma forma ativa, esse aparelho pudesse elaborar esses estímulos que não podiam ser simplesmente descarregados. Ele afirma

A decepção ante a ausência da satisfação esperada motivou o abandono de sua tentativa de satisfação por meio de alucinações (como é, no bebê, a “gratificação alucionatória do seio”) e para substituí-lo, o aparelho psíquico teve que decidir-se a representar intrapsiquicamente as circunstâncias reais do mundo exterior, e tender à sua modificação real. (Freud, 1911, p. 285)

Pode-se verificar, portanto, que Freud tocou nos pontos essenciais da formação dos pensamentos: a ausência (ou privação) do objeto necessitado; a frustração; a impossibilidade real de compensar com uma gratificação alucionatória; a internalização do objeto falante através de representações no ego e a busca de modificações no mundo real, através dos pensamentos e a partir desses, por meio das ações.

A contribuição mais importante de Freud para a teoria das perturbações do pensamento foi a sua descrição totalmente original do “processo primário” e do “processo secundário”. O primeiro está diretamente ligado às experiências de satisfação imediata das necessidades básicas, portanto, inerente ao princípio do prazer. O “processo secundário, por sua vez, está ligado ao princípio da realidade, o qual determina a formação do pensamento, portanto, as exigências da realidade promoverão a criação do pensamento verbal, com a finalidade de adiar a descarga pulsional e de melhorar os estados de desamparo que decorrem das frustrações. Diante das novas exigências reais, o pensamento verbal da criança

fica forçado e se desviar de sua função primitiva de adiamento da descarga motora e necessita abrir um novo caminho: o do auto conhecimento.

Por conseguinte, o pensamento, as emoções, e o conhecimento são indissociados entre si, sendo que o pensamento precede ao conhecimento, porquanto o indivíduo necessita pensar e criar o que não existe, ou seja, o que ele não conhece.

Embora não tenha se aprofundado diretamente nos problemas relativos à origem e função dos pensamentos, Melanie Klein trouxe por linhas indiretas importantes contribuições relativas a essa área que permitiram que alguns seguidores dela, notadamente Bion dessem um decisivo desenvolvimento a função de *pensar*.

Klein estava interessada na pulsão epistemofílica e na maneira como as ansiedades das crianças interferiam em sua curiosidade intelectual. Sua investigação dessas ansiedades que considerava serem basicamente causadas pelas fantasias de explorar o interior do corpo da mãe e destruir seus conteúdos, levou-a ao trabalho que relatou em *A Psicanálise da Criança*. (Klein, 1932). Mais tarde abandonou a idéia de uma pulsão epistemofílica e com exceção de um trabalho sobre simbolismo, não fez do pensamento e de seus distúrbios um tema central. Mas teve idéias que foram importantes pontos de partida a respeito de trabalhos sobre o pensamento: *A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego* de 1930, *Uma contribuição à teoria da inibição intelectual*, escrita em 1931 e em 1946 com a exploração do conceito de Identificação Projetiva, no artigo *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides*.

Bion focalizou o estudo dos transtornos do pensamento basicamente através da experiência da prática psicanalítica. Encarou essas perturbações tal como aparecem no consultório, em suas múltiplas manifestações pré-verbais e verbais, através da comunicação com o paciente.

Na compreensão do termo pensamento Bion inclui os pensamentos, as pré-concepções, as concepções, os pensamentos propriamente ditos e os conceitos.

Para entender o alcance de cada uma dessas categorias, tomaremos como modelo a relação existente entre a mãe e o bebê. Para o bebê, incorporar leite, calor e amor equivale a incorporar o seio bom. O bebê, que Bion supõe tendo uma pré-concepção inata de seio, não tem, não obstante, consciência da necessidade do seio bom. Pressionado pela fome, experimenta a necessidade não satisfeita (seio mau), da qual tenta desfazer-se.

Para Bion, todos os objetos de que se necessitam são objetos maus; necessita-se deles porque não os possui; senão, não haveria carência. De modo que os pensamentos primitivos ou protopensamentos são objetos maus dos quais o bebê necessita livrar-se.

A experiência real com o seio presente propicia ao bebê uma oportunidade de desfazer-se desse seio mau. A mãe não somente provê o alimento, mas também serve de continente para todos os sentimentos de desprezar (seio mau) do bebê. A eliminação do seio mau dentro da mãe constitui a evacuação de uma elemento-beta através do mecanismo de identificação projetiva.

Em termos da teoria do pensamento, Bion estabelece, que, nesse

caso, produziu-se uma situação complexa. Por um lado pode-se dizer que uma pré-concepção (expectativa inata do seio –comparável ao conceito kantiano de “pensamento vazio”) se uniu com uma realização (experiência real com o seio), e dessa combinação nasce a concepção. Quando a pré-concepção não se encontra com o seio real (situação que Bion denomina realização negativa), equivale à combinação de uma pré-concepção com uma frustração e pode dar lugar ao aparecimento do pensamento propriamente dito.

Em relação a esse último, é necessário salientar que Bion considera a tolerância à frustração como um fator inato da personalidade do bebê e, portanto, de grande importância no processo de formação de pensamentos e da capacidade de pensar.

Frente à frustração, a personalidade tem várias opções. Se a tolerância à frustração é grande, a personalidade tende a evadir-se dela através da evacuação de elementos-beta (“coisas-em-si”); enquanto que uma adequada tolerância à frustração mobiliza mecanismos tendentes a modificá-la que, no caso do bebê, resultam na produção de elementos-alfa e pensamentos, que simbolizam a “coisa-em-si”.

A capacidade de formar pensamentos dependerá então da capacidade da criança para tolerar a frustração. Se essa capacidade é suficiente, o “não-seio” torna-se um pensamento e se desenvolve um “aparelho para pensar”. Em troca, sua intolerância à frustração faz que tenda a fugir da frustração em vez de modificá-la, e o que deveria ser um pensamento permanece como um objeto mau, indistinguível de uma “coisa-em-si”, adequado somente para ser evacuado.

(Bion, 1967, p. 129).

Com o termo *pensar* Bion designa dois processos que, na realidade, são diferentes: há um pensar que dá origem aos pensamentos e outro pensar que consiste em usar os pensamentos epistemologicamente pré-existentes. Para o funcionamento deste último tipo de pensar, é necessária a diferenciação, dentro do psiquismo, de um aparelho especial para “pensar os pensamentos”.

Dois mecanismos principais tomam parte na formação desse aparelho: o primeiro está representado pela relação dinâmica entre algo que se projeta, *um contido*, ? e um objeto que o contém, *continente*, ? . O segundo é o representado pela relação dinâmica entre as posições esquizo-paranóide e depressiva (PS ? D).

Com a intervenção desses mecanismos, vai-se formando na mente do bebê o aparelho para pensar os pensamentos. No primeiro termo o bebê internaliza boas e repetidas experiências de sua relação com a mãe. Isto significa que na mente do bebê ficou internalizada uma “parceira feliz” constituída por uma mãe (continente) receptiva e metabolizadora, através da função-alfa dos sentimentos projetados pela criança, e por esta última, com suas distintas emoções (contido) colocadas, por identificação projetiva dentro daquela.

Quais são os destinos possíveis desses conteúdos evacuados? Na melhor das hipóteses esses conteúdos são evacuados em um seio externo real nesse momento (a mãe que está ali para alimentar o lactente e que percebe dentro dela a necessidade do bebê). A mãe funciona como um continente efetivo das sensações do lactente, e com sua maturidade consegue transformar exitosamente a fome em

satisfação, a dor em prazer, a solidão em companhia, o medo de estar morrendo em tranqüilidade. Essa capacidade da mãe em estar aberta às projeções-necessidades do bebê é o que se denomina capacidade de *reverie* (de devaneio).

Vamos nos ocupar agora do segundo mecanismo: o da interação dinâmica das posições esquizo-paranóide e depressiva (PS ? D). Melanie Klein descreveu a posição esquizo-paranóide como a situação do bebê que, exposto ao impacto da realidade externa e à ansiedade provocada por seu instinto de morte, utiliza os mecanismo de dissociação, negação, onipotência, idealização e identificação projetiva para defender-se. O resultado é a dissociação dos objetos em idealizados e persecutórios. Também pode acontecer que esses mecanismo, por serem extremos, levem a situações de dispersão e fragmentação do ego e dos objetos (*splitting*).

A posição depressiva constitui o processo de integração da dissociação anteriormente descrita, com o aparecimento de sentimentos de ambivalência. Existindo, deste modo, momentos de integração depressiva mesmo durante a etapa esquizo-paranóide.

Bion conceitua os momentos de desintegração e integração como um permanente oscilar entre ambas as situações e simboliza essa relação com o signo PS ? D que denota o descobrimento do *fato selecionado*.

O *fato selecionado* é uma emoção ou idéia que dá coerência ao disperso e introduz na desordem. O fato selecionado é o nome de uma experiência emocional, de um sentimento de descobrimento, de coerência, e pode ser traduzido na denominação de um elemento que é utilizado para particularizá-lo.

Na formação e utilização de pensamentos, assim como na integração do objeto, ambos os processos (P, O e PS ? D) operam conjuntamente sem que se lhes possa atribuir maior importância a um ou a outro.

Resumiremos esquematicamente, mesmo com risco de sermos repetitivos, as experiências que conduzem à formação da capacidade de pensar os pensamentos da seguinte maneira:

1) O bebê chora porque tem fome e a mãe não está ali para satisfazê-lo. Nesse caso trata-se da união de uma pré-concepção e de uma realização negativa (ausência do seio). O lactente o vivencia como um seio mau presente ou não-seio, indistinguível de um “coisa-em-si”, ou elemento-beta, e tende a sua evacuação.

2) O bebê chora porque tem fome que satisfaz com o contacto gratificante com o seio da mãe. Podemos representar esta situação como a da união de uma pré-concepção (expectativa inata do seio) com uma realização (presença do seio bom gratificador) que dá lugar a uma *concepção*, caracterizada por sua qualidade senso-perceptiva.

3) A evacuação do “seio mau” no seio real externo produz-se através de uma identificação projetiva realista. A mãe, com sua capacidade de *reverie*, transforma as sensações desagradáveis ligadas ao “seio mau” e proporciona alívio para o bebê. O bebê reintrojeta a experiência emocional modificada e mitigada, quer dizer, reintrojeta uma função-alfa, aspecto não sensorial do amor da mãe.

4) Se o bebê tem tolerância inata à frustração e sua inveja não é intensa demais, frente a uma nova experiência de realização negativa surgirá nele a primeira noção de ausência de objeto e de frustração (equivalente a um “problema a solucionar”) que é, para Bion, o pensamento propriamente dito. Esse pensamento vai fazer par com uma nova realização dando origem à matriz de um novo pensamento, e assim sucessivamente.

5) Se o bebê apresenta uma intolerância inata à frustração originada numa inveja muito intensa (tal como M. Klein utiliza este termo), tenderá à evasão da frustração mediante o desenvolvimento hipertrófico do aparelho para a identificação projetiva, tornando-a mais onipotente e menos realista (sem levar em conta a presença real do objeto-continente). O bebê desenvolverá então um tipo de personalidade em que não se formará o aparelho para pensar os pensamentos. Em seu lugar, utilizará a descarga, e evacuação permanente através do mecanismo de identificação projetiva com as características anteriormente descritas. Sua mente funcionará como um músculo que descarrega continuamente elementos-beta.

O desenvolvimento dos pensamentos e do pensar dependem, pois, de dois grandes grupos de fatores em interjogo. Existem fatores inatos (tolerância ou não à frustração) e fatores ambientais (capacidade de *reverie* da mãe) que determinam o desenvolvimento e posterior evolução da capacidade para pensar, capacidade que, no caso de evolução positiva, irá incrementando-se com a capacidade de combinar pensamentos entre si, de criar símbolos e linguagem, formação de conceitos, abstrações, sistemas de hipóteses etc. O desenvolvimento

descrito corresponde ao da parte não psicótica da personalidade. No polo oposto está a personalidade psicótica, incapaz de representações e de simbolização, discernível ao observador através de suas alucinações, atuação (*acting out*), falta de coerência etc.

Bion se ocupa do aparelho mental necessário para poder pensar e, posteriormente dos conteúdos dos pensamentos. Isto inverte toda e qualquer aproximação com o paciente (e com as partes psicóticas), porque não mais estará em jogo o trabalho sobre a repressão (Freud) ou sobre a cisão (Klein), mas será necessário um trabalho em direção à fonte. Neste sentido, o trabalho analítico dirige-se mais sobre o *lugar* para pensar os pensamentos, sobre o continente antes do conteúdo. Está é uma operação afetiva-emocional como na relação mãe-filho através das operações de *rêverie* com o paciente. Isto não quer dizer não estar em busca de verdades objetivas ou históricas, mas na mesma sintonia afetiva, oferecendo um modelo mental que ele possa introjetar pela aquisição de qualidades. Embora Bion não use o termo *intersubjetividade*, a mesma se estabelece como produto da interação paciente-analista, a partir da noção de vínculo.

Do ponto de vista da técnica, Bion

Propõe uma atitude disciplinada em que a capacidade de tolerar o desconhecido está ligada à confiança em que algo vai desenvolvendo-se por meio do contato emocional com o paciente, posto em palavras, produzindo a possibilidade de uma mudança catastrófica do paciente (De Bianchedi, 1991, p. 06).

As certezas são abandonadas em favor de uma opção pela não saturação das interpretações, de uma contínua formação de um novo sentido e da consciência das transformações necessárias antes que seja possível captar o ponto de emergência da angústia e o tempo necessário para que as interpretações possam ser dadas.

No modelo de Freud é característico o *referencial histórico* atribuído às comunicações do paciente. O que é dito pelo paciente é considerado como um fato que tem a ver com a realidade por ele mesmo vivida, quer se trate de realidade externa, quer de realidade psíquica ativada pelos fatos externos. É um modelo unipessoal baseado nas associações livres do paciente, a transferência, entendida como repetição do que não pode ser lembrado e que se atém às situações da primeira infância. A reconstrução viva é considerada como o principal fator de cura.

O atributo mais valorizado de um psicanalista – nessa fase da psicanálise, centrada na pessoa do paciente – era a sua capacidade de interpretar os traumas e fantasias reprimidas, caçar os impulsos, principalmente os sexuais, relacionando-os com uma especificidade típica de cada etapa evolutiva do desenvolvimento emocional do paciente e atualizados na dinâmica revivida com o analista.

A partir de Klein a relação atual paciente-analista é esclarecida pela compreensão das identificações projetivas que enriquecem a compreensão da contratransferência; isto, ao lado de uma extrema tensão para com os fatos da vida externa do paciente, em conexão com as fantasias inconscientes. Para Klein, o

funcionamento do mundo interno e os fatos psíquicos que nele se passam, adquirem bem mais importância. Toda a vida psíquica é dominada pela atividade das fantasias inconscientes e pelas defesas a elas conectadas. O significado das comunicações, visto pelo vértice transferencial, é privilegiado.

O analista se torna local de projeção das mais antigas fantasias inconscientes do paciente e as respostas que este fornecerá às interpretações serão, por sua vez, interpretadas como novas fantasias e como testemunhos das distorções resultantes da recepção da interpretação (Joseph, Revista brasileira de psicanálise, v 31, n. 2, p. 311).

A teoria kleiniana postulou, de forma brilhante, uma teoria do desenvolvimento, identificando na ordem temporal um conjunto de capacidades psíquicas e relacionais em que o desenvolvimento individual pudesse ser delineado. O que também poderia ser visto como uma jornada evolutiva, que os indivíduos pudessem ser ajudados, por meio do tratamento, a empreender. No trabalho pós-kleiniano aqui discutido, a idéia de um “modelo conhecido” é posta um pouco em segundo plano, mas não totalmente repudiada. Enquanto a principal tarefa da observação analítica, no trabalho inicial, era a de reconhecer – identificar um padrão familiar ou antecedente em novas particularidades (sessões analíticas ou casos específicos) –, a ênfase do trabalho mais recente está no processo de descobrir padrões que possam não ter precedente e que divirjam dos modelos estabelecidos. No contexto deste trabalho, deu-se prioridade ao processo de perceber o sentido de fenômenos mentais e emocionais caóticos, acima de seu resultado ou da sua referência a teorias e a modelos organizados; o *processo* tem

prioridade sobre o *produto*.

Assim Klein propõe a existência, desde os estágios iniciais da vida, de um processo psíquico por intermédio do qual os aspectos do self não são simplesmente projetados sobre a representação psíquica do objeto (como projeção), mas “para dentro” do objeto, de modo que se tenha a sensação de controlar o objeto desde dentro e o projetor vivencie o objeto como parte dele mesmo.

Klein descreve a angústia associada à experiência (fantasiada) de habitar o Outro, tentando ao mesmo tempo não perder completamente a sensação do próprio self. (É essencial não se perder totalmente no Outro, já que a perda completa da sensação do enraizamento em si mesmo equivale ao próprio desaparecimento e à morte psíquica).

A identificação projetiva, de acordo com Klein, provoca um esgotamento psíquico, na medida em que há um imenso gasto de energia no esforço de controlar o Outro tão completamente que ele é vivenciado como tendo adotado um aspecto da própria identidade. (Ogden, 1996, p. 39)

Bion fez contribuições importantes para o desenvolvimento do conceito de um componente interpessoal da identificação projetiva e para os primórdios de uma articulação da noção de um espaço interpessoal em que a subjetividade e a capacidade de pensamento são criadas (e às vezes atacadas). Ao descrever a fenomenologia da identificação projetiva, Bion afirmou: “O analista sente que está sendo manipulado para que desempenhe um papel, não importa quão isso seja difícil de reconhecer, na fantasia de uma outra pessoa” (Bion, 1952,

p. 149).

Assim, a identificação projetiva para Bion não é simplesmente uma fantasia inconsciente de projetar um aspecto próprio no Outro e controlá-lo desde dentro; representa um acontecimento psicológico interpessoal no qual o projetor, por via de uma interação interpessoal real com o recipiente da identificação projetiva, exerce pressão sobre o Outro para que se vivencie e se comporte de forma congruente com a fantasia projetiva onipotente. (Ogden, 1996, p. 39)

Partindo desse ponto, Bion continua, descrevendo a forma como o bebê desenvolve, de modo paradoxal, a capacidade de vivenciar seus próprios pensamentos e sentimentos por meio de uma experiência com a mãe, em que esta experimenta os pensamentos impensáveis e os sentimentos ainda não toleráveis do bebê com os seus. A identificação projetiva é considerada um processo em que os pensamentos do bebê que não podem ser pensados e os sentimentos que não podem ser sentidos são evocados na mãe quando esta é capaz de se tornar psicologicamente disponível para ser usada dessa forma:

A identificação projetiva torna possível para ele (o bebê) investigar seus próprios sentimentos numa personalidade forte suficiente para contê-los. A recusa do uso desse mecanismo, quer pela negativa da mãe de servir de depósito para os sentimentos do bebê, quer pelo ódio e inveja do paciente que não pode permitir que a mãe exerça essa função, leva à destruição do vínculo entre o bebê e o seio e, conseqüentemente, a uma perturbação severa do impulso de curiosidade do qual depende toda a aprendizagem. (Bion, 1959, p. 314).

Bion usou o termo *rêverie* para se referir ao estado psicológico no qual a mãe-Outro é capaz de desempenhar adequadamente a “função-continente” para as projeções de pensamentos impensados e sentimentos não sentidos do bebê/analizando; atribuindo neste momento um valor absolutamente diferente à vida mental do analista durante a sessão, incluindo no campo de observação, a experiência observacional emocional do analista; sendo considerada a contínua interação entre analista e paciente.

Neste modelo, o analista está presente com todo o peso atual da sua vida mental. Para Bion, as identificações projetivas não são somente as evacuativas e perturbadoras do paciente em direção ao analista, mas também uma modalidade de comunicação; são, portanto, recíprocas e cruzadas. O que conta é a real operação de transformação das identificações projetivas do paciente que a mente do analista sabe realizar, levando em conta que ele próprio é parte ativa na determinação dos fatos, tão somente com a sua presença e, ainda mais, pela própria constelação defensiva. Analista e paciente irão construir a sua história. Aqui importa mais o *par específico*.

8.1 Transferência e Contratransferência

Bion afirma que a transferência, na atualidade, em um relação vincular, não pode ser concebida separadamente da contratransferência, não obstante o fato de que considera o surgimento dessa última como uma manifestação patológica conseqüente aos núcleos doentes que o analista não superou em sua própria pessoa.

Da mesma forma, o fenômeno transferencial é indissociado do resistencial – no fundo, a transferência é o veículo das resistências e essas é que devem ser analisadas – e todas as considerações descritas em relação à resistência, em grande parte, valem para a transferência.

Embora Bion não empregasse com muita frequência o termo “transferência”, a verdade é que ele nunca deixou de considerá-la como um elemento básico da psicanálise, tal como se observa neste trecho

Podemos encontrar os elementos de transferência no aspecto do comportamento do paciente que revela o seu conhecimento direto da presença de um objeto que não é ele mesmo. Nenhum aspecto de seu conhecimento pode ser descuidado; e deverá avaliar-se a sua importância central em relação com o fato central. Sua saudação, o não saudar, as referências ao divã, aos móveis ou ao tempo, tudo deve ser visto em termos daquele aspecto que se relaciona com a presença de um objeto que não é ele mesmo; a evidência deve ser considerada novamente em cada sessão; nada deve dar-se por sabido já que a ordem na qual os aspectos na mente do paciente se apresentam para observação está dado pelo período transcorrido na análise. Por exemplo, o paciente pode considerar o analista como uma pessoa que deve ser tratada como se fosse uma coisa; ou como uma coisa para a qual a sua atitude é animista. (Bion, 1963, p.97).

Conquanto essa ênfase e detalhamento da situação transferencial, que Bion extraiu da experiência com pacientes psicóticos, é necessário que se diga que o seu pensamento acerca da transferência sofreu alguns desdobramentos, como os que transparecem nas transcrições textuais dos parágrafos que seguem

A relação com o analista é importante apenas como uma tarefa transicional - seria útil caso a palavra “transferência” fosse usada em um sentido mais polivalente (Bion, 1992, p.52);

A transferência é uma experiência transitória, é um pensamento, sentimento ou idéia que o paciente tem, em seu caminho para outro lugar. Depende de se permitir que aquilo que o paciente diz entre dentro do analista, de se permitir que pule para fora, como se fosse o seu interior refletindo-se para fora (Bion, 1992, p.82).

E mais adiante

Também é bom considerar que uma palavra como ‘transferência’ tem sombras de significado que, como ‘transiente’, é apenas temporária; aplicável ao momento no qual os dois caminhos cruzam por um curto espaço de tempo durante o qual o paciente emprega um modo de comunicação que sou capaz de receber mas não sei como é feito (Bion, 1992, p.124).

Como se observa nessas citações, além de Bion considerar que a transferência pode ser um veículo de comunicação primitiva (e nesse caso, implica uma ressonância contratransferencial), ele também emprestou muito valor ao aspecto de transitoriedade, como alude a própria palavra ‘transferência’, estando plenamente de acordo com o que designa a sua etimologia que é composta de trans (significa um ponto de chegada em um nível mais elevado) e de ferre (significa conduzir).

Bion ressaltou que a transferência é sempre inter-relacional e ele

exemplifica isso dizendo que, se entre o analista e o paciente se estabelecem os papéis de pai e filho, o que importa não é o significado de cada um destes papéis separadamente, mas sim como é a relação que une (ou desune) ambos.

Um outro aspecto que importa muito ser destacado é que Bion também considerou a condição do analista como uma pessoa real, e não unicamente como um objeto, uma tela transferencial. Isso pode ser apreendido pelo seguinte trecho, entre tantos outros: “penso que o paciente faz algo para o analista e o analista faz algo para o paciente; não é apenas uma fantasia onipotente” (Bion, 1992, p.79).

Há outro vértice de abordagem da transferência, por parte de Bion, que parece muito interessante, tendo em vista que ele considera que o relacionamento do paciente não é unicamente com o analista, mas também do próprio paciente consigo mesmo, do seu consciente com o seu inconsciente, de verdade com a falsidade e as respectivas contradições, oposições e paradoxos. Assim, Bion afirma que o objetivo essencial da interpretação do analista é a de “introduzir o paciente à pessoa mais importante com que ele jamais poderá lidar, ou seja: ele mesmo” (Bion, 1992, p.13).

É particularmente relevante consignar como Bion alertava o risco da possibilidade de o paciente, transferencialmente, utilizar a análise como um mera evacuação de excrementos, e assim tentar forçar o analista (mãe) a limpar as suas fezes, tal como pode-se observar nesse seu comentário, no curso de um seminário clínico:

Estou de acordo que o paciente está usando a análise mesma para fazer um acting-out. Penso que está se comportando como se estivesse associando livremente e em vez disso está defecando, de tal maneira que o analista tem que recolher seus excrementos, e tem que dar sentido ao que ele faz. Contudo, existe uma armadilha nisto e consiste em que o paciente pretende que é ele quem arruma as coisas e faz coerentes, recolhendo-as do chão, quando na realidade o que ele faz é jogar tudo no chão, desordenar e fazer uma confusão. Acha que está se curando por si mesmo e que se algo vai mal é por culpa do analista (Bion, 1993,p.665).

Os escritos de Bion permitem outras importantes conceituações genéricas acerca da transferência, embora ele não as explicita diretamente. Bion deixa implícitos os aspectos que seguem: no processo analítico há transferências em tudo, porém nem tudo é transferência propriamente dita. O aspecto positivo ou negativo da transferência não deve ser medido pela aparência dos afetos, mas sim pelos efeitos que ela causa no analista. Uma análise que não transitou pela, assim chamada, ‘transferência negativa’ ou, pela parte psicótica da personalidade de qualquer paciente, necessariamente é uma análise muito incompleta. Mais do que uma mera repetição do passado, a transferência tem muito haver com uma forma de um retorno compulsivo, como uma tentativa de preenchimento dos “vazios” evolutivos, especialmente das partes psicóticas da personalidade que estão cheias de vazios. Esse último aspecto justifica uma pergunta que a psicanálise se faz: A transferência representa uma necessidade de repetição, ou ela se constitui como a repetição de uma necessidade?

Acima de tudo, o que merece ser enfatizado é que Bion concebeu o fenômeno transferencial segundo a sua óptica de relação entre um

continente e o seu conteúdo (? ?). Dizendo com outras palavras: um dos modelos mais utilizados por Bion na sua concepção da transferência transferencial da situação analítica é o que se refere à relação de um lactante com sua mãe, relação esta que é constituída por cargas de identificações projetivas que estabelecem uma inter-relação dinâmica entre algo da criança (paciente) que se projeta – o conteúdo – e um objeto mãe (analista) que o recebe (continente).

Ele configura a possibilidade de um continente adequado por parte da mãe, ou seja, do analista na situação transferencial, com as seguintes palavras

A criancinha que sofre fome e temor a estar morrendo, assolado pela culpa e pela ansiedade e impelido pela avidez, se suja e chora. A mãe o levanta, o alimenta e tranqüiliza e eventualmente a criança dorme. Utilizando o modelo para representar os sentimentos de criança, temos a seguinte versão: a criança, cheia de dolorosos pedaços de fezes, culpa, temores da morte, ímpetos de avidez, ruindade, e de urina, evacua esses objetos maus dentro do seio que pode não estar aí. Enquanto ela está fazendo isso, a presença do objeto bom transforma o ‘não seio’, em um ‘seio’, as fezes e a urina em leite, os temores de morte e a ansiedade em vitalidade em confiança, a avidez e a ruindade em sentimentos de amor e generosidade e a criança succiona de volta as suas coisas más, agora traduzidas em bondade (Bion, 1963, p.54).

Bion estabelece uma clara analogia desse exemplo figurado, com a função de continente que o analista deve possuir com pacientes portadores de uma personalidade psicótica. Ele adverte, no entanto, que naturalmente as coisas não se passam bem assim como foi no exemplo dado, e ele utiliza o mesmo

modelo para demonstrar que muitas vezes, bem pelo contrário, a mãe pode se negar a receber as projeções que lhe são lançadas; ou ela tenta com muita solicitude, porém de uma forma tão ansiosa, que ela não consegue conter as referidas projeções, e as mesmas serão reintrojadas sem uma ‘desintoxicação’ e , pior que isso, ainda acrescidas das angústias próprias da mãe. É desnecessário frisar a importância deste modelo na relação transferencial – contra-transferencial da situação analítica.

Todo esse elenco de possibilidades demonstra o quanto é impossível conceber a transferência separadamente da contratransferência.

Bion costumava considerar o surgimento da contratransferência como uma manifestação do inconsciente do analista e, por conseguinte, ela poderia ser prejudicial e somente poderia ser percebida e refletida conscientemente pelo analista fora da sessão. Entre outros trechos que podem confirmar essa afirmativa, vale citar este:

Termos tais como a ‘contratransferência’ sofreram uma desnaturação através da popularização da psicanálise. Um dos pontos essenciais em relação à contratransferência é que ela é inconsciente. As pessoas falam sobre ‘fazer uso’ de sua contratransferência; não se pode usar algo que não se sabe o que é (Bion, 1992, p.81-82).

Em outros trechos de suas Conferências e Seminários, Bion afirma que o psicanalista não tem o que fazer com sua contratransferência, porque ela é inconsciente, e a única saída seria ele fazer uma análise pessoal. Isso está bem ilustrado no seguinte trecho de um “seminário clínico com Bion”, em 1968

É muito improvável que alguma vez tenhamos uma análise em que nos vejamos livres da contratransferência. No entanto, o importante é o seguinte: diz-se que se pode fazer uso da contratransferência, mas creio que, do ponto de vista técnico, trata-se de uma idéia equivocada, pois penso que o termo contratransferência deveria ser reservado para a resposta inconsciente. (Bion, 1968, p. 84)

Esta posição é compartilhada por Segal que opinou “a parte mais importante da contratransferência é inconsciente e somente podemos reconhecê-la a partir de seus derivados conscientes” (Segal, 1977, p. 32).

Para Zimmerman essa posição de Bion, antes de ser levada ao pé da letra, deve ser entendida como uma tríplice advertência: a primeira é contra o risco de que os psicanalistas supervalorizem a importância da contratransferência, e justifiquem todas as deficiências da situação analítica como sendo unicamente provenientes das projeções do paciente; a segunda, por conseguinte, é que ele nos alerta contra o risco da banalização e perda do significado original de um conceito tão importante; e a terceira advertência é no sentido de que o psicanalista deixe sua onipotência de lado e tenha bem claro, incontestavelmente, que ele tem pontos cegos, neuróticos ou psicóticos.

Não obstante tudo isso, prossegue o autor

Creio que o sentimento contratransferencial pode ser positivamente utilizado pelo analista, se não na própria sessão, pelo menos fora das sessões, um desconfortável sentimento contratransferencial pode e deve

despertar uma reflexão analítica, sob a forma de uma permanente auto-análise. (Zimerman, 1995, p. 200)

Aparentemente estamos diante de uma grande contradição, porquanto não podemos esquecer que nesse momento do movimento psicanalítico, Klein, da mesma forma que Freud sustentava energicamente sua posição de que a contratransferência não era mais do que um obstáculo para a análise, uma vez que ela corresponderia a núcleos inconscientes do analista, insatisfatoriamente analisados.

Tal era a oposição na época quanto ao fenômeno contratransferencial, que a comunicação do trabalho *Sobre a contratransferência*, de P. Heimann, feito em Zurich, em 1950, custou a ela uma ruptura com M. Klein.

Só após a morte de Melanie Klein é que Bion desenvolveu efetivamente o uso do mecanismo das identificações projetivas ligado ao conceito da contratransferência. Bion entendeu esse fenômeno pelo seu modelo da interação *contínente-conteúdo*, de modo a valorizar sobretudo a função continente do analista que consiste em acolher, transformar e devolver as identificações projetivas que o paciente viu-se obrigado a emitir *dentro* dele. Essa comunicação do paciente, embora primitiva, uma vez contida e decodificada pelo analista, pode lhe servir como uma excelente bússola orientadora do que se passa na profundidade da vida psíquica do paciente.

Bion, portanto, em lugar do termo contratransferência, preferia falar do impacto das identificações projetivas no analista. Baseado nesse mecanismo acreditava que existe um fluxo contínuo de fantasias inconscientes

ocorrendo tanto na vigília quanto no sonho e que, na sessão, implicam em continuados convites para o analista assumir papéis atuando aspectos do mundo interno do paciente.

No artigo intitulado *Ataques ao elo de ligação* (1955) encontramos um exemplo deste processo: Bion sentiu-se amedrontado durante uma sessão com paciente psicótico e então interpretou ao paciente que este estava empurrando para dentro de Bion seu medo de que pudesse matar Bion. A atmosfera na sessão ficou então menos tensa mas o paciente cerrou os punhos, com o que Bion disse que o paciente havia tomado o medo de volta para dentro de si e estava agora (conscientemente) sentindo-se com medo de que pudesse realizar um ataque assassino (Bion; Spillius, 1990, p. 22).

Bion estava assim usando a idéia de que o paciente pode comportar-se de tal modo a fazer com que o analista sinta que o paciente inconscientemente sente. Diferentemente de Klein, Bion estava explicitamente pronto a usar seus próprios sentimentos como uma fonte de informação sobre o que o paciente estava fazendo. (Spillius, 1990, p. 22)

Esse fluxo contínuo implica na existência de um comércio entre os mundos internos do paciente e do analista, da mesma forma que ocorre entre o bebê e sua mãe. Esta relação entre mundos internos define um espaço no qual significados são gerados. O analista, no lugar da mãe, passa a exercer a função de transformar as experiências emocionais do paciente/bebê, através da captação por meio de sua *rêverie*, dos sentimentos projetados, que caracterizam na visão de Bion, uma função continente a ser exercida pelo analista.

Além das inúmeras alusões e recomendações que Bion faz acerca da difícil contratransferência despertada pela parte psicótica da personalidade (1967) – angústia, medo, raiva, impotência, paralisia, fuga, etc.; ele também gostava de utilizar o modelo analógico do espelho, o qual bem reflete o que de mais íntimo e profundo se processa entre duas pessoas. Dessa forma, Bion afirma que “o analisado pode ser capaz de deduzir quem o analista é, a partir do espelho que lhe é apresentado – de preferência sem muita distorção – pela tentativa de o analista refletir de volta o significado de suas associações livres” (Bion, 1992, p.33). Em uma outra passagem, de uma beleza poética, Bion confidencia:

Na minha experiência, o barulho do passado tem tantos ecos e reverberações que é difícil saber se estou realmente ouvindo o paciente ou sendo distraído por algum desses fantasmas do passado. Tive a experiência de ver um adolescente e pensar comigo mesmo “é muito esquisito, ele quase não fala nada, mas fica lá sentado com aquele sorriso estúpido”. Não consegui conceber o que aquilo me lembrava. Na manhã seguinte, quando me barbeando, eu o vi no espelho – por isso me era tão familiar. Supunha-se que o jovem fosse um adolescente; não se supunha que ele fosse o analista; não se supunha que ele estivesse me ensinado nada. Supunha-se que eu o estava analisando. Mas, na verdade, ele havia segurado um espelho no qual eu podia ver a minha face – só que eu não a reconheci (Bion, 1992, p.153).

Como se observa através destes dois trechos, Bion reconhece quanto o analista e paciente se refletem recíproca e especularmente e que, como ele mostra em outros textos, esse fenômeno pode aparecer com tal intensidade em

pacientes psicóticos que eles sofrem uma total confusão do senso de identidade, de uma indiscriminação entre ele e o outro.

Pode-se observar que minha interpretação é baseada na teoria da identificação projetiva de M. Klein, primeiro para iluminar a minha contratransferência, e em seguida, para dar arcabouço à interpretação que dei ao paciente. Este procedimento é suscetível de graves objeções teóricas que, penso, devem ser encaradas. (Bion, 1955, p. 47)

Quanto às aplicações na prática clínica propriamente dita, a maior contribuição de Bion parte de seus dois conceitos originais: o da parte psicótica da personalidade, que sempre está presente em algum canto de qualquer paciente; e o da função de ‘continente’.

Em relação à primeira, Bion mostra como as personalidades psicóticas desenvolvem habitualmente uma relação transferencial que se caracteriza por ser precipitada e prematura, e que, ao mesmo tempo em que esse relacionamento da transferência com o analista se estabelece com tenacidade, ele costuma ser sumamente frágil e perecível.

É, no entanto, em relação ao modelo continente-conteúdo, que também aparece implícito na descrição anterior da transferência do psicótico, que Bion dedica um estudo mais extensivo. Resulta claro de seus escritos que a transferência deve ser um processo transitório e que deve ir desaparecendo à medida que o paciente for desenvolvendo a sua ‘função psicanalítica da personalidade’.

Por conseguinte, Bion alerta que o maior risco de uma análise é não só o estabelecimento de um conluio de calma e acomodação – a situação de

análise, diz ele, exige algum grau de angústia em ambos –, como também o de um resultado analítico que se respalde e pactue com uma recíproca fascinação, que pode estar refletindo uma submissão do paciente, tecida com os fios de uma crença inabalável e imitativa dos valores de seu analista – trata-se de um prejuízo tal como está expresso nessa conhecida sentença: “quem crê, não cria”.(Bion, 1967, p. 33).

9. O VÍNCULO ANALÍTICO NA CONTEMPORANEIDADE

A Psicanálise desde sua origem vem sofrendo profundas transformações, quanto à sua teoria e técnica. Freud, Klein e Bion, autores consagrados do pensamento psicanalítico, ao mesmo tempo que deixaram um precioso legado de conhecimentos, também nos propõem uma obra aberta para novas construções a serem desenvolvidas nessa ciência.

Dentro dessa perspectiva, vamos expor a teorização de alguns autores contemporâneos que vêm contribuindo de forma admirável com a missão de manter viva a chama da psicanálise, iluminando cada um a seu modo a relação analítica.

No cenário internacional tomaremos contato com as formulações do casal Baranger, Antonino Ferro, Thomas Ogden, Pierre Fédida e Glen Gabbard; quanto aos psicanalistas brasileiros veremos Fábio Herrmann, Odilon de Mello Franco Filho, Cláudio Laks Eizirik, Elias Mallet da Rocha Barros e David E. Zimmerman.

9.1 Casal Baranger

Já em 1961, Medeleine e Willy Baranger formularam em termos intersubjetivos o conceito de fantasia inconsciente, lançando mão do modelo de *campo dinâmico* (bipessoal). Desse ponto de vista analista e paciente formam uma unidade inseparável e complementar que pertence a um mesmo processo

dinâmico. Por isso, as fantasias inconscientes que emergem durante as sessões não pertencem só ao analisando, mas são produto da dupla

a situação de duas pessoas indefectivelmente ligadas e complementares enquanto está durando a situação, e envolvidas no mesmo processo dinâmico. Nenhum membro dessa dupla é inteligível dentro da situação sem o outro. (Baranger & Baranger, 1961-2, p. 129).

Estes autores salientam que a situação bipessoal terapêutica, com a organização básica do campo, desaparece em função do encobrimento de situações tri e multipessoais, de clivagens múltiplas em contínuo movimento. Ao focar as questões do campo psicanalítico, destacam a importância de se compreender a função do analista dentro da situação analítica não apenas como *um espelho* e que “não podemos conceber a fantasia básica de uma sessão, ou do ponto de urgência desta, se não levarmos em conta a fantasia do par se relacionando” (Baranger & Baranger, 1961, p. 140).

Baranger & Baranger queriam dizer que a fantasia básica de uma sessão não é o mero entendimento da fantasia do analisando pelo analista, mas algo que se constitui em uma relação da dupla. Isto implica, naturalmente, em uma posição de muita renúncia da onipotência por parte do analista, pois nem sempre está sintonizado com a fantasia básica do analisando. Não basta reconhecer a existência desta fantasia no par, porquanto devemos entender melhor sua natureza. Isto implica numa mudança de enfoque. Em primeiro lugar, não é suficiente ter um enfoque teórico adequado e estar livre de bloqueios intelectuais. Em segundo, trata-se de um contato profundo com uma pessoa de estrutura

distinta. A estrutura de uma dupla constitui do interjogo de identificações projetivas e introjetivas, com seu corolário de contra-identificações. A situação analítica deve ser administrada a fim de limitar o fenômeno da contra-identificação projetiva para que o processo não fracasse. Essa postura se afasta do conceito de fantasia como é vista na clássica kleiniana, na medida em que atribui a ela (fantasia) uma *história* e a vê como representação pulsional básica.

Madeleine Baranger, alguns anos mais tarde, ao abordar o que se passa na mente do analista desde a escuta até a interpretação, enfatiza que a escolha do momento de interpretar (ponto de urgência) deve levar em consideração o que está passando dentro do *campo intersubjetivo*, que engloba ambos os participantes. Chama a atenção para o fato de que, algumas vezes, “durante o processo, a intersubjetividade do diálogo analítico pode se tornar *invisível e inaudível* formando-se uma espécie de segunda estrutura”(Baranger, 1993, p. 70).

Podemos observar, que já há alguns anos a psicanálise vem salientando a importância de o analista ficar atento para a formação de um objeto intersubjetivo, produto ou criação do par interagindo através da transferência e contratransferência, tendo como elemento fundamental a identificação projetiva e introjetiva. As idéias dos Baranger sobre a caracterização da situação analítica como *campo bipessoal* são bastante atuais e com muitos pontos de contato significativos com Bion e com outros analista da atualidade.

O conceito de *campo* amplia de modo notável aquele da relação paciente-analista postulado por Freud, e posteriormente por Melanie Klein, pois é

extensivo a toda a situação analítica, conseqüentemente ao *setting* e a técnica, possibilitando uma visão mais ampla. Muitos fatos podem ser pensados antes que sejam veiculados numa espécie de *área intermediária*, em que tomam corpo cenas e personagens internos presentes na relação.

Os autores destacam ainda que as identificações projetivas que ocorrem por parte do paciente e do analista, geram *identificações cruzadas* no campo. Os Baranger discriminam uma modalidade diversa, em grau e qualidade, com a qual cada participante da dupla contribui para o processo, além da necessidade de o analista permanecer cômico de sua função. Apontam ainda para a ambigüidade presente na relação analítica

tanto a observação direta como os trabalhos que cada vez mais aprofundam o estudo da contratransferência, os meios inconscientes de comunicação que se desenvolvem na situação analítica, os significados latentes das comunicações verbais, implicam um conceito muito mais distinto e amplo da situação analítica onde o analista, apesar de sua neutralidade, intervém como parte integrante do processo (Baranger, M. & W., 1961, p. 129).

Se no início das investigações em psicanálise os autores viam o paciente e seu mundo emocional como objeto isolado de investigação, passaram a considerar que não existe paciente sem analista, com as emoções deste fazendo parte do processo.

Ao trazer a contribuição desses autores para o tema que estamos abordando, queremos ressaltar que eles iniciaram o estudo do campo analítico, tendência que se firmou de maneira consistente na teorização atual da Psicanálise.

9.2 Antonino Ferro

Antonino Ferro expoente analista italiano, descreve sua orientação como kleiniana, influenciada pela obra de Bion e de Madeleine e Willy Baranger. Afirma que o contexto teórico de seu trabalho se situa na intersecção dos conceitos de campo bipessoal de Madeleine e Willy Baranger e as idéias de Bion sobre a centralidade do funcionamento mental do analista na sessão (rêverie). Estes conceitos – de campo bipessoal e de rêverie, aplicados à situação clínica – são pressupostos básicos de seu trabalho, e, na trama entre eles, se entrelaçam os postulados do continente e contido, as idéias sobre a constituição do pensamento.

A idéia de campo vem da psicologia da Gestalt, e logo foi incorporada à fenomenologia para descrever os fatos psíquicos no contexto das relações significativas.

O casal Baranger acrescentou a este conceito as noções básicas kleinianas de fantasia inconsciente e da especificidade da transferência e da contratransferência para cada par analítico.

A situação analítica passa a ser definida como um campo bipessoal em que só é possível conhecer a fantasia inconsciente da dupla, constituída pela contribuição de seus dois membros, intermediada por identificações projetivas cruzadas, cujo fluxo, espera-se, dadas as condições particulares da mente do analista, será maior do paciente para o analista. Assim, o

funcionamento mental do paciente e do analista serão mutuamente estruturados e estruturadores.

O autor ressalta que por causa da soma das identificações projetivas cruzadas perde-se periodicamente a situação de assimetria no interior da dupla, sendo esta substituída por uma relação simbiótica que tende a estancar o processo. Estas zonas de resistência, denominadas baluartes, exigem atenção especial do analista – um segundo olhar que deverá trazer a possibilidade de se construir a interpretação forte e saturada. Esta, desfazendo o baluarte, põe novamente o processo em andamento e transforma essas experiências em verdadeiras relações objetais. A resolução do baluarte promove o insight e traz uma reestruturação do campo.

Tendo apreendido estes conceitos dos Baranger, ele explica que, no momento, sua idéia de campo é um tanto diversa, porque inspirada também no conceito de continente/contido de Bion. Acredita que é no campo que surge a matriz geradora de significados e que, embora ativa na sessão, no encontro entre analista e analisando, vai além daquilo que pode ser imediatamente interpretado na relação. A sessão se desenvolve como uma narrativa criada pelos seus participantes; ela não pertence a nenhum dos membros; é uma entidade maior do que cada um deles.

Usando a expressão de Bion, acrescenta que o paciente é o “nosso melhor companheiro” (Bion, 1980, p. 31) de trabalho porque indica com precisão as necessidades de se modular as interpretações e descreve o que se passa no campo a partir do seu próprio ângulo, diferente e desconhecido para o analista.

A soma destes dois vértices de observação do que se passa no campo – o do analista e o do paciente – constitui o que o autor denomina uma holografia afetiva, por semelhança com o resultado óptico de profundidade obtido pela associação de duas imagens do mesmo objeto tomadas com foco de luz diferentes. O trabalho de elaboração destes dados se inicia pelo exame da contratransferência, visto como o lugar da assimetria da relação.

Bion nos lembra claramente que “A mente é um peso grande demais para o animal sensual” (que é o homem). (Bion, 1975, p. 90)

A sexualidade, a digestão, a respiração etc. são consideradas sucessos filogenéticos fortemente estabilizados; o grande drama da espécie *Homo Sapiens* é o peso da Mente e o fato de o “pensar” ser uma função nova (a mais recente, filogeneticamente) da matéria viva (Bion; apud. Ferro, 1999, p. 129).

Um ponto de vista importante a considerar é que não é a mente que governa os instintos – que, portanto, a especificidade do homem é ter uma racionalidade que pode governar o mundo das pulsões –, mas exatamente o contrário: o problema do homem é ter a mente e suas peculiaridades.

É a existência de uma mente que não pode se desenvolver que cria as condutas anti-sociais e violentas. A violência não está no instinto, é uma mente sofredora que perturba o comportamento harmonicamente funcionante do animal-homem: se não tivesse mente, seria um primata funcionante.

O problema do homem é a mente e sua rudimentalidade, e, especialmente, o fato de que a mente para desenvolver de forma adequada

necessita de anos de cuidado. Uma mente disfuncionante leva à violência e à destrutividade, como única forma de evacuar elementos β .

Uma mente funcionante é uma mente que continuamente cria imagens (elementos a) das proto-emoções e das proto-sensações, que metaboliza e constrói fatores de criatividade de todas as contribuições que recebe: cria pensamentos oníricos e, destes, sonhos e pensamentos.

“Quando uma mente não funciona nestas modalidades receptivas-transformativas-criativas, inverte seu próprio funcionamento” (Ferro, 1999, p. 129).

Podemos partir destas considerações para as reflexões a respeito das atuações. Múltiplos são os caminhos que esta evacuação pode tomar, entre eles o de agir com o corpo, ou seja, delinqüência e caractereopatia, e o de agir no corpo, ou seja, as doenças psicossomáticas.

Na qualidade de analista, somos chamados a nos ocuparmos justamente da mente ou do seu aspecto fundamental e fundador: a relação emocional-afetiva com o outro (Ferruta, 1996, p. 128).

Duas mentes próximas falam constantemente de si mesmas, do seu interagir, sinalizando continuamente os nós, as qualidades do recíproco funcionamento; “portanto, para mim, analista, a sexualidade é a qualidade e a modalidade de encontro do elemento β com a função a ; a gestão dos pensamentos e a comunicação dos mesmos através das funções PS-D e ? ? ”. (Ferro, 1998, p. 211).

Antonino Ferro descreve do uso que faz em psicanálise do termo narração “falo daquela maneira de o analista estar na sessão, quando ele participa com o paciente da construção de um significado de forma altamente dialógica, sem grandes cesuras interpretativas” (Ferro, 1999, p. 17)

Como se o analista e paciente construíssem juntos uma *pièce* teatral, e no interior dela os enredos crescem, se articulam, se desenvolvem, às vezes de formas imprevisíveis e impensáveis para os dois co-narradores, sem que exista entre eles um depositário forte de uma verdade pré-constituída. Nesta forma de proceder, *a transformação co-narrativa*, toma lugar da interpretação (Ferro, 1997, p. 18).

Portanto, a transformação co-narrativa acontece como uma verdadeira cooperação dialógica entre paciente e analista, “são filhas das mentes de ambos, geram significados novos e abertos, e não põem à prova as partes ou os funcionamentos do paciente ainda não capazes de plena receptividade e dependência” (Di Chiara, 1992, p. 32)

O conceito de campo amplia enormemente aquele *estreito* da relação, permitindo que fatos emocionais e proto-emoções possam ser pensados como fatos que acontecem na “sala de análise” antes que possam ser veiculados na relação – uma espécie de área intermediária, onde podem viver e tomar corpo cenas e personagens que de outra forma permaneceriam enjaulados por uma precoce explicitação relacional (Ferro, 1997, p. 30).

Nessa ótica, a relação é uma das funções do campo. Considerando a teorização sobre o campo de Willy e de Madeleine Baranger que pode ser resumido assim: analista e paciente, desde o seu primeiro encontro (e também antes deste), formam uma gestalt independente de ambos. O campo, assim definido, adquire as seguintes características:

- o *campo* torna-se o espaço – tempo onde tem início as turbulências emocionais que o encontro analítico ativa;
- o *campo* é uma função em relação aos dois membros da dupla, mas com um grau elevado de não-saturação;
- o *campo* torna-se o lugar-tempo do início de histórias, de narrações que são a alfabetização das proto-emoções presentes na dupla.

As transformações do campo acontecem por meio de uma contínua operação de narração conjunta entre analista e paciente, que se tornam “dois autores em busca de personagens” que alfabetizam as proto-emoções e permitem sua contínua evolução. (Ferro, 1992, p. 48).

No campo, o halo semântico do conceito de interpretação se amplia e compreende também todas as intervenções não-saturadas de conversação do analista.

No campo é central a *reverie do analista* (entendida como capacidade de o analista entrar em contato com seu pensamento onírico de vigília e suas subunidades compositivas, os elementos a, e de narrá-los em palavras) ativando as transformações do campo, mas não menos centrais são os *derivados*

narrativos do pensamento onírico de vigília do paciente e o elementos a que os compõem.

A narração do paciente, por um certo vértice, pode ser vista como uma contínua re-narração de como ele *fotografa* os elementos, os acontecimentos, as linhas de força do campo. Deste ponto de vista, não há comunicação do paciente que não tenha a ver com o campo.

Aquela que era a atenção para a observação da comunicação do paciente, e a atenção à contratransferência, é deslocada como *atenção* às figuras que no campo ganham vida, que constituem um sinalizador contínuo da vida do campo.

Sinalizações que devem ser o ponto de partida para as modulações do eixo interpretativo do analista

Quero dizer que todos os acontecimentos emocionais que permaneceram “escuros” e que eram recolhidos pela contratransferência, agora, *antes* que aconteçam acendimentos contratransferenciais, são *habitualmente* sinalizados pelo campo, sempre que o analista souber escutar as narrações da sessão como inerentes ao campo atual. (Ferro, 1999, p. 131).

Segundo Bion, uma função vital da tela β é a de gerar uma contratransferência no analista, quando o ambiente terapêutico é insuficiente

Entendo que devam ser ativadas identificações projetivas maciças para gerar contratransferência. Num campo que funciona, a atenção do analista (e a atenção é um dos fatores da função *a*) às sinalizações de microdisfunções do campo impede que se ative a tela β , e o analista torna-se fiador da narração transformativa – transformativa das proto-

emoções (dos fatos não digeridos que o paciente traz). (Ferro, 1998, p. 132).

O próprio campo e os relatos do paciente ganham assim uma relevante função daquilo que era a contratransferência.

O analista tem a possibilidade de vigiar os gradientes de transformação β ? a que acontecem na sessão.

Mas nem sempre as coisas caminham desta forma, e há situações de *disfunção* do campo. Uma delas é aquela onde o lugar da sinalização, em vez de ser o próprio campo, torna-se um lugar particular dele: a contratransferência do analista.

Outras possíveis vias de fluxo das *telas β* são os sonhos de contratransferência, as atuações do paciente, as atuações do analista, doenças psicossomáticas no corpo do paciente, no corpo do analista, no *corpo do setting*.

Uma sinalização do campo, se não captada, pode se transformar em acendimentos de contratransferência

Quero dizer com isto que a contratransferência é um dos possíveis lugares de sinalização do campo, mas de um campo com um certo grau de disfunção; poderíamos aproximá-lo àquela situação onde um furioso datilógrafo bate nas teclas mais velozmente do que a máquina de escrever permite e as teclas se “embolam”: é necessário parar, separar as teclas, colocá-las no lugar e retomar a seqüência. (Ferro, 1999, p. 132)

O autor enfatiza que a contratransferência indica um dos possíveis lugares de *emperramento* do campo (ainda que na sua marginalidade),

que pode naturalmente tornar-se ponto de partida para operações transformativas e criativas da dupla, mas não mais nem menos do que qualquer outro sinalizador de disfunções do campo: os setores não metabolizados no campo que transbordam no analista.

A contratransferência assinala, como uma útil indigestão, um encharcamento de elementos β sem que a função a do analista tenha sabido transformá-los em a ; isto é, assinala a incapacidade de o analista entrar em contato com o próprio pensamento onírico de vigília.

9.3 Thomas Ogden

Ogden ampliou ainda mais nossa compreensão sobre a intersubjetividade. Ele assinalou que a psicanálise contemporânea deslocou-se do enquadre positivista em que analista e analisando são considerados sujeitos separados que tomam um ao outro como objetos. A idéia do analista como uma tela branca, neutra para as projeções do paciente, vem ocupando uma posição de importância cada vez menor nas concepções correntes a respeito do processo analítico

Durante a última metade do século, os psicanalistas mudaram as concepções que tinham do seu próprio método. Ao invés de estar às voltas com as dinâmicas intrapsíquicas do paciente, está agora amplamente estabelecido que a interpretação deveria incidir sobre *a interação* entre paciente e analista *num nível intrapsíquico*. (O'Shaughnessy, 1983, p. 281).

Na visão de Ogden, o núcleo do processo analítico é o movimento dialético de subjetividade e intersubjetividade. Assim como Winnicott assinalou que “um bebê é algo que não existe separado dos cuidados maternos” (Winnicott, 1960, p. 39). Ogden fez uma afirmação semelhante em relação à análise “Não existe um analisando fora da relação com o analista, e não existe um analista fora da relação com o analisando” (Ogden, 1994, p. 63).

A concepção da intersubjetividade analítica construída pelo autor, coloca uma ênfase central na sua natureza dialética. O autor acredita que num contexto analítico um analisando é algo que não existe separado da relação com o analista, e um analista é algo que não existe separado da relação com o analisando

A afirmação de Winnicott acima citada é, acredito eu, intencionalmente incompleta. Ele supõe estar subtendido que a idéia de que um bebê é algo que não existe é alegremente hiperbólica, e representa um elemento de uma afirmação mais amplamente paradoxal. Desde a outra perspectiva (do ponto de vista do outro ‘pólo’ do paradoxo), um bebê e uma mãe são coisas que obviamente existem e constituem entidades física e psicologicamente separadas. A unidade mãe-bebê coexiste em tensão dinâmica com a mãe e o bebê em sua qualidade de seres separados. (Ogden, 1996, p. 59).

De modo similar, a intersubjetividade do analista-analisando coexiste em tensão dinâmica com o analista e o analisando como indivíduos separados, com seus próprios pensamentos, sentimentos, sensações, realidade corporal, identidade psicológica, etc. Nem a intersubjetividade da mãe-bebê nem a

do analista-analisando (como entidades psicológicas separadas) existem em forma pura. A intersubjetividade e a subjetividade individual criam, negam e preservam uma a outra. Tanto na relação entre a mãe e o bebê quanto na relação entre o analista e o analisando, a tarefa não é desembaraçar os elementos constitutivos da relação, num esforço para determinar que qualidades pertencem a cada indivíduo que participa dela; pelo contrário, do ponto de vista da interdependência entre sujeito e objeto, a tarefa analítica envolve uma tentativa de descrever o mais completamente possível a natureza específica da experiência de inter-relação da subjetividade individual e da intersubjetividade

Essa terceira subjetividade, o terceiro-analítico, intersubjetivo (o objeto analítico de Green [1975]), é produto de uma dialética única produzida por entre as subjetividades separadas do analista e do analisando dentro do setting analítico. (Ogden, 1996, p. 60).

A identificação projetiva, do ponto de vista de Ogden, serve para criar um sujeito descentrado interpessoalmente, *um terceiro analítico*, como ele chamou, e a análise toma forma no espaço interpretativo entre analisando e analista. Nesse contexto, Ogden argumentou contra a visão totalista de que a contratransferência se refere a tudo que o analista pensa ou sente. Para o conceito de contratransferência ser significativo, deve ser visto como uma dialética entre o analista como entidade separada e o analisando como criação conjunta da intersubjetividade do processo analítico. Ogden assinalou haver, três subjetividades envolvidas na tarefa analítica: a subjetividade do analisando, a do analista e a do terceiro analítico. A identificação projetiva nega a subjetividade

tanto do analisando quanto do analista enquanto simultaneamente se reapropria de ambas subjetividades para criar um *terceiro* recentemente integrado, um novo *sujeito* do processo de identificação projetiva. Uma implicação evidente desse ponto de vista é que ocorre um processo de identificação projetiva mútua em ambos participantes; a outra implicação é de que a parte da realidade psíquica do analista ocupada pela contratransferência é, em grande medida, uma criação *nova*.

O autor utiliza o modelo da intersubjetividade, considerando que o importante será o que o vínculo analítico poderá produzir de pensamento útil (aquele que faz conexões permitindo expansão) para cada um dos componentes da dupla, não bastando um analista experiente, sério e bem intencionado de um lado, e um paciente positivamente interessado em seu progresso pessoal do outro, o produto analítico será o conhecimento que em conjunto o par poderá alcançar.

O paradigma da intersubjetividade, pressupõe que o analista seja um observador participante do acontecer psicanalítico, ou seja, as tensões geradas nos ou entre dois espaços psíquicos, terão que contar também com a observação do si mesmo do analista, onde supostamente serão encontrados os derivados daquelas tensões. É um trabalho de risco, no qual as perturbações da comunicação da dupla dirão principalmente respeito ao ofuscamento dos limites entre o eu e o outro, o dentro e o fora e entre intuições e alucinações. A decorrência inevitável desse tipo de pensar e trabalhar psicanalítico, é que a dupla analítica estará sempre exposta a um alto grau de dor psíquica.

Na dinâmica desse modo de funcionar, questões como o que o analista suportará seja posto dentro de sua mente e o que irá colocar dentro da

mente do analisando, ficam aguçadas. É o que Bion leva em conta na sua concepção psico-dinâmica da relação continente-contido, ao considerar que a chave da comunicação do par estará na observação das oscilações, que num momento fazem com que o analista seja continente e o analisando contido e noutro trocam-se os papéis (Bion, 1973, p. 80). Uma das especificidades neste contexto é o poder de conservar sua individualidade, apesar das oscilações de fronteiras entre o eu (analista) e o outro (paciente), sendo importante que o paciente se aproxime dessa mesma realização, isto é, procure sempre sua individualidade no par.

Uma outra expressão a considerar, é a da concepção de diferentes estados da mente coexistindo dialeticamente, tal como propõe Thomas Ogden para o intercâmbio entre subjetividade e intersubjetividade, assim como para estados de consciência e inconsciência, os pertencentes ao princípio do prazer e ao princípio da realidade, bem como todo o conjunto de estados mentais pertinentes à posição esquizo-paranóide, que coexistem em dialética com outros tantos da posição depressiva (Ogden, 1996, p. 31). A implicação clínica imediata a essa idéia é que por mais gratificante ou doloroso, frustrante, entediante, ameaçador que seja um dado estado mental que o indivíduo (ou a dupla) esteja experienciando, será sempre uma manifestação parcial da personalidade e, como tal, poderá ser percebida, pensada e modificada, se o acesso ao princípio da realidade com sua capacidade de discernimento for alcançada. Levando em conta todas essas considerações, o crescimento mental – como finalidade do tratamento psicanalítico – irá pois muito mais adiante do alívio de uma dor psíquica, remoção

de sintomas ou de adequação ao mundo externo, será a posição como um *universo em expansão* das mentes do paciente e do analista. (Ogden, 1996, p. 43).

9.4 Pierre Fédida

Fédida refletindo sobre a condição de trabalho do analista e da função da linguagem recorre a um neologismo bastante expressivo. Ele diz que a linguagem dá *réson* às coisas. “A palavra é um neologismo composto das palavras ressonância (*résonance*) e razão (*raison*) e sugere que a linguagem do analista é resultado de uma ressonância, isto é de um som que re (torna) e da razão” (Fédida, 1992, p. 192).

Razão aqui não é utilizado no sentido de intelectualização, mas se refere à capacidade do indivíduo de dar sentido, encontrar uma significação, para suas vivências emocionais. A linguagem, neste contexto, não é cópia de uma vivência, mas aquilo que lhe dá sentido a partir de uma ressonância. Fédida diz: “Quando a coisa retorna à fonte das palavras, nomeá-las equivale a tornar o visual como desejo da linguagem da imagem. E a *receptividade* é esta capacidade da linguagem de permitir que a turbulência do nome surja em seu *tom próprio*. Desse tom engendra-se, pelo nome, o desenho interno da coisa, a lógica de seu sentido. (Fédida, 1992, p. 192).

Fédida continua sua idéia, inspirando-se em Cézanne que escreve a propósito de sua atividade de pintar. Diz o pintor: “É como se eu fosse a consciência subjetiva dessa paisagem, da mesma forma que minha tela é sua

consciência objetiva” (apud, Fédida, p. 192). Nesta afirmação podemos ver claramente que a tela é uma analogia não discursiva, mas de forma alguma idêntica à representação da paisagem na mente do pintor.

A imagem na tela é uma apreensão de conexões outras, através de uma forma que articula significados, num plano não medido por palavras.

O impacto emocional da fala do paciente no analista, é também um modo de ação sobre sua mente, evoca sentimentos ou pressões para ação, descritos por Betty Joseph, que o convida a sentir determinadas emoções e/ou a atuar de certas maneiras na transferência. Este impacto constitutivo de uma evocação traz consigo, segundo Fédida, um *desejo de linguagem*, isto é uma possibilidade de fala que lhe dá uma significação em seu *tom próprio*. O indizível pela linguagem falada expressa-se desta forma pela própria indizibilidade da palavra, manifestando-se através desta por evocações.

O autor pensa a interpretação contendo um lado subjetivo referente à experiência do analista (sua consciência subjetiva), que se expressa primeiramente num plano evocativo que mistura elementos discursivos e não discursivos, e um lado objetivo, resultado de uma reflexão do analista, (sua consciência objetiva), traduzido em discurso que inclui as conexões expressas no plano evocativo não verbal. Ao fazê-lo, abre para redes relacionais mais amplas e menos rígidas, estruturas enquadrantes atribuidoras de significado às experiências emocionais existentes no inconsciente.

A função da evocação, neste contexto, é dar forma a uma nova corporificação das emoções constituidoras das fantasias inconscientes, num plano qualitativo que combina elementos discursivos e não discursivos.

Desta maneira a imagem interior evocada é análoga, mas não idêntica, aos sentimentos do paciente. Esta presentificação das redes de afeto do paciente torna visível algo que não estava presente no discurso do paciente.

Os sentimentos do analista, evocados pelo paciente durante a sessão, através da identificação projetiva, necessitam sofrer um complexo trabalho de transformação para tornar visível algo que não estava previamente lá e que se esgota na mera medição analógica do sentimento projetado na subjetividade do analista.

Esta perspectiva abre caminho para uma pesquisa da intersubjetividade na medida que fica progressivamente enfatizado que na sessão analítica é construído um espaço comum constituído de algo que não é só o paciente, nem só o analista, mas produto da interação e construída entre ambos naquele momento. O analista não é concebido, nesta função, como espectador dos processos mentais do paciente na medida que seu mundo interno torna-se o campo de experiências por excelência dentro do qual traços do dinamismo mental do paciente são vivenciados e articulados.

A contratransferência de acordo com esse autor é um campo de articulação não discursivo, transmitida via identificação projetiva, da vida mental do paciente da forma como está operando no aqui e agora da transferência. Para que a contratransferência se transforme numa interpretação, ela necessita

percorrer um largo caminho que inclui auto-análise, reflexão, familiaridade e relação com a teoria analítica. Ao interpretar o analista parte de um campo não discursivo das vivências e imagens evocadas para o campo da interpretação formulada em linguagem discursiva descrita de significados.

9.5 Glen O. Gabbard

Glen Gabbard comenta que a contratransferência hoje representa o campo comum do conhecimento psicanalítico. Isto basicamente quer dizer que os analista contemporâneos aceitam que a subjetividade do analista tem um papel na construção da interpretação, mas ao mesmo tempo não existe acordo quanto aos processos que permeiam a transformação dos sentimentos do analista numa interpretação (Gabbard, 1995, p. 76).

Nos últimos anos, há um reconhecimento cada vez maior entre os analista clássicos e os kleinianos contemporâneos. Praticantes de ambas escolas de pensamento prestam muita atenção ao papel da fantasia inconsciente, partilham uma compreensão comum da organização da vida mental inconsciente e planejam estratégias interpretativas que incluem temas agressivos

Essa convergência quanto a contratransferência pode ser rastreada no que diz respeito a dois conceitos-chave – identificação projetiva e atuação (*enactment*) contratransferencial. A identificação projetiva desenvolve-se desde uma fantasia intrapsíquica do paciente, no trabalho original de Klein, até uma interação interpessoal entre paciente e analista. A idéia de atuação

(*enactment*) contratransferencial foi muito utilizada para apreender situações clínicas em que a reação contratransferencial do analista corresponde à tentativa do paciente atualizar uma fantasia transferencial. Essas idéias, conjugadas às contribuições dos construtivistas sociais e dos teóricos relacionais, assim como à conceituação de correspondência ao papel. (*role responsiveness*), de Sandler, levaram à compreensão da contratransferência como uma *criação conjunta* do analista e do paciente.

Diz o autor que as contribuições relativas do analista e do paciente variam um pouco de acordo com a perspectiva teórica adotada pelo analista, observou haver menos diferenças na técnica, entre as diversas tradições psicanalíticas do que na teoria. Esse terreno comum é melhor visto se compreendido como um contínuo em que se dá mais peso à contribuição do analista, num extremo, e mais ênfase à contribuição do paciente, no outro. Embora as atuações (*enactment*) contratransferenciais sejam consideradas inevitáveis, seu papel na criação de mudança intrapsíquica é controversa.

A tese principal do autor se resume no vínculo entre o conceito de identificação projetiva e o uso da atuação (*enactment*) contratransferencial pelos analistas clássicos e modernos, implicados em compreender que a contratransferência representa uma *criação conjunta* que envolve a contribuição de ambos, paciente e analista (Gabbard, 1994, p. 78). O analisando evoca certas respostas no analista, enquanto os próprios conflitos e representações internas do *self* e de objeto do analista determinam a forma final da resposta contratransferencial.

Focalizando as atuações contratransferenciais, a ligação com a identificação projetiva fica mais clara, como na definição de Chused “A atuação (*enactment*) ocorre quando uma tentativa de atualizar uma fantasia transferencial provoca uma reação contratransferencial” (Chused, 1991, p. 629).

Na perspectiva dessa autora as diferenças individuais, no analista podem resultar em atuações contratransferenciais diferentes ou variantes diferentes de identificação projetiva.

Embora existam diferenças, a maior parte dos analistas contemporâneos concordariam que o paciente, às vezes, atualiza um cenário interno dentro da relação analítica, cujo resultado é o analista ser levado a desempenhar um papel com roteiro escrito pelo mundo interno do paciente. As dimensões precisas desse papel, no entanto, serão coloridas pela subjetividade própria do analista e pelo *bom encaixe* entre os conteúdos projetados pelo paciente e o mundo interno de representação do analista

O analista é visto como encaixado, dentro da matriz relacional do analisando. Não existe maneira do analista evitar papéis e configurações designados dentro do mundo relacional do analisando. A experiência do analista é modelada pelas estruturas relacionais do analisando; ele desempenha papéis designados, mesmo que tente desesperadamente ficar fora do sistema do paciente e não desempenhar nenhum papel (Gabbard, 1988, p. 292).

9.6 Fábio Herrmann

Para a clínica analítica este autor traz valiosas contribuições, nesse estudo a respeito da relação do par analítico, faz-se importante retomar dois conceitos em evidência em sua teoria: *o homem psicanalítico e a teoria dos campos*.

Homem psicanalítico; por que *psicanalítico*? Simplesmente porque o objeto da Psicanálise, a psique, o homem da psique, não é o homem inteiro, concreto total. É verdade que não há ciência que abarque o homem total, nem mesmo a Antropologia – onde se pensa apanhá-lo inteiro, ele escapa por uma das portas de vai-e-vem da epistemologia das ciências humanas: natureza e cultura, sujeito e objeto, corpo e alma, infra ou superestrutura etc. De qualquer modo, nosso objeto é que não poderia ser o homem total. Primeiro, por ser este somente o psiquismo humano, o reino dos sentidos e significados; segundo, porque ele é estudado através de um método interpretativo muito especial, que só é confiável quando põe seu objeto em movimento dialógico; terceiro, por ser constituída de campos a psique assim exposta, vale dizer, apreensível apenas em subconjuntos particulares, circunstanciais, histórica e socialmente determinados. O Homem Psicanalítico é o ser do método da Psicanálise, transferencial e descentrado internamente, dividido e múltiplo no íntimo de suas operações, este que aparece na sessão por efeito da ruptura de campo: o Homem Psicanalítico é *um ser da estranheza*

Quando o analista confunde Homem Psicanalítico com homem concreto, gruda-se à realidade, tentando, por exemplo, adaptar o paciente à vida social dominante, sem crítica da mesma, ou, ao contrário, propondo que a realidade pessoal deva seguir algum dos cânones psicanalíticos, com o resultado prático de induzir comportamentos egoístas, de justificar implicitamente condutas pautadas pela liberação emocional, de favorecer o irracionalismo ou a racionalização, dois equívocos parecidos (Herrmann, 1999, p. 18).

Já a Teoria dos Campos é uma espécie de *interpretação*: uma forma de ver a psique. Diz o autor que para sobreviver, a psicanálise deve ocupar o espaço demarcado pelo horizonte de sua vocação e que deve aceitar as limitações de seu método, do qual decorre em particular a inexistência de uma teoria geral do inconsciente. O que lhe sobra são campos, regiões psíquicas cuja lógica emocional o processo de ruptura permite compreender.

O melhor caminho para se compreender a teoria dos campos é passando pela questão da transferência no processo analítico.

O conceito original freudiano afirmava ser a transferência uma repetição com outra figura, a do analista principalmente, de certos padrões emocionais conflituosos, dirigidos de início a uma das figuras chave da vida infantil. “Ou seja, a emoção certa, porém na hora errada e com alguém que nada tem a ver com isso” (Herrman, 1999, p. 24).

Com a evolução da prática clínica, transferência passou a designar igualmente uma forma muito especial de tradução metafórica, em que se considera que tudo o que o paciente diz ou faz “tem uma dimensão transferencial”, um segundo sentido, bem ou mal escondido, que exprime as

emoções vividas no aqui e agora da sessão; e é esse sentido que o analista deve mostrar a seu paciente. Aceitamos a dupla acepção do termo, mas pensamos também que não basta tentar traduzir a emoção transferencial, sendo antes necessário, ou melhor inevitável, tomar em cuidadosa consideração a força da criação ficcional da transferência na análise. A análise de um paciente não é psicanálise + paciente, um processo sempre igual com diferentes pessoas, senão uma história singular, um campo bem determinado pela história psíquica, capaz de organizar os demais campos que nele ocorram. Assim sendo, cada análise tem um enredo que *é a vida do analisando, sob espécie transferencial*. Ao analista cabem vários papéis nesse enredo, podendo ser um deles o de tradutor, mas a análise encarnada é como a neurose do paciente: é história viva.

Afirma Herrmann que é notável como as análises de Freud, relatadas em seus históricos clínicos, tinham a feição exata dos pacientes tratados, enquanto as nossas descrições têm muito mais a cara da Psicanálise. É que para ele a análise era um experimento histórico, este o sentido forte da noção de *neurose de transferência*. Freud compartia o enredo psíquico dos analisandos, aceitava entrar no campo transferencial para o romper com a cura. Tomando ao pé da letra essa atitude fundadora da clínica psicanalítica, a Teoria dos Campos propõe que o processo de construção da sentença interpretativa, e não sua comunicação ao paciente, constitui a verdadeira interpretação, sendo aquela apenas um momento posterior e às vezes prescindível dentro do trabalho analítico. E mais, que as teorias envolvidas nessa construção fazem parte do campo transferencial, e sobretudo que a teoria que serve de eixo para uma interpretação,

dure esta quanto dure, de um curto instante até a análise inteira, nunca está acima da interpretação, não é um cidadão acima de qualquer suspeita.

A ruptura do campo particular em que se está trabalhando (dentro do *campo transferencial* mais amplo) acarreta necessariamente a ruptura da teoria em uso, que pode ressurgir fortalecida, refutada ou corrigida. Na prática analítica, esta é a função possível da teoria: operar como interpretante na ruptura de um campo, e é caso de desconfiar de qualquer teoria que passe incólume pela prova de ruptura de campo; ou não se trata de uma legítima teoria clínica, mas de uma especulação abstrata que não se deixa tocar, ou o analista a emprega com fé cega e não está disposto a teorizar por sua conta e risco.

Para melhor entendermos e vivermos na Teoria dos Campos, imaginemos que o analista permite-se mergulhar sem restrições no campo proposto pelo paciente, sentir a morte que este teme, o amor que pretende viver, a compulsão de organizar-se obsessivamente contra a qual luta, a suspeita que procura esconder, porém tão intensamente, tão a sério e de boa fé, que o próprio analisando acabará por se surpreender, não sendo incomum ouvi-lo redargüir assustado que não estava falando assim ao pé da letra, que só contava uma fantasia. Em suma, como a interpretação psicanalítica funciona através de rupturas de campo e não pela comunicação do “sentido correto” inconsciente do material, não é necessário, sendo antes contraproducente, dar a todas as nossas sentenças forma explicativa. Se dialogamos com um interlocutor oculto podemos, como em qualquer conversa, usar sentenças interjetivas, interrogativas, suspensivas, irônicas ou reflexivas, sentenças partidas; sentenças talvez absolutamente

precisas; porém a respeito de um assunto ainda desconhecido, que alguém no paciente responderá de tal maneira a fazer com que passem a ter sentido justo. Sequências inteiras desse diálogo absurdo, disperso às vezes por longo tempo e entremeadado de outros diálogos semelhantes, constituirão por fim uma interpretação.

Interpretação; duas qualidades positivas e uma negativa o método psicanalítico exige dessa arte sutil. A qualidade negativa é bastante conhecida como atenção livremente flutuante. Trata-se na verdade de uma espécie de in-diferença com relação a qualquer identidade que as fantasias do paciente venham a definir para o par analítico. Não é, propriamente falando, uma neutralidade (indiferença), tampouco uma ausência de desejo, mas sim um desejo apaixonado pelo pronunciamento do desejo do paciente que, de tão intenso, não faz diferença alguma sobre que conteúdo venha este a exprimir. Essa é a condição necessária para suportar todas as metamorfoses defensivas, analisar com paixão in-diferente – o desejo recusa-se a falar, por não dizer senão sua verdade, esperando ao contrário, satisfazer-se silenciosamente

Por tal razão, a in-diferença é tão importante quanto impossível, diminui o alvo, liberta a sensibilidade, mas não é um voto absoluto de castidade espiritual, é apenas parte da luta incessante de recuos que o analista tem de sustentar contra sua inadequação para a tarefa proposta. Votos absolutos, qualquer que seja o gênero, são por si só laços corrediços, onde só escapamos de meter a pata porque já estão ocupados por nosso pescoço (Herrmann, 1993, p. 94).

As qualidades positivas acima anunciadas são: imersão e especificidade. Por imersão entende-se a disposição de abandonar-se irrestritamente a certos valores emocionais conotados pelo dizer do analisando, vivendo-os com toda a alma – ou com metade pelo menos, pois há que ficar alguém a observar – de modo a dar vida a uma espécie de diálogo segundo, à margem dos assuntos intencionais e das mudanças de assunto.

A qualidade de imersão, significa ampliar a vibração afetiva da escuta, o analista deve tentar avançar um tanto sua escuta, testar sentidos ainda não patentes, pondo-se no lugar do interlocutor inconsciente, suprimido do diálogo terapêutico, usando sua imaginação para recriar as formas de ser do desejo que procura investigar.

Diz o autor que para alcançar a requerida especificidade o único caminho é abandonar as definições e, experimentar diferentes tensões das fibras do sentimento, para ouvir como soam. Isto é, para atingir a especificidade de uma emoção cumpre nela mergulhar, mas só cabe imersão na busca da especificidade.

É exigido do praticante da arte da interpretação que doe ao campo transferencial partes consideráveis de seu equipamento emocional, a fim de empregá-lo como instrumento de pesquisa de sentimentos. Este é a razão fundamental da assim chamada neutralidade analítica

Ninguém poderia vibrar em tantas e tão distintas frequências emocionais, experimentar da paixão amorosa ao puro ódio, do desdém à compaixão, percorrer a escala dos sentimentos primordiais, a avidez, a voracidade, o sadismo, os estados fusionais, sem uma certa distância interior.

Paradoxalmente, é o excesso de paixão requerida que nos faz aparentemente frios. (Herrmann, 1993, p. 99).

9.7 Odilon de Mello Franco Filho

O autor de forma brilhante evidencia a mudança psíquica do analista frente ao processo psicanalítico com seu paciente e evoca a questão do conceito de neutralidade.

Diz ele, que esse conceito sempre teve trânsito no discurso sobre o método psicanalítico, mas suas várias conotações e implicações nem sempre tiveram razoável reflexão. Transformou-se em mito, sem confrontação com novas teorias que foram surgindo.

Uma apreensão científicista da neutralidade levaria a pensar que, por força dela, não haveria no processo analítico interferência das emoções e valores do analista no analisando e que, vice-versa, as emoções e valores do analisando não interferiam no analista. O exercício da neutralidade se traduziria, pois, num duplo bloqueio a *proteger* tanto o analisando quanto o analista. Esse bloqueio constaria de dois vetores, um se dirigindo a garantir uma *transferência pura* e outro a eliminar a possibilidade da contratransferência. Essa visão ingênua e mecanicista da situação não tem resistido ao crivo da experiência analítica e da crítica epistemológica. Diga-se, de passagem, que a noção de neutralidade em Freud não se apresenta de forma simplista como é divulgada e transmitida na literatura analítica.

Segundo um levantamento muito elucidativo de Eizirik, o termo *neutralidade* não aparece na obra original de Freud, que nunca usou a palavra alemã *Neutralität* em seus escritos teóricos ou técnicos

Nas três ocasiões em que Standard Edition inclui a palavra “neutrality”, o termo empregado por Freud foi “Indifferenz”, traduzido por Strachey como “neutralidade” (Hoffer, 1995). O que pode parecer mais um detalhe de tradução, dos tantos que têm merecido atenção ultimamente, talvez encerre a essência do debate que tem envolvido este conceito. Conforme Hoffer (1985), a palavra neutralidade tem uma conotação mais impessoal, distante e científica, enquanto indiferença pode ser usada, tanto em alemão como em inglês, no sentido científico de “imparcial quanto ao resultado”. Seja como for, a ambigüidade da palavra neutralidade tornou-se particularmente adequada, de acordo com este autor, para captar a complexidade única da posição do analista, simultaneamente humanista e objetiva. E disso se coloca a questão fundamental para o analista: a honesta neutralidade e o genuíno envolvimento com outra pessoa são de alguma forma antitéticos? (Eizirik, 1991, p. 1)

Vê-se por isto, que a *neutralidade*, convertido em jargão psicanalítico, é invenção dos analistas e não de Freud.

Nas formulações mais atuais, a situação analítica é vista como resultado da interação de duas subjetividades sempre presentes. O *campo analítico* se institui a partir de ambas assim formularam essa questão

A situação analítica tem, portanto, que ser formulada, não como situação de uma pessoa frente a um personagem indefinido e neutro, afinal de uma pessoa frente a si mesma, mas sim como situação de duas pessoas indefectivelmente ligadas e complementares enquanto está durando a

situação, e envolvidas em um mesmo processo dinâmico. Nenhum membro dessa dupla é inteligível sem o outro (Baranger & Baranger, 1961, p. 3).

O redimensionamento do conceito da neutralidade, decorrente da noção de que a subjetividade do analista participa do campo, veio pôr em questão a validade da ação daquele primeiro vetor que instituiria a neutralidade como função bloqueadora da *interferência* da pessoa do analista em suas interpretações.

Disto decorre também a necessidade de redefinir o conceito de transferência diz o autor, ela não é mais vista como fruto da compulsão determinista de repetição do analisando, mas como resultado da interação dos objetos e fantasias arcaicas do analisando com a contribuição (voluntária ou não) da personalidade do analista, que, assim, funciona como fator modelador das configurações transferenciais que se estabelecem na situação. Sob esse ponto de vista, nenhuma transferência seria *pura*, e nem mesmo se reproduziria da mesma forma diante de outro analista.

Um outro conjunto de questionamentos se refere à função daquela chave bloqueadora mencionada, orientada para proteger o analista da ação perturbadora das emoções despertadas nele pela ação do analisando; ou seja, a contratransferência. O conceito psicanalítico de neutralidade surgiu, em Freud, relacionado à questão do controle emocional contratransferencial.

O desenvolvimento da experiência psicanalítica permitiu que, atualmente, a questão da contratransferência fosse encerrada sob outros prismas

que não apenas os iniciais. Não é mais vista como um erro, mas como uma reação emocional que, se convenientemente manejada, pode se tornar instrumento para melhor compreensão do paciente. Com isso, passou-se a dar um crédito maior à subjetividade do analista dentro do processo. Heimann (1950) e Racker (1952) são autores logo lembrados em relação a esse desenvolvimento teórico e técnico.

Muito embora a questão da contratransferência tenha tido seu sentido ampliado e reconsiderado, ela ainda continua a ser referida a estados emocionais transitórios e mencionada apenas como fator de importância para a interpretação – e conseqüentemente para o paciente, não focalizando os problemas das transformações do analista, ressalta o autor.

A interrogação que surge a este respeito é: se a noção de neutralidade pode se articular com o reconhecimento da subjetividade do analista no campo da relação. Como pensar uma neutralidade que não só exclua a possibilidade de mudança psíquica do analista, mas proporcione espaço para que ela exista.

Neutralidade não se confunde com indiferença ou passividade. Por isso, ela não é contemplação asséptica, mas exercício de subjetividade, maneira própria de o analista participar do campo, oportunidade perigosa de ele mesmo sair transformado da relação.

O aspecto ativo e dinâmico da natureza da neutralidade e de suas conseqüências é muito bem apontado no trabalho de Eizirik, já mencionado, através da referência a um *campo de ação da neutralidade*. Segundo o autor, esse campo de ação é a mente inconsciente do analista

Não se trata de examiná-la tanto à luz da conduta formal do analista, de suas intervenções verbais, de sua atitude geral – desde que essas não sejam grosseiramente divergentes da prática corrente – mas, sim, da forma como o analista se posiciona internamente face ao paciente. Mantendo-se neutro, e não indiferente, o analista lança mão de suas capacidades de sentir e pensar para colocar-se à disposição do paciente. Essa atitude neutra agora seria descrita não só em relação ao paciente mas também em relação a si mesmo. É a neutralidade em relação a seus próprios desejos, fantasias, necessidades narcísicas etc., que permite ao analista situar-se numa atitude receptiva e estabelecer relação com seu paciente e novas relações consigo mesmo (Eizirik, 1991, p. 7).

O campo de ação da neutralidade – entendida não como indiferença ou olímpica estabilidade – repercute não apenas na maneira de o analista lidar com o paciente, mas também na estrutura de seus sentimentos e valores. É a neutralidade que instaura a possibilidade de um acontecer novo no analista. Ela não é garantia de estabilidade, de continuidade, mas a porta aberta para ressonâncias várias, pelas quais o analista dificilmente sairá incólume de uma análise a qual tenha vivido autenticamente com seu paciente.

O que importa nestas considerações todas é a idéia de que é a transformação que possibilita o conhecimento e não o contrário.

As situações descritas até aqui falam de mudanças que, ocorrendo no transitório espaço da relação analítica, também são transitórias para o analista, desde que ele tenha capacidade para se resgatar da situação regressiva em que se colocou.

Nesse momento o autor refere-se à possibilidade de que o trabalho *com os analisandos* leva o analista a rever seus valores pessoais, o que implica dizer que possa ser atingido em sua identidade, como decorrência de sua proposta neutralidade – aqui entendida como disponibilidade para viver transformações internas.

A única referência a esse respeito encontrada na bibliografia analítica foi num texto de Plá

Aqui não nos compelimos a representar o mítico papel do espelho, mas a abrir completamente nossa receptividade às mensagens do paciente. A ouvir o novo que ele nos envia, o que só pode nos dizer, e não o que já sabemos previamente, ou o que já predeterminamos que queremos ouvir. O novo que organizamos desde já dentro de nós, segundo nossa informação e nossos valores prévios; porém o novo que também em certa medida vai modificar sempre nossa informação e nossos valores prévios. Este é o verdadeiro sentido, penso, da neutralidade analítica. Para atingirmos o cumprimento dessa exigência limite, é necessário reconhecer que toda minha existência está aberta à reformulação quando o outro reformula toda a sua através da relação comigo. Quando nada meu está na defensiva e todo o meu está aberto ao questionamento do outro, é só então que posso entrar aceitavelmente seguro de que estou disposto a receber tudo o que o outro me comunica. Um exercício acabado de neutralidade analítica é justamente o contrário de uma experiência neutra para a pessoa do analista. E se o for, podemos estar seguros de que algo da transferência ficou sem verdadeira resposta interpretativa, que algo da vida do analista é inautêntico (Plá, 1971, p. 218).

Trata-se de uma proposta radical que abre a possibilidade para que a neutralidade se torne porta de acesso a transformações imprevisíveis. O que se torna objeto de indagação é em que medida esse acesso é obstaculizado pelas resistências ao novo e pela própria estrutura do *self* do analista.

Neste ponto entra uma questão freqüentemente mencionada referente à auto-análise do analista ou sua re-análise com um colega. Tanto uma, como outra, são comumente encaradas como recursos para o analista *reenquadrar* seus conflitos não resolvidos, de modo a poder se manter alinhado, tal qual a agulha de uma bússola, no *norte* de sua identidade conhecida. Nada de novo a considerar; apenas um realinhamento ao rumo já traçado. Ainda mais: assim fazendo, o analista estaria contribuindo para o êxito do trabalho analítico que conduziria o paciente a se modificar. Diante disso, o autor pergunta: e o analista? Não tem ele que enfrentar o novo também? Que neutralidade é essa que o põe cristalizado e protegido em relação aos seus valores e necessidades?

Com certeza essas indagações são extremamente curiosas, imaginamos de grande interesse e importância para a clínica atual, porém não compete-nos neste momento aprofundarmos as questões em relevo.

9.8 David Epelbaum Zimmerman

Em um artigo recente, *Atributos do Psicanalista em Relação a evolução da Psicanálise*, Zimmerman fez uma reflexão a respeito da pessoa do analista que gradativamente foi crescendo de importância, dentro do processo

psicanalítico, precisando hoje estar alicerçado no clássico tripé: Conhecimentos, Habilidades e Atitudes, sendo que essas últimas se constituem no aspecto mais importante, sutil e decisivo de sua formação e eficácia terapêutica.(Zimmerman, 1990, p.101).

Os *conhecimentos* consistem na necessidade de um sólido respaldo teórico técnico e resultam de um programa de ensino-aprendizagem sistematizado e continuado por uma interrupta curiosidade e leitura diversificada.

As *habilidades* resultam de uma atividade supervisionada, sendo que o aprendizado é extraído dos acertos e principalmente, dos erros, e só é possível a partir da experiência pessoal de prática de cada um.

Os aspectos da *atitude* do psicanalista, se referem aos que nem sempre são manifestos e transparentes e que o autor passa a enumerá-los de acordo com seu critério de importância ao profissional que exerce a psicanálise.

1. **Identidade analítica:** a etimologia do termo *identidade* se forma a partir do prefixo *idem*, que quer dizer: igual, o mesmo, e isso nos mostra que a identidade do psicanalista implica em sua capacidade de manter-se basicamente o mesmo, apesar de toda ordem de pressões provindas de fora e de dentro dele.

A consequência mais importante desse atributo é o de vinculá-lo à modificação do conceito de Neutralidade.

Na época em que Freud postulou essa importantíssima regra técnica, ele acentuou que “o analista deveria ser opaco frente aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado. Isso deu

margem a que o analista se sentisse obrigado a manter uma atitude analítica distante, para não dizer fria e asséptica. A propósito dessa metáfora de Freud, entende-se hoje que o analista não deve propriamente ser um espelho DO paciente, mas, sim, que deve servir como um espelho AO paciente, onde este possa mirar-se de corpo inteiro e reconhecer as distorções especulares.

2. **Coerência:** É essencial por parte do psicanalista de que haja coerência entre o que ele diz, o que ele faz e o que de fato ele é. Está destinado ao fracasso o trabalho de um analista que se utiliza, dos referenciais psicanalíticos, ao mesmo tempo que, intimamente, deles descrê e os ataca.

3. **Amor à verdade:** – Comumente são descritas como sendo quatro as regras da técnica analítica legadas por Freud: a da Livre Associação de Idéias; a da Neutralidade; a da Abstinência; e a da Atenção Flutuante.

Zimmerman acrescenta uma quinta: a regra do *Amor à verdade*, baseada na tese de que a verdade é a própria essência da liberdade, e vice-versa. Só a verdade permite que uma pessoa seja livre e autêntica, objetivo maior do processo analítico. Buscar a verdade, é deixar o paciente ser o que de fato ele é, renunciando ao que nunca foi e nunca será, mas que ele tem a ilusão de já ter sido e estar sendo.

4. **Continência:** – este atributo do psicanalista, como diz a própria formação da palavra (vem do latim *contineri*), se refere a sua capacidade de ser continente – diferente de um mero recipiente. É a capacidade do analista em poder *conter* as inevitáveis dúvidas, incertezas, angústias e o ódio, tanto de seu paciente como dele próprio, para depois poder devolvê-los devidamente nomeados e

identificados – em doses mitigadas e modificadas. É só através do modelo de seu analista que o paciente vai poder desenvolver a sua capacidade em ser continente de suas próprias angústias e fantasias, assim como a de poder suportar as suas dores, ao invés de simplesmente evitá-las.

5. **Empatia:** – a etimologia dessa palavra, compostas das raízes gregas *em* (dentro de) + *pathos* (sofrimento) confirma que esse atributo do psicanalista se refere à sua capacidade em se colocar no papel do paciente, ou seja, entrar *dentro* dele para, junto, poder sentir o seu sofrimento. Isso é muito diferente de *Simpatia*, que se forma a partir do prefixo *sim*, que quer dizer *ao lado de*, e não *dentro de*. A *Empatia* resulta do analista em poder utilizar as fortes cargas de identificações projetivas como uma forma de comunicação primitiva do paciente, desde que fique bem claro que empatia é apenas um pré-requisito essencial da instrumentação técnica e não substituto de uma deficiente maternagem original.

6. **Intuição:** – O autor recorre à etimologia para dar um respaldo de base científica ao fenômeno intuição. Intuir vem de *in* (dentro) + *tuere* (olhar), ou seja, é a capacidade de olhar, com um *terceiro olho*, aquele que, a partir dos órgãos dos sentidos e do respaldo teórico latente em seu pré-consciente, está captando o não sensorial que vem do inconsciente de seu paciente. É diferente de Empatia, pois essa se refere ao plano afetivo, enquanto que a Intuição se processa no cognitivo.

7. **Paciência:** – Apesar de ter a mesma raiz etimológica de Passividade, distingue-se fundamentalmente desta, pois o atributo de Paciência é um processo *Ativo* e necessário, porque todos sabemos que pode decorrer muito tempo até que o paciente comece a fazer um verdadeiro contato com suas partes dependentes e

frágeis, as quais muitas vezes estão encobertas por um *falso self*. Além disso, as verdadeiras modificações são lentas e palmilhadas de avanços e recuos. A mesma origem etimológica de Paciência é que a forma a palavra *Paz*.

8. **Comunicação:** – A composição dessa palavra, por si só, explica a importância desse atributo. Comunicar quer dizer tornar comum, ou seja, no sentido de uma unidade de intercâmbio entre o emissor de uma mensagem e o receptor da mesma.

Não é demais ressaltar que a comunicação do analista com seu paciente se processa em dois planos: um é o que vai veiculado pelas suas palavras, e se processa em nível simbólico, próprio do processo secundário: o segundo plano vai além das palavras e é o único que permite a sintonia com as representações-coisas, que são pré-verbais e próprias do processo primário. Esse último nível de comunicação deve ser levado em conta especialmente com pacientes regressivos, os quais o ego em formação foi incapaz de nomear as ansiedades muito primitivas. Nesse caso, as interpretações do analista valem pelo seu valor simbólico e, muito mais pela referida atmosfera, representada pelo seu estilo, ou pela tonalidade e timbre da voz, etc.

São palavras-símbolo do analista aliadas à *atmosfera analítica*, que vão possibilitar ao paciente regressivo contactar, reconhecer e dar nomes àquelas suas, pré-verbais, representações-coisas, configuradas como angústias muito primitivas, do tipo *terror sem nome* (Bion). É só a partir daí que o ego deste tipo de paciente pode abrir caminho para a importante função de formar símbolos e, logo, para o pensamento reflexivo-abstrativo e conseqüente verbalização.

9. **Educação:** – O atributo do psicanalista como educador já fora destacado por Freud, ao postular o princípio do que “psicanalisar não é somente curar, mas também educar”, não no sentido pedagógico de que ele mesmo criticava, mas o que é dado pela etimologia da palavra composta de *ex* (para fora) + *ducaro* (conduzir), ou seja, conduzir para fora aquilo que já preexiste dentro do paciente. Isso é muito diferente de Ensino (*Ensigno*), ou seja, de que simplesmente um da parilha, o analista imprima seus próprios signos dentro do outro.

10. **Discriminação:** – Esse atributo do psicanalista se refere à sua capacidade de juízo crítico, ou seja, a de separar o que é dele próprio e o que é do seu paciente, entre o que é patológico e o que é sadio em ambos; o que é viável de ser conseguido daquilo que não passa de uma mera ilusão.

Se esse atributo do ego do psicanalista não estiver suficientemente desenvolvido, haverá um sério risco de que o seu vínculo com o paciente se estruture em bases de psicopatologia. O desvirtuamento mais comum são as relações contratransferenciais que propiciarão conluios inconscientes em ambos.

11. **Ética:** – Ética vem de *ethos*, que quer dizer *território natural*, e isso significa que o psicanalista não tem o direito de invadir o espaço autêntico de seu paciente, impondo-lhe valores e expectativas. Pelo contrário, ele deve propiciar um alargamento do espaço interior e exterior do seu analisando, através da aquisição do direito de ser livre, sem que isso, por sua vez, implique na invasão da liberdade de outros. Para tanto, o paciente, no curso da análise, deve passar de sua condição de sujeitar ou de sujeitado para a de ser um *sujeito* livre e autônomo. É útil

lembrar que a palavra *autonomia* se forma a partir de auto (próprio) de *nomos* (lei; nome).

12. Respeito: – Refere-se à necessidade de o analisando ser aceito como, de fato, ele é, ou pode vir a ser, e não como o psicanalista gostaria que ele fosse, desde que também fique bem claro que respeitar as limitações do paciente não é o mesmo que se conformar com essas. Respeito vem de *re* (de novo) + *spectore* (olhar), ou seja, é a capacidade de o psicanalista (e, a partir daí, ser desenvolvida no paciente) voltar a olhar, para o ser humano que está na sua frente, com outros olhos, com outras perspectivas, sem a miopia repetitiva dos rótulos e papéis que desde criancinha foram incutidos naquele.

Tudo isso está baseado no importante fato de que a imagem que a mãe (analista) tem dos potenciais de seu filho (paciente) se torna parte importante da imagem que este terá de si próprio.

13. Coragem: – Finalmente, tendo em vista tudo o que foi dito, o atributo de Coragem é necessário para que o psicanalista possa enfrentar os imprevistos de uma longa viagem, de curso incerto e com possíveis riscos, e na qual o paciente está investindo seu tempo, dinheiro e, quem sabe, suas últimas esperanças.

A síntese de tudo o que foi descrito acerca da atitude do psicanalista está contida na etimologia da palavra Coragem, pois essa vem do latim *Cor*, isto é, do coração.

TERCEIRA PARTE

AO VIVO: A RELAÇÃO

PACIENTE-PSICOTERAPEUTA

10. UMA CERTA DINÂMICA...

Nesse momento da exposição das vinhetas clínicas, retomaremos as idéias que nortearam essa pesquisa, na busca da compreensão da dinâmica entre paciente-terapeuta.

Na construção de sua teoria da técnica e nas recomendações que elaborou sobre a prática analítica, Freud, dentro do paradigma cultural e científico de sua época, estabeleceu uma forma de praticar a psicanálise em que eram claramente reconhecidos o sujeito e o objeto de um procedimento terapêutico que se pretendia alicerçado numa ciência natural. Poder-se-ia afirmar, então, que a função do analista era observar e interpretar os conflitos inconscientes do paciente essencialmente através das associações livres, dos sonhos e das manifestações transferenciais. O analista é o sujeito que observa e interpreta para o objeto aquilo que percebe, infere ou constrói acerca desse mesmo objeto da observação. O ideal a ser atingido, portanto, é o da objetividade.

Ao longo de seu percurso seguinte, a prática analítica foi progressivamente incluindo a mente do analista e reconhecendo sua participação no processo analítico, dando lugar ao estudo e formulação de novos conceitos como a identificação projetiva e a contratransferência. Neste novo modelo, o analista não só observa e interpreta o que percebe no paciente, mas inclui os dados provenientes de sua observação acerca de si mesmo, de suas reações emocionais e da possível conexão destas com o que existe no mundo interno do paciente,

utilizando a contratransferência como um instrumento de observação. O ideal a ser atingido, portanto, é o da observação da subjetividade de paciente e analista.

Um terceiro movimento leva adiante o passo anterior e rompe com a visão de duas subjetividades em contato, propondo que existe uma inter-relação contínua entre conteúdo e continente, constituindo-se um campo dinâmico que é uma criação específica daquela dupla e cujas fantasias inconscientes devem ser identificadas pelo trabalho colaborativo de ambas. Há o abandono de qualquer pretensão a alguma objetividade. O ideal a ser atingido, portanto, é o reconhecimento e a busca dos significados emergentes da situação intersubjetiva desse par analítico, único em sua especificidade. Esta visualização é congruente com as características da pós modernidade, que teria substituído as proposições da modernidade, as quais nutriram a construção da teoria e da técnica freudianas.

As afirmativas acima, apesar de parecerem incompletas, reducionistas e fragmentárias, foram mencionadas desta forma, porque temos observado a recorrência das mesmas, em sucessivos contextos, parecendo que indicam necessariamente uma evolução da prática analítica. Será este o caso? Estamos realmente vivendo a progressiva substituição da objetividade pela subjetividade e pela intersubjetividade? Quais as vantagens e os riscos de uma tal evolução? O analista, ao longo do século, foi se afastando progressivamente de uma pretensão científica e se aproximando de uma posição mais íntima com o paciente em sua prática?

Estas são algumas questões que nosso tema nos propõe e que tentaremos desvendá-las através do acompanhamento das vinhetas clínicas aqui

relatadas. Os pacientes aqui referidos são atendidos duas vezes por semana dentro das regras do *setting* aceito pela psicoterapia de base analítica, onde o terapeuta trabalha *na* transferência e não *em* transferência com seu paciente (Mezan, 1988, p. 26).

11. TUDO ESTAVA CAMINHANDO BEM...

Recebi um paciente de aproximadamente vinte e nove anos, solteiro, que mora com os pais e está cursando sua segunda faculdade. Está no processo psicoterápico há quase um ano. Trouxe relatos de intenso sofrimento se dizendo sobrevivente de uma séria crise depressiva, em função de sua conduta homossexual, mantida com incômodo e em sigilo.

“Vim para este tratamento, porque não agüento mais ser massacrado pelos outros, para mim só sobra o sofrimento e a decepção. Faço tudo, tudo o que posso para manter um contato, mas sempre sou abandonado. Não suporto mais a solidão”.

Disse-lhe:

“Parece que ter vindo ao tratamento, já é o começo de fazer algo por você. Com certeza, não precisa abandonar-se. Sabia que você também pode se fazer companhia?”

Após certo tempo de trabalho – mais ou menos cinco meses –, percebi que estava mais aberto ao nosso contato, trazendo para a sessão situações onde percebia com maior sensibilidade que também estavam presentes *as coisas boas e bonitas* existentes ao seu redor. O paciente estava permitindo-se uma melhor qualidade de vida, com menos culpa e usufruindo mais de suas potencialidades intelectuais e emocionais.

Parecia-me que o processo terapêutico estava indo bem, aprofundávamos o material que ele trazia para a sessão e sua fala e pensamentos me pareciam bastante frutuozos. Disse o paciente:

“Só agora ando percebendo as armadilhas em que me colocava e estou conseguindo desarmá-las. Comecei até ir à academia, sempre me achei meio feio, mas não sou não. Acho até que estou bem apresentável”.

“Você está me contando que já começou a se enxergar e está descobrindo-se, uma pessoa melhor do que imaginava”, disse a ele.

Nesse período de seu processo me apercebi que nos dias da semana que ia atendê-lo, (pela manhã, naturalmente me vem à mente os pacientes que encontrarei naquele dia) dava mais atenção a roupa que ia vestir, a combinação de alguns acessórios, por exemplo, enfim estava indo mais *arrumada* para o nosso encontro. Pensando nesta questão com mais cuidado, me apercebi que estava incluída dentro do novo padrão de vida desse paciente, onde tudo ao seu redor estava mais *bonito e arrumado*.

Reconhecemos de fato que o campo analítico é formado por identificações projetivas cruzadas e contínuas que mantêm a história do par no acontecer do processo terapêutico (Baranger & Baranger, 1961, p. 24). Parecia-me que tudo estava caminhando bem, pois havia trânsito para suas associações livres acompanhadas de boa reflexão; porém, graças a uma certa dose de objetividade – utilizo aqui a formulação de Racker de que “a objetividade do analista consiste, principalmente, numa certa posição frente a sua própria subjetividade, a

contratransferência” (Racker, 1973, p. 16) – pude ter entendimento desta situação e conseqüentemente alterar minha postura frente ao paciente.

Estava eu, sua terapeuta, correndo risco de manter-me aprisionada em sua identificação projetiva, sendo para ele uma mãe bonita e sedutora, permanecendo somente como *receptora* da identificação projetiva do *projetor*, complementando suas fantasias inconscientes em busca de amparo frente às adversidades do mundo. Estávamos enquanto dupla acreditando ilusoriamente na vitalidade dessa relação terapêutica, que no momento estava impedindo o reconhecimento da verdade – para o paciente em questão – as dores inerentes ao seu desenvolvimento psíquico.

Ogden descreve as *formas de vitalidade e de mortificação da transferência-contratransferência* através de um interessante trabalho clínico. A idéia central é de que um elemento essencial da técnica analítica envolve o uso que o analista faz de sua experiência na contratransferência para abordar os papéis específicos, expressivos e defensivos, da sensação de vitalidade e de amortecimento da análise, bem como a função particular dessas qualidades da experiência na paisagem do mundo de objetos internos do paciente e de suas relações de objeto. “Há uma vitalidade disfarçada que não pode ser reconhecida pelo analista e/ou pelo analisando, por medo das conseqüências de seu reconhecimento” (Ogden, 1995, p. 466).

Porém, se o terapeuta é continente às identificações projetivas do paciente, elas atuam como forma de comunicação de seu mundo interno, podendo se constituir como geradoras de unicidade e dualidade, similaridade e

diferença, subjetividade individual e intersubjetividade, trazendo nova compreensão e criação de significados para a experiência terapêutica.

“Fiz uma faxina no meu quarto, quero agora tudo muito em ordem, arrumei tudo em gavetas e caixas, separei as coisas, escondi a bagunça, joguei fora as lembranças que me faziam sofrer. Agora quero vida nova!” – disse-me o paciente.

“De fato – falei a ele – a arrumação é importante para que você perceba os espaços internos que você possui, o que é útil e o que não é mais. Além disso, você está me contando da sua intolerância àquilo que não te agrada, àquilo que foge do seu controle e que portanto não está arrumado ainda em sua mente”.

Algumas sessões depois, o paciente começou trazer sensações de grande desconforto e inquietação, dizendo que parecia estar perdendo seu bem-estar, e que estava impressionado com um sonho, onde se via em uma fazenda e era perseguido por um boi muito bravo e que não via saída para livrar-se desse perigo. Em seguida, passou a falar de sua infância e que acompanhava o pai em sua atividade profissional. Passavam o dia em sítios e fazendas, onde o pai castrava os bois e lhe pedia para segurar os bagos extraídos. Relatou ainda que tinha grande compaixão do animal mutilado e muito nojo de tocar nessas glândulas.

Essa comunicação deu margem para trabalharmos por muito tempo, seu posicionamento frente a sexualidade; sua intolerância às frustrações; como havia introjetado a relação de seus pais, sua ligação com a figura feminina e o grande temor dele menino pelo pai, além de sua defesa em relação à

masculinidade. Pode reconhecer sua dificuldade de lidar com a realidade externa que geralmente frustra e lhe foge do controle, ao invés de manter-se aprisionado em relações glamurosas, que o impediam de enfrentar a hostilidade representada em fantasia pela postura de seu pai.

A intenção desse relato é evidenciar a necessária observação da subjetividade presente no terapeuta – aquela parte sutil que observa o que se passa intimamente nele próprio e o que apreende do mundo interno de seu paciente. Esta porção de subjetividade é que possibilitou-me identificar a dinâmica da intersubjetividade no par, naquela etapa específica do tratamento. Esse reconhecimento da ansiedade transferencial-contratransferencial predominante, pode ser usada de forma útil para alteração de minha postura frente ao paciente e desencadeou nele a intensificação de sua subjetividade reflexiva e auto-entendimento.

Na fase atual do tratamento, além do estudo, este paciente está dedicado a uma atividade profissional de sua escolha e começou a construir uma casa, pequena, diz ele, mas de acordo com suas necessidades; diria que está podendo construir sua casa interna, ainda de forma tímida, porém em busca de autonomia pessoal.

12. CARLA E O CHÃO

Escrever a respeito de um encontro entre paciente e terapeuta, confesso ser bem mais cômodo do que vivenciar um primeiro contato como aquele que vivi com Carla. Bion sabiamente descreveu “uma sessão de análise é sempre um encontro assustado entre paciente e analista” (Bion, 1973, p. 73).

Abri a porta do consultório para a primeira entrevista de uma jovem de vinte e seis anos. Assim que sentei-me na poltrona, ela *colocou-se* no chão aos meus pés, com o corpo curvado, a cabeça baixa e chorando com desespero.

Naquele momento fiquei impactada e procurava internamente uma postura e confesso oscilar por várias possibilidades. Observava diante de mim, uma pessoa prostrada pelo choro, sem conseguir falar uma palavra sequer ou lançar-me um olhar, alguém que demonstrava extrema dor e desamparo. Eu na poltrona, ela no chão; uma relação bem definida, um sujeito que observa seu objeto de investigação

As experiências que ainda não adquiriram representação são expressas em linguagem *evocativa*. O discurso ou o silêncio do paciente evoca vivências emocionais em nós. O processo através do qual isto é comunicado se constitui na essência da identificação projetiva. A linguagem evocativa, nesse nível tem um caráter não verbal e se constitui num processo sintético, que compacta as experiências emocionais. Essas vivências emocionais se apresentam sob forma figurativa, e reclamam a intervenção do analista para transpor a linguagem evocativa da figuração

em linguagem verbal explicitadora de significados. (Rocha Barros, 2000, p. 67-68).

Concomitante a minha busca de entendimento por aquela atitude de entrega e de sofrimento, vinha-me o desejo de acolhê-la. Acolher dentro dessa perspectiva se consistia de minha parte numa atitude ativa visando a transformação desses sentimentos intoleráveis em algo possível de ser digerido ou mitigado. O modelo do vínculo mãe-bebê, utilizado por Bion para dar conta desse estado mental, parecia-me o melhor deles. Esse modelo transposto para a relação terapeuta-paciente. Tanto o bebê como o paciente tentam evadir-se da dor do desamparo, e necessitarão então de uma mãe ou terapeuta que usem suas mentes como continente, isto é, “de uma captação receptiva ativa, que poderá proporcionar a dissolução de defesas enganosas através da nomeação da experiência emocional” (Manhães, 1998, p. 7).

Pareceu-me que Carla entendeu que podia contar com minha presença, e que havia encontrado um *lugar* para depositar suas ansiedades; esse primeiro contato, tão impactante, abarcou nossa relação em profunda intimidade, criando um campo de sustentação para esse trabalho recém inaugurado

O praticante da arte da interpretação oferece-se como instrumento, mas também como lugar. Retira-se enquanto ser concreto, para que aí onde está aconteça o sentido do paciente. Ele não é a rigor sequer objeto das fantasias do analisando, contenta-se com abstrair-se, com ser o lugar onde fazem sentido tais fantasias (Herrmann, 1997, p. 99).

Nas próximas sessões, Carla ainda *estava* no chão, porém próxima a minha poltrona e encostada na parede. Já podia olhar para mim, pouco falava, muito chorava. Nesta época do tratamento, mantinha-me atenta para recolher a maior parte possível de seus sinais de comunicação, pois havia pouca simbolização. Minha estratégia era somente captar suas emoções projetadas, procurando balizar minha conduta, a fim de não ser invasiva e de tolerar (o quanto conseguisse) seus estados psíquicos desintegrados, para que sua subjetividade pudesse emergir.

Nossa dupla permanecia em plena troca de vivências básicas ela sentindo-se árida, vazia e esforçando-se para comunicar-me suas vivências através de uma identificação projetiva excessiva que colaborava para a inquietação da minha mente. Sob o forte efeito restritivo de elementos β , apareciam posturas em mim de colorido sentimentalista, ou superegóicos como ser *a mais eficiente das terapeutas*. Eu não estava livre para *sonhar* a sessão, mas monitorada por meu super ego arcaico (sem dúvida estimulado pela paciente) que conduzia nosso trabalho ao terreno minado de elementos bizarros, ainda sem significação.

Desde o início dessa psicoterapia, minha identidade e força vital como terapeuta foram sempre postas à prova

O analista depende da capacidade de funcionamento mental do paciente, e deve fornecer-lhe os elementos de crescimento trabalhados de forma em que o mesmo seja capaz de assumi-los, enquanto será o paciente a depender da capacidade de elaboração e da *rêverie* do analista (Ferro, 1995, p. 28).

Depois de certo tempo (quatro meses) Carla *saiu* do chão e sentou-se em uma poltrona que fica quase frente a frente com a minha; só então começou a falar, contou-me toda sua história cheia de decepções e não possibilidade de realizações. Descreveu suas tentativas de suicídio, sua incapacidade para viver, seu amor pelo pai, revestido de grande ódio e seu desprezo pela mãe que o perdeu para uma mulher bem mais jovem (como ela), relatou suas ligações com homens mais velhos, que sempre a rejeitaram.

Através de suas narrativas, fui tendo acesso aos seus personagens inconscientes (expressões das fantasias inconscientes) que vão sendo progressivamente criados no discurso. Esses personagens contam a história do relacionamento deste paciente no mundo e, na sessão, com o terapeuta. Por meio destes personagens construídos *conjuntamente* as fantasias inconscientes são transformadas em significação. Pude acompanhar gradativamente com esta paciente, as alterações na constituição de seus personagens que expressavam formas de articulação de sua experiência emocional, que revelavam a transformação das estruturas atribuidoras de significado operantes em sua vida mental.

“Não consigo estar bem de jeito algum – comentou Carla. Passei o feriado na casa da minha mãe, queria estar bem lá; mas não me conformo com o jeito dela, sempre tão resignada! Meus irmãos dão o maior trabalho e ela aceita tudo. Eu jamais seria *Amélia*, olhe só no que deu, ela sozinha... e ainda escrava de todos”.

Disse a ela:

“Penso que você vem aqui para os nossos encontros, justamente pra poder se perceber e se formar mulher. Afinal estamos juntas e somos duas mulheres. E o que você pode me contar da mulher-Carla de hoje?”

Prontamente ela responde:

“Hoje eu sou uma porcaria. Pela manhã acordei já insegura, porque ele (você sabe quem é, né?) chegou de madrugada em casa. Resolvi então fazer uma cena. Joguei primeiro o cinzeiro no chão, depois os pratos, xícaras e de repente, não me contentei, a raiva foi crescendo e comecei a jogar tudo, destruí a cozinha. E ele... nem sequer olhou pra trás, saiu de casa dizendo que tinha um compromisso. Acho que fiz papel de idiota e ainda tive que limpar e arrumar tudo”.

“Carla, disse-lhe: com certeza pra você ter acesso a um homem de verdade, primeiro precisa construir em você uma mulher. A criança nós já conhecemos muito bem, essa criança que você é, rebelde e valente, mas...tão submissa”.

Passado mais algum tempo (nove meses), *estava* Carla no divã, agora já havia na sua mente capacidade de representação mental e ingressamos em nova fase de seu processo psicoterápico. Bion nos lembra muitas vezes que o pensar é uma função nova da matéria viva, e que se encontra no ápice de complexas operações que implicam um grande trabalho das mentes. “O que é elemento β pode tornar-se proto emoção, turbulência emocional compartilhada, afeto e por último pensamento” (Ferro, 1997, p. 169). “Por um lado, deve-se olhar o contínuo milagre da formação do pensamento e ao mesmo tempo, por outro

lado, como este constitui uma fina película em contínuo risco de dissolução ou de falsificação” (Hautmann, 1997, p. 62).

Neste caso clínico gostaria de ressaltar que a possibilidade de compartilhar com o paciente sua dor psíquica – oferecendo continência às suas vivências afetivas primitivas – coloca a dupla em um trabalho de risco, no qual as perturbações da comunicação do par terapêutico dirão principalmente respeito ao ofuscamento dos limites entre o eu e o outro; o dentro e o fora; a subjetividade e a intersubjetividade. A decorrência inevitável desse tipo de pensar e trabalhar, é que a dupla estará sempre lidando com uma certa cota de dor, principalmente se o processo terapêutico for concebido como propiciador de transformações, portanto trabalhoso e penoso. Cabe aqui a colocação de Money-Kyrle, a respeito da contratransferência “é porque o analista pode reconhecer no paciente seu *self* primitivo já analisado que ele é capaz de analisar seu paciente” (Money-Kyrle, 1956; Melanie Klein Hoje, v. 2, p. 35).

O paradigma da intersubjetividade, ressalta um caráter mais humanista ao trabalho terapêutico, já que ambos, paciente e terapeuta se dispõem com paciência e perseverança a tolerar a dor psíquica que esse trabalho acarreta. A intersubjetividade pressupõe que o terapeuta seja um observador participante do acontecer terapêutico, ou seja, as oscilações geradas *nos* ou *entre* os dois espaços psíquicos terão que contar também com a observação de si mesmo do terapeuta, já que este é chamado constantemente a fazer parceria com a mente do paciente. É nesse vínculo emocional que as vivências afetivas de representações precárias podem atingir possibilidade de pensamento útil.

A experiência emocional do paciente metabolizada através da relação terapêutica, não só traz em relevo significados ocultos, escondidos da consciência pela repressão, não só leva a um enfrentamento da dor psíquica mas abre caminhos de acesso a significados novos, mais complexos, por onde veiculam novos afetos.

Em certa ocasião, Carla chegou muito feliz:

“Ganhei um casal de filhotes dálmatas, uma belezinha. Passei a tarde brincando com eles, dei banho e ração. À noite, você nem acredita, acordei e fui lá ver se estava tudo bem. Acho que estou cuidando deles direitinho”.

“Tenho a impressão que você está descobrindo como manter uma dupla unida, um casalzinho que pode vir a ser fértil. Melhor que isso você está experimentando sua capacidade cuidar das suas relações direitinho, inclusive a nossa”.

Estivemos juntas – eu e Carla – por quatro anos, até o momento em que ela havia aprendido a desenvolver em si *a função psicanalítica da mente* (Bion, 1962, p. 178). “O emergir da função analítica é uma das injunções clínicas da função a, e revela tanto a riqueza, a expansão, como alto grau de dor psíquica que o trabalho com a intersubjetividade do par promove” (Manhães, 1998, p. 8)

A estação da alta, como todas as estações, chega devagar mas é inequívoca. Não há muito que dizer sobre isso. Como descrever a tristeza alegre de um trabalho bem feito que se termina, de um trabalho em que uma vida humana se tornou inteira em consideração reestruturando identidade e realidade, desejo e mundo subjetivo (Herrmann, 1993, p. 211).

Ao ir embora, Carla despediu-se com alegria e gratidão e disse-me “concretamente eu saí do chão e fui me levantando, me erguendo aos poucos, até virar gente...(começou a rir)... mas quero falar pra você que não foi fácil não, só agüentei tudo isso aqui, porque estava no seu divã”.

Ela foi embora e provocou em mim uma útil reflexão “como é o meu divã?” Fui obrigada a revisar minha identidade enquanto terapeuta e enquanto ser humano para poder avaliar *como é o meu divã*.

Mais que a indagação, Carla deixou presente em mim o desejo de poder oferecer o *meu divã*, a cada paciente que dele precisar! Mal sabe ela quantos ganhos tive em sua companhia – até mesmo no momento de sua despedida – adquirimos juntas tolerância ao desconhecido e a dor mental; experimentamos escuridão e sabedoria; pudemos cruzar a linha de chegada e atingir *um conhecimento que só em conjunto o par poderá alcançar* (Ogden, 1996, p. 133).

13. ADEUS

Vivi com essa paciente uma experiência única – a experiência de ser abandonada – que me fez refletir muito, buscando entendimento para a ruptura de nossa relação.

Estávamos juntas há dois anos. O começo do processo psicoterápico havia sido muito difícil, ela se colocava sempre de forma polida, porém distante; exprimia um misto de altivez e desamparo; tinha racionalizações para tudo, convicta em suas posições, colocava em evidência sua inteligência, facilidade intelectual e usava estratégias de manipulação e sedução para atingir seus objetivos.

Sempre freqüente e pontual as sessões, era colaboradora e também questionadora, seja em relação a si mesma, quanto a mim ou quanto a evolução de seu processo terapêutico. Relatava suas dificuldades de envolvimento nas relações afetivas, trazia experiências de intensa solidão e sentia-se incompreendida por seus pares.

Relembrava com insistência, que quando criança ficava horas em seu quarto lendo ou atrás de uma cortina na sala, pois tinha a impressão de não ser enxergada e que poderia ficar ali esquecida. Passava o dia aguardando a chegada dos pais, que de acordo com ela, trabalhavam em exagero. Quando chegavam, ela ainda permanecia sem ser enxergada. Assim que adquiriu um pouco de autonomia, resolveu cuidar da vida e deixou de se importar com sua invisibilidade.

Na relação com esta paciente tinha a impressão que falávamos e interpretávamos, mas nunca vivemos juntas, estados emocionais. Era uma psicoterapia interessante, indagativa, muito correta, mas sem trânsito de emoções, nosso contato se constituía como algo poroso, onde tudo entrava mas também parecia sair e se perder.

Com o passar das sessões passou a fazer, progressos, relacionava-se melhor com o namorado, pais, amigas, pessoas íntimas, já estava recuperando-os em seu espaço mental e em seu dia-a-dia. Trabalhamos com afimco seus pontos agressivos e destrutivos, principalmente seu temor de ligar-se à alguém, mantendo defensivamente uma postura de independência e auto-suficiência.

Nesta fase de seu processo relatou um sonho, onde havia encontrado numa caverna profunda, uma pedra preciosa, a mais dura e rara das pedras existentes, mas bastava colocá-la em contato com a luz e o ar, tirando-a da caverna, para descobrir que na realidade era um cristal muito frágil.

Fragilidade esta, que para não causar despedaçamento, foi endurecida, cimentada para permitir sobrevivência; daí a necessidade de que eu, sua terapeuta soubesse constituir o meu olhar e a minha mente como aquela luz e como aquele ar para aprender lidar com sua fragilidade

O paciente narcísico foi uma criança com carência de narrador¹⁰ adequado, narrador que buscava na criança confirmações e não um narrador que fosse capaz de rêverie sobre os estados primitivos da mente, razão pela qual este aprendeu a defender-se de estados mentais que não podia tolerar cindindo-os e fazendo freqüentemente com que sejam os outros a vivê-los. O paciente narcísico necessita continuamente de bagageiros que vivam por eles estados emocionais que lhe são intoleráveis (Ferro, 1997, 167).

A ruptura da nossa relação terapêutica se deu após um período de férias, que foi estendida por mais dez dias que o combinado, isto se deu em função de uma situação imprevista de doença, seguida de morte dentro de minha família. Esse acontecimento mobilizou em mim sentimentos até então desconhecidos e profunda tristeza pela perda.

Ao voltar para o consultório, percebi nessa paciente grande indignação pela minha demora de retorno das férias, havia irritação em sua fala e sensação de não ter sido considerada em suas necessidades durante este longo tempo, onde algumas sessões foram perdidas. Bion afirma que para alguns pacientes “o contato com a realidade apresenta maiores dificuldades quando essa realidade é justamente o próprio estado mental” (Bion, apud. Ferro, 1997, p. 178).

“O paciente narcísico não pode, não é capaz de suportar por muito tempo (sob pena de se despedaçar) estados emocionais como a angústia da

¹⁰ A figura do “narrador interno” foi descrita por Bion quando fala da função a e do “aparelho para pensar os pensamentos”, mas Stevenson já tinha descrito melhor em *Sobre os Sonhos* quando escreveu que toda a sua produção nascia dos “homenzinhos que trabalhavam dentro dele”, trabalhando até quando ele dormia, e que eram os verdadeiros artífices dos seus contos (Stevenson, apud. Ferro, 1997, p. 176).

separação, a necessidade, a dependência, a inveja, a exclusão etc.”(Ferro, 1997, p. 167).

Assim que a paciente entrou para a sessão, comentou:

“Você deve ter percebido que não estou produzindo muito nas últimas sessões. Não estou mais à vontade aqui. Hoje fiz um esforço para vir, parece-me que perdeu aquele colorido...”

Disse a ela:

“O que será que você precisa dizer-me, nesse momento?”

Ao que ela responde:

“Tenho a impressão que nem mesmo você conseguiu perceber a sensibilidade que tenho em mim. Enganei-me também com você, pensei que havia encontrado alguém que iria reconhecer que possuo algo único, que ninguém mais possui. Mas, você também não foi capaz de atingir essa percepção e igualou-se aos outros que elogiam minha inteligência e beleza mas não têm penetração dentro de mim.

Inúteis e até nocivas foram minhas interpretações voltadas para seu temor de ficar esquecida como quando menina, ficando atrás da cortina; interpretações voltadas também à sua irritação e negação por sua dependência em, relação ao nosso contato. Não percebi naquela situação em particular, que as interpretações não tinham importância alguma; eu estava diante de uma paciente que fundamentalmente precisava entregar-me a tarefa de viver por ela aquelas emoções em estado bruto que estavam emergindo ali no campo transferencial. Emoções que sempre foram cindidas e projetadas por não serem toleradas por ela.

Estavam presentes ali comigo, sua agressividade e raiva que nasceram com certeza, em seguida à angústia de separação e sentimentos outros que até então não pudera experimentar

Com o paciente narcísico são criados graves problemas de contratransferência, que podem ser resolvidos se forem olhados em termos de emoções que o paciente não pode viver, mas que deve colocar em quem está próximo dele: a irritação é um deles, o sentimento de exclusão e a sensação de não ter nenhuma importância são outros ainda. (Ferro, 1997, p. 167).

Finalmente a emoção veio à tona em nossa relação. Ela, a paciente estava exposta, demonstrando agressividade e desprezo simultaneamente. Estávamos diante de um momento novo e desconhecido, como iríamos nos comportar agora como dupla? O que fazer sem o modelo de relacionamento frio e distante, deslocado para um modelo tão intenso e próximo?

Todos nós adquirimos, através de nossa educação e desenvolvimento, pré-concepções maciças de modelos, teorias e idéias das quais temos que gradualmente nos libertar para nos sentirmos livres para receber novas impressões, pensar novos pensamentos e formar novos modelos (Meltzer, 1975, p. 43).

Receber novas impressões, pensar novos pensamentos, formar novos modelos. Seria preciso, simplesmente, que eu tivesse recebido suas identificações projetivas e vivido aquelas emoções através daquela *luz* e daquele *ar* para poder metabolizá-las e aos poucos transformá-las. A paciente não estava

ainda com seu *aparelho para pensar pensamentos* fortalecido, de forma que aquela turbulência emocional ativada na sessão deve tê-la deixado assustada e imaginou-se sem lugar dentro de mim; mais uma vez não encontrando espaço e continência em outra mente.

Esse momento de terror vivido pela dupla – o *não saber* lidar com o desconhecido, levou-me aquela interpretação estéril ao invés do contato afetivo, não deixei-me conduzir pela “*cegueira* para iluminar o *ponto escuro* que arrebatou nossa relação” (Bion, 1973, p. 45). A paciente por sua vez não veio à próxima sessão e a nenhuma mais...

“Uma mãe que não pode permitir ser habitada e tomada desde dentro (e, portanto, ser criada) pelo bebê, não pode dar a este forma psicológica. Nessas circunstâncias, há um destruição do vínculo entre o bebê e o seio” (Bion, 1959, p. 314).

Esta citação de Bion confirma o colapso da intersubjetividade que ocorreu em nossa relação; já que não houve uma resposta continente/criativa da mãe/terapeuta às identificações projetivas do bebê/paciente

Do ponto de vista da parte psicótica da mente, dor psíquica é uma ofensa insuportável à onipotência narcísica (dor da dor) devendo portanto ser eliminada a qualquer custo, ainda que o preço seja o ataque a própria mente ou ao *setting*. Há um verdadeiro ódio ao esforço e uma tenacidade em não considerar frustrações, especialmente quando o narcisismo se confunde com sobrevivência (Ancona, 1989, p. 46).

O abandono da psicoterapia por essa paciente corresponde e testemunha um defeito de minha capacidade de acolhimento e transformação de sua vivência emocional naquele momento: a paciente encontrava-se na necessidade de evacuar numa atuação a cota de elementos β que não foi por mim recebida e digerida. O modo encontrado para representar nossa vivência foi “despedaçando nosso contato como tudo aquilo que está (ou foi) despedaçado dentro dela”.

No transcorrer deste trabalho, através da bibliografia pesquisada, percebemos que os fenômenos da interação do par terapêutico tem sido tão freqüentemente discutidos na literatura psicanalítica que dizer algo novo a respeito torna-se muito difícil. Paradoxalmente, contudo, tanto se discute à respeito deste tema também porque ainda existem importantes lacunas a serem preenchidas na compreensão do processo terapêutico e de seu significado no que se refere ao vínculo paciente-terapeuta.

A constatação forçada pelas circunstâncias da prática clínica de que não é possível estar com outro ser humano de maneira íntima sem passar por uma experiência emocional perturbadora, a nosso ver, se constituiu na exigência originária que levou Freud inicialmente a buscar meios de limitar o alcance desta turbulência com o objetivo de proteger o paciente das possíveis atuações do analista, de acordo com o que foi exposto nos capítulos anteriores.

Já na fundação do método psicanalítico* está determinado ao analista uma missão dupla em sua atuação; precisa de um lado da atitude de *analisar*, atitude científica de investigação, racional, intelectualizada, descompromissada com a procura de resultados terapêuticos, e, de outro a atitude de *tratar*, postura de quem quer cuidar, envolver-se e curar, um *furor sanandi* que coloca a conscientização (o saber, o descobrir, o pesquisar) num plano totalmente secundário (Freud, 1923, p. 287).

Com esta visualização somos convidados em um primeiro momento, a nos identificarmos com uma ou outra postura; mas parece-nos que a questão não é tomarmos opção por uma destas atitudes e nem mesmo buscar uma

atitude em uma faixa média de possibilidades, mas considerá-las necessárias e ativas enquanto atitudes psicoterápicas.

No âmbito da psicanálise é muito evidente que o agente científico tem sido necessariamente também um agente terapêutico. A meta terapêutica do analista é justamente analisar. Porém, historicamente existe uma dificuldade de reconhecimento destas duas realidades, que dividiram os psicanalistas em torno de duas linhas de desenvolvimento: “de um lado os adeptos da *visão clássica*, cujo o padrão é Freud e que incluía os kleinianos, autores da Escola Francesa, e, de outro, os da *visão romântica* com Ferenczi, Balint, Winnicott, Kohut, entre outros” (Strenger, 1989, p. 452)

É interessante observar que a divisão dos analistas em duas “linhagens”, como a descrita, pode ser feita também de acordo com outro critério: a forma como os analistas encaram a psicanálise como terapia. De um lado, os que consideram a psicanálise como uma forma de tratamento identificada com o modelo médico de tratamento, e, de outro, os que a consideram como uma ampliação do autoconhecimento (Engel, 2000, p. 452).

Nos primórdios da psicanálise, Freud e seus discípulos lutavam pela inserção desse novo saber no campo da razão científica. Freud aderiu inicialmente ao ideal de pureza e neutralidade exigidos de qualquer postura verdadeiramente científica pelos cânones da época. Reativamente ao fracasso da hipnose e das técnicas sugestivas que implicavam numa influência deliberada ao

analista, a idéia da neutralidade marcava a rutura com antigos métodos terapêuticos, como condição de acesso ao estatuto científico da psicanálise.

A experiência de Freud com uma de suas pacientes hipnotizadas, que ao despertar passou-lhe os braços em volta do pescoço, representou o ponto de partida para a descoberta da transferência. Desde o momento em que Freud considerou que a conduta da paciente não podia se explicar *por seu encanto pessoal irresistível*, passou a levantar a hipótese de que esse amor não era dirigido a ele, mas a outra pessoa, e que para eliminar esse *elemento misterioso* que se constituía como um obstáculo para a sua ação, era preciso abandonar a hipnose

Freud pretendia inicialmente, que a psicanálise se constituísse como a ciência natural e procurava escrever a sua metapsicologia na linguagem dominante da época – a fisiologia, a termodinâmica e a psicofísica, em contrapartida ao que se configurava como um saber centrado na interpretação e na existência da transferência (Birman, 1994, p. 324).

Além dos trabalhos sobre técnica e os casos clínicos encontrados na *história oficial* dos textos formalmente escritos e revisados, há toda uma bibliografia adicional constituída pelos relatos de seus ex-pacientes, que fornecem interessantes informações sobre o analista Freud. Emanam de tais informações que Freud longe de ser austero, rígido e abstinente, “mostrava-se muito presente atento e respeitando o outro mas também dotado de humor, embora por vezes impaciente e mesmo irritado, quando tamborilava ostensivamente os dedos sobre a guarda da poltrona” (Flemm, 1986, p. 713).

Os estudos de casos de Freud, mostram-nos o primeiro analista como alguém sempre imerso em sua tarefa, *alguém que estava continuamente com o paciente* e nessa relação embora buscasse talvez, atingir o ideal de seus mestres de pesquisa fisiológica, não conseguiu evitar a participação de sua subjetividade. Embora defendesse a idéia da cientificidade, Freud nesta época não se dava conta, ou melhor não podia ou não tinha ainda respaldo ou alcance dentro da psicanálise para explicar teoricamente o que ele já realizava em sua prática clínica.

Freud reconheceu, mais tarde, que qualquer que fosse a técnica utilizada, o vínculo afetivo com o analista estaria presente: o analista seria aprisionado numa cena em que repetiriam a seu respeito fantasias e conflitos que lhe competia compreender. Ou seja, uma situação terapêutica bastante complexa e cheia de riscos! Como conciliar esta descoberta com o espírito científico positivista de sua época, segundo o qual qualquer teoria que se pretendesse científica, teria que livrar-se dos obstáculos que impedissem a leitura neutra dos dados pelos quais a natureza ditava a sua verdade?

O conceito de neutralidade pode ser visto como aquele que durante muito tempo esteve comprometido com o ideal de pureza e objetividade exigidos de qualquer postura verdadeiramente científica, cedendo lugar, com o desenvolvimento da psicanálise, a uma preocupação com a responsabilidade ética que deve reger a conduta do analista.

A neutralidade sugerida por Freud não altera a atitude envolvida na meta terapêutica, ela apenas torna o analista mais isento na consecução deste

objetivo; a neutralidade não modifica a atitude *terapêutica* para transformá-la em uma atitude *científica*.

O trabalho psicoterápico tem como princípio guia uma tensão equilibrada e próxima do limite, poderíamos conceber nosso estado mental ou nossa posição dentro do *setting* como oscilando entre momentos de maior ou menor objetividade e subjetividade, e nestes, estando mais ou menos imersos no estado de intersubjetividade com o paciente

Uma certa neutralidade possível nos permite oscilar entre esses dois estados, em sucessivas imersões e emersões, ao longo de um processo necessariamente longo, incompleto, fragmentário e freqüentemente frustrante, em que buscamos entender e ser entendidos, tentando captar de alguma forma quem é, o que pensa, o que sente e por que sente esse outro ou outra com quem nos encontramos à procura de algum significado para a sua dor psíquica (Eizirik, 2000, p. 718).

Uma certa neutralidade possível também nos lembra, que este outro ou outra tem uma estrutura de personalidade peculiar, ou lança mão de algumas defesas predominantes ou estabelece relações repetidamente dentro de um certo padrão ou estilo ou procura acionar aquele com quem está convivendo para adotar tal ou qual atitude, ou para experimentar tal ou qual estado mental.

Uma certa distância possível é uma expressão propositadamente ambígua, usada por Eizirik quando faz referências a neutralidade. A neutralidade admite a necessidade de uma *distância*, mas reconhece que ela é relativa; ao mesmo tempo, com o *possível*, pretende-se enfatizar que estamos tratando de uma

posição constantemente ameaçada, por influências internas e externas e que tentamos manter dentro das possibilidades.

Uma certa neutralidade possível também nos alerta para o fato de que a prática clínica é um empreendimento tanto ético quanto terapêutico, e que estamos comprometidos a buscar mudança psíquica e crescimento mental, mas também redução de sofrimento e aumento da capacidade de amar e de trabalhar, no mínimo, sendo que para tudo isto somos pagos.

Com essas observações pretendemos contribuir de alguma forma para mostrar como é difícil e simplista tentar apresentar Freud como um analista que buscava a objetividade, e que guiava-se apenas por uma visão positivista ou exclusivamente baseada na ciência natural. Embora pudesse ser esta sua pretensão, seu encontro com a clínica não poupou-lhe a necessidade irredutível de lidar com a subjetividade dos pacientes e a sua própria.

Freud teve o mérito único de inaugurar a *escuta psicanalítica*, ele escutava o paciente e escutava-se ao mesmo tempo, atento aquilo que percebia no outro e em si mesmo. Ser psicoterapeuta hoje, é essencialmente poder recuperar a *escuta* de Freud, para recuperar o *modo de pensar* freudiano. Um pensar que provoca descobertas, que leva a ruptura de verdades estabelecidas, rompendo com a solidez do campo terapêutico, para que possa surgir o novo!

A nossa pesquisa, *O Vínculo no Tratamento Psíquico*, investiga de forma particular – *a transferência* – como um dos notáveis conceitos formulados graças a essa escuta de Freud. Ele notou que todos os seus pacientes, sem exceção, apresentavam um *fenômeno* (Freud, 1915, p. 209). Freud verificou

que seus pacientes transferiam para a pessoa dele, sentimentos, idéias, emoções, etc., que um dia sentiram – realisticamente ou não – em relação a figuras significativas de sua infância. Nesse momento então, fez sua grande descoberta, a *transferência*, esse exemplo nos traz a dimensão da entrega de Freud ao vínculo com seu paciente, um contato capaz de possibilitar descobertas. Em sua escuta pode perceber um fenômeno que já existia, (não foi inventado por ele) mas só ficou visível depois de Freud tê-lo apreendido e formulado verbalmente e assim, analistas e psicoterapeutas do mundo inteiro, durante anos e anos, até hoje, percebem e fazem uso desse fenômeno (fato) em sua prática clínica.

Procuramos pelas exposições das vinhetas clínicas, produzir reflexão quanto as formulações iniciais acerca da postura técnica do psicoterapeuta no tratamento psíquico, de um período de busca da objetividade para outro de procura da intersubjetividade, tentando ilustrar como tanto uma formulação quanto a outra não dão conta de cada momento evolutivo, nem abrangem as várias dimensões contrastantes e ambíguas da prática clínica. Não existe *a* ou *uma* postura correta de posicionamento e ação do terapeuta no vínculo com seu paciente.

Acreditamos que na busca de uma atitude dentro da relação paciente-terapeuta, existe uma tendência crescente de enfatizar o aspecto intersubjetivo da relação, estimulado pelas idéias da pós-modernidade, face às quais noções como a objetividade e a própria neutralidade analítica tornam-se obsoletas, impossíveis ou inúteis; e sucessivos alertas também, acerca do risco de

se mergulhar num subjetivismo desvairado, que nos tiraria de qualquer compromisso inclusive com os objetivos terapêuticos do tratamento psíquico.

O grande desafio para o psicoterapeuta é encontrar o equilíbrio entre as posições de observador e participante, entre elementos objetivos e subjetivos, buscando uma posição de escuta que seja a menos comprometida com seus próprios valores, ao mesmo tempo interagindo com o que o paciente lhe comunica, estando também aberto para modificar-se nessa escuta.

Uma característica peculiar da psicanálise, desde que Freud descreveu o seu *procedimento terapêutico* como um suceder, em ordem variada, direta, inversa ou simultânea, que se apresenta com a possibilidade e a necessidade de recordar, repetir e elaborar, para que assim possa ocorrer uma melhor apreensão de idéias inovadoras, bem como o aprofundamento decisivo daquilo que já se conhece. Esses três movimentos, da mesma forma, fazem parte da Psicanálise como disciplina e também como profissão já que estamos empenhados em retornar a Freud, repeti-lo, recorda-lo e elaborar sua obra, ao mesmo tempo buscando amplia-la e desenvolvê-la, para melhor atuar no vínculo com o paciente.

Com o pensamento de retornar à fonte, para melhor aprofundar e criar o movimento psicanalítico, podemos constatar que o novo não existe, mas toma formas novas e sentidos novos em cada profissional que constrói e desenvolve o processo de compreensão da prática clínica. Cada autor traz sua colaboração única criada por suas próprias indagações e busca, através da sua produção científica, o entendimento de uma questão existencial que traz consigo.

Vejamos por exemplo, de forma extremamente sucinta e simplista, que Freud em sua teoria, perseguiu a sexualidade em suas interpretações dos desejos sexuais inconscientes de seus pacientes; enquanto Klein trouxe um outro aspecto a ser desvendado na relação terapêutica, a destrutividade e a auto-destrutividade presente; em seguida aparece Bion insistindo, em que os analistas deveriam focalizar a realidade emocional imediata de sua experiência com o paciente para que algo novo tivesse chance de ocorrer, ou seja cada pesquisador procura incessantemente, respostas às suas questões pessoais e colaboram de forma original para o avanço da psicanálise.

A clínica contemporânea traz em seu histórico, marcas dessa evolução e passa progressivamente a interessar-se por algo que vai além daquilo que foi deslocado da consciência pela repressão. O foco da investigação clínica amplia-se incluindo em seu projeto além da revelação de significações ocultas, a criação de significações ausentes, de certa forma uma verdadeira invenção de significados; significados estes, que foram deixados em suspensão pela cisão das funções mentais. Queremos enfatizar que a clínica atual não abandona o que foi deslocado da consciência pela repressão, pois o que ocorreu posteriormente, em termos da construção da teoria e da técnica psicanalíticas, demonstram que o foco da investigação clínica está ancorado sim, mas não fixado somente na revelação dos significados inconscientes.

Melaine Klein, ao propor em 1946 o conceito de identificação projetiva, precedido necessariamente por uma cisão do ego e do objeto interno, inaugura uma nova via de investigação sobre a natureza do fenômeno mental,

fundamental para se compreender as linhas de desenvolvimento da clínica contemporânea. Este conceito rompe com a idéia de que somente os conteúdos mentais podem ser suprimidos da consciência, e introduz a noção de que as funções mentais também podem ser suprimidas. Esta idéia levará a uma reformulação da noção de inconsciente para os analistas, redefinindo também, seu papel na sessão.

Quando pensamos na supressão de conteúdos da consciência, estamos diante de uma psicanálise que tem por noção central a repressão. Ao falarmos de supressão de funções mentais, estamos atribuindo à identificação projetiva e à cisão um papel nodal no que se refere à maneira de como concebemos o aparelho mental em funcionamento. Não pensamos que estas duas construções conceituais sejam contraditórias, e acreditamos que uma das tarefas que nos desafia atualmente é a de compatibilizá-las em um nível metapsicológico.

A principal aplicação desta mudança é, antes de tudo, técnica. O psicoterapeuta deixa de estar preocupado tanto com interpretações do conteúdo enquanto expressão de um mundo reprimido, porque passa a acreditar que parte da vida afetiva de seu paciente, não foi transformada em estados mentais. Isto quer dizer que parte de sua vida emocional não adquiriu ainda *representação*, porque o próprio aparelho psíquico estava desfalcado de *funções mentais* que pudessem produzi-las. Deste modo, seu estado mental se traduz em ações automáticas ou estados somáticos vividos como fatos concretos sem significado, existindo, portanto, fora dos processos simbólicos. No processo de construção da interpretação o psicoterapeuta se coloca diante de uma tarefa nova; sua escuta

pressupõe uma disponibilidade para as experiências emocionais do paciente que não puderam ser vividas e nem representadas por ele. Não se trata, naturalmente, de uma disponibilidade intelectual, ou de uma função que possa ser exercida intelectualmente. Estes novos conceitos modificam o tipo de escuta psicanalítica.

Sustentado implicitamente no conceito de posições (esquizo-paranóide e depressiva) introduzido por Klein, Bion abala mais do que qualquer outro analista o ponto de vista dinâmico que atribuía uma causalidade psíquica a um dinamismo inconsciente constituído pelas relações objetais primitivas, em favor de um ponto de vista estrutural que privilegiava formas de articulação presentes da experiência emocional. Esta posição não nega a importância das primeiras identificações; apenas, ao nosso ver, redefine sua função. Rompe-se, desta forma, com a idéia de um determinismo simples e adota-se a idéia de um multideterminismo, cujas estruturas causais se articulam de diversas maneiras em diversos planos

Na medida que interpretamos estruturas causais que se articulam concomitantemente em diversos planos, introduzimos na sessão uma espécie de economia da surpresa, que acrescenta ao *insight* uma qualidade de efeito-descoberta, que abre novas perspectivas vivenciais para o paciente, ampliando sua consciência afetiva (Barros, 2000, p. 69).

Isto quer dizer que além de estarmos atentos aos significados ocultos, estamos também trabalhando com significados potenciais, a serem criados, como forma de realização dos significados ausentes em suspensão. A interpretação, neste contexto, é ato de criação de significados, tanto para o

paciente quanto para o psicoterapeuta, embora de qualidade diferente que amplia o universo da emoção, ao abrir possibilidades de experiências emocionais até então impermeáveis.

Na contemporaneidade, qual a natureza do conhecimento transmitido pela interpretação através da escuta do psicoterapeuta?

Elliot escreveu

Nós tivemos a experiência, mas faltou sua significação,
E a busca da significação restaura a experiência
De uma forma diferente (Elliot, apud., Barros, 1995, p. 69).

Essa seqüência de idéias referentes a escuta e interpretação em Freud, Klein e Bion, apresentadas nesse momento, tem a função única de ilustrar a veracidade de um ditado chinês, *toda obra é maior que seu autor*. Freud criou, descobriu a psicanálise e criou-nos também a nós, enquanto psicoterapeutas comprometidos nesse ofício como personagens de sua obra. Cada autor posterior a ele, dentro do movimento psicanalítico, sejam os ortodoxos, clássicos ou contemporâneos fizeram germinar partes da obra de Freud, partes estas que estavam ocultas, porém presentes desde o início de sua criação enquanto potencial, à espera da realização de novos significados. Significados que permaneceram em suspensão, aguardando condições favoráveis para serem descobertos e desenvolvidos na constante evolução e revolução do movimento psicanalítico.

O processo de construção de uma ciência se dá como em qualquer processo de desenvolvimento ocorrido na natureza; façamos uma correlação dela com a evolução, quer biológica ou psíquica de um bebê, até atingir sua fase adulta. O bebê contém em si, potencialmente, características que serão desabrochadas neste processo, em especial na fase turbulenta da adolescência. O desenvolvimento de uma Ciência, portanto, não somente se dá de forma linear, previsível e harmônica, mas também por recuos, rupturas, saltos, pontos divergentes e por enfrentamentos.

Acreditamos ser esta a história da psicanálise, também no que tange ao vínculo no tratamento mental, onde cada pesquisador, analista, psicoterapeuta, e também para o leitor interessado nesse assunto, todos nós em cada encontro com o paciente, criamos, renovamos e perpetuamos a clínica de base analítica.

Na introdução dessa dissertação convidamos o leitor a estabelecer conosco uma relação comum pela leitura e desde então, estivemos compartilhando das idéias que aqui foram apresentadas a respeito do vínculo no tratamento psíquico.

Nesse momento, onde se finda de modo objetivo a realização dessa pesquisa, gostaríamos de enfatizar ao leitor, que graças à sua disposição subjetiva de apreciação desse trabalho, pudemos possivelmente partilhar as ansiedades, incertezas, e pequenas alegrias de uma prática clínica continuada que está sempre a exigir de nós o melhor de cada subjetividade, tanto a do psicoterapeuta, quanto a do paciente. Supomos que essa ressonância no leitor

possa ter ocorrido, ao menos parcialmente e termos construído, portanto, uma intersubjetividade temporária, que se finda no final dessa narrativa, mas que permanece através do vínculo que foi construído entre nós e você leitor.

- ABRÃO, J. L. A historiografia psicanalítica: um percurso metodológico. In: ____ *Um percurso pela história da psicanálise de crianças no Brasil*. Assis: Faculdade de Ciências e Letras de Assis, UNESP, 1999. 256 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista, Assis, 1999.
- ALENCASTRO, F. R. *Sobre os que “moram em móvel-mar”*: questões em torno da elasticidade da técnica em Psicanálise. São Paulo: PUC, 1999 (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1999.
- ALMEIDA, C. L. de. O que é Epistemologia? *Revista da Educação HEC*, n. 102, 1997.
- ANCONA, L. Del sufrimiento al Dolor Mental: um objeto psicoanalítico. *Rev. Psicoanal.*, 46 (6): 1023-36, 1989.
- ANDREUCCI, M. C. A psicanálise do século XXI, *Revista IDE*, n. 26, 1993
- BARANGER, M & BARANGER, W. La situación analítica como campo dinámico, *Revista Urug. Psicoanal.* p. 3-54, 1961
- BARANGER, M. & BARANGER, W. *Problemas del campo analítico*. Buenos Aires: Kargieman, 1961.
- BEZERRA, B. J. Narratividade e construção da experiência subjetiva. In: ____ *Psicanálise e Universidade*. Rio de Janeiro: Passos, 1998.
- BIANCHEDI, E., et. al. Crescimento mental e identificação: Um ponto de vista sobre o diálogo psicanalítico. CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICANÁLISE, XXVI, 1989.

BIANCHEDI, E. T., et al. Decisión de separación y terminación del análisis. S. Freud: análisis terminable y interminable, 40 años después. Asociación Psicoanalítica Provisional de Buenos Aires, 1991.

BION, W. R. *Aprendendo com a experiência*. Tradução Jayme Salomão e Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

BION, W.R. *Os Elementos em psicanálise*. Tradução Jayme Salomão e Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

BION W. R. *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

BION, W. R. *Conferências Brasileiras I*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

BION, W. R. O gênio e o Establishment. *Revista Gradiva*, n. 20, 1980.

BION. W. R. *Discussioni com W. R. Bion*. Torino: Loescher, 1984.

BION, W .R Notas sobre memória e desejo. Tradução Belinda Piltchen Haber. In: (org.) SPILLIUS, E. B. *Melanie Klein Hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica*. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

BION, W. R. Ataques à Ligação. In: _____. *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Tradução Wellington M. de Melo Dantas. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BION, W. R. Diferenciação entre a Personalidade Psicótica e a Personalidade Não-Psicótica. In: _____. *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Tradução Wellington M. de Melo Dantas. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BION, W. R. Notas sobre a Teoria da Esquizofrenia. In: _____. *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Tradução Wellington M. de Melo Dantas. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

- BION, W. R. O gêmeo imaginário. In: ____ *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Tradução Wellington M. de Melo Dantas. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- BION, W. R. Uma teoria sobre o pensar. In: ____ *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Tradução Wellington M. de Melo Dantas. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- BIRMAN, J. A. clínica na pesquisa psicanalítica. In: II ENCONTRO DE PESQUISA ACADÊMICA EM PSICANÁLISE São Paulo. *Atas*. São Paulo, 1992.
- BOLLAS, C. *L'ombra dell'oggetto: Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma: Borla, 1989.
- CELES, L., A. M. Relações entre subjetividade e linguagem nos procedimentos da psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, abr./dez., 1987, v. 3. n. 3, 282-95.
- CHAVES, P. L. Afinal, e o número de sessões? *Jornal de Psicanálise*, 32, p. 67-77, 1999.
- CONTART, M. B. A. de *Considerações sobre "asepsia" no vínculo analítico*. In: FÓRUM SOBRE SUPERVISÃO DA SBPSP, 1997.
- D'AMARAL, M. T. O vigor da cultura comunicacional: o paradoxo moderno contemporâneo. In: ____ *Contemporaneidade e novas tecnologias*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1996, p. 13. *Ibid.*, p. 152-153.
- DICHIARA, G. Una prospettiva psicoanalitica del dopo Freud: un posto per l'altro. *Rivista di Psicoanalisi*, 31, p. 451, 1985.

EIZIRIK, C. L. Da teoria à clínica: a questão da neutralidade e suas repercussões transferenciais e contratransferenciais. In: 13º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE, São Paulo, 1991.

EIZIRIK, C. L. Entre a escuta e a Interpretação: Um Encontro Evolutivo da Neutralidade Psicanalítica. *Revista de Psicanálise*, v. I, n. 1, p. 19-42, 1993.

EIZIRIK, C. L. Os afetos e a situação analítica. In: II ENCONTRO DO GRUPO DE ESTUDOS DE PSICANÁLISE DE RIBEIRÃO PRETO, 1998, Ribeirão Preto, 1998.

EIZIRIK, C. L. Entre a objetividade, a subjetividade e a intersubjetividade: ainda há lugar para a neutralidade analítica? *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 34, n. 4, p. 711-722, 2000.

ELLIOT, T. S. *The Complete Poems and Plays*. New York, San Diego, London: Harcourt Brace & Company, 1995.

ENGEL, J. V. Psico-análise, psico-terapia, modernidade e pós-modernidade: uma discussão: novas considerações sobre o lugar da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 34, p. 451-474, 2000.

ETCHEGOYEN, H. R. *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1989.

FÉDIDA, P. *Clínica Psicanalítica: Estudos*. São Paulo: Escuta, 1988.

FÉDIDA, P. *Comunicação e Representação*. São Paulo: Escuta, 1989.

FÉDIDA, P. *Nome, Figura e Memória*. São Paulo: Escuta, 1992, p. 82.

FERENCZI, S. *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

- FERENCZI, S. *Psicanálise II / Sandor Ferenczi* (Obras Completas). São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- FERENCZI, S. *Psicanálise IV / Sandor Ferenczi* (Obras Completas). São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- FERRO, A. *A Técnica da Psicanálise Infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- FERRO, A. *Na sala de análise*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- FERRO, A. *A psicanálise como literatura e terapia*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- FIGUEIRA, S. Introdução: Psicologismo, Psicanálise e Ciências Sociais na “cultura psicanalítica”. In: ____ (org.) *Cultura de Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- FIGUEIRA, S. (org.), *Interpretação Sobre o Método de Psicologia*. Rio de Janeiro: Imago, 1989.
- FIGUEIRA, S. *A clínica do analista: Agenda para uma clínica psicanalítica do século XXI*. São Paulo: Lemos, 1996.
- FILHO, O. M. F. E o rei está nu: reflexões sobre a neutralidade. *Rev. Bras. Psicanálise*, p. 67-86, 1980.
- FILHO, O. M. F. Mudança Psíquica do analista: da neutralidade à transformação. *Revista Brasileira de Psicanálise*, n. 2, v. XXVIII, p. 309-327, 1994.
- FRANÇA, J. B. N. F. Intersubjetividade e psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 31, n. 2, p. 381-399, 1997.
- FREUD, S. Carta 27. In: *The Origins of Psychoanalysis: Letters to Wilhelm Fliess. Drafts and Notes. 1887-1902*. Manie Bonaparte et al. London: Imago, 1954, p. 122-123.

FREUD, S. A Psicoterapia da Histeria. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. II, p. 311-363.

FREUD, S. A questão da análise leiga. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmunda Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. II.

FREUD, S. Casos Clínicos. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. II, p. 61-231.

FREUD, S. A interpretação dos sonhos. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. IV e V.

FREUD, S. Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. VII.

FREUD, S. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas* Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. X.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII.

FREUD, S. Construções em análise. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII.

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987, v. XII.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII.

FREUD, S. Sobre a psicanálise. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 1980, v. XII.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII.

FREUD, S. Observações sobre o amor transferencial. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. XII.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII.

FREUD, S. A história do movimento psicanalítico. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XIV.

FREUD, S. Neurose e psicose. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 1980, v. XIX, p. 189-198.

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XX.

FREUD, S. Um estudo autobiográfico. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XX.

FREUD, S. Lou Andreas-Salomé. In: _____. *Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XXIII, p. 333.

FROIMTCHUK., R. L. Subjetividade e objetividade na prática analítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 31, n. 2, p. 769-779.

- GABBARD, G. Contratransferência: o surgimento do terreno comum. Tradução Tania Mara Zalberg. *International journal of Psychoanalysis*, cap. 76, p. 475-485, 1995.
- GAY, P. *Freud. Uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- GODOY, L. A., PEREIRA, M. C. A Psicanálítica do século XXI. *Revista IDE*, n. 26, 1993.
- GREEN, A. *Conferências Brasileiras*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- GRINBERG, L., SOR, D., BIANCHEDI, E. T. *Introdução as idéias de Bion*. Tradução Themira de Oliveira Brito. Rio de Janeiro: Imago, 1973.
- GROSSKURTH, P. *O mundo e a obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- GROSSKURTH, P. *O círculo secreto*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- HAUTMANN, G. Pensiero onirico e realtà psichica. *Rivista di Psicoanalisi*, 23, p. 62-127, 1977.
- HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. Tradução Márcia Sá Cavalcanti. São Paulo: Vozes, 1988. v. 1.
- HEIMANN, P. On Countertransference. *International journal of psychoanalysis*, n. 31, p.81-84, p. 1960.
- HEISENBERG, W. *Physics and philosophy*. New York: Harper & Row, 1962.
- HERRMANN, F. *A psicanálise, a psicanálise e as demais psicoterapias em face do absurdo*. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

HERRMANN, F. *Andaimos do Real: Livro primeiro, o método da psicanálise*. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

HERRMANN, F. *A Clínica Psicanalítica – A arte da interpretação*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

HERRMANN, F. *O método da Psicanálise*. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

HERRMANN, F. *A Psique e o Eu*. São Paulo: Hepsyché, 1999.

HERRMANN, F. *O que é Psicanálise*. 13 ed. São Paulo: Psique, 1999.

HOFFER, A. Toward a definition of psychoanalytic neutrality. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 1985, p. 771-795.

HOLT, R. R. Freud's mechanistic and humanistic of man. *Psychoanal. Contemp. Sci.*, 1: 3-24, 1972.

JONES, E. *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989, v. I.

JONES, E. *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989, v. II.

JONES, E. *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989, v. III.

JOSEPH, B. Transferência: a situação total. In: SPILLIUS, E B.(org.) *Melanie Klein hoje*. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v. 2, p. 76-88.

JOSEPH, B. Identificação projetiva: alguns aspectos clínicos. In: SPILLIUS, E. B. (org.). *Melanie Klein hoje*. Rio de Janeiro: Imago, 1991, v. 1, p. 146-158.

KEHL, M.R. *Os sentidos da paixão*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

KLEIN, M. Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Tradução Elias Mallet Rocha, Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1952, p. 89-118.

KLEIN, M. *Nosso mundo adulto e suas raízes na infância*. In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Tradução Elias Mallet Rocha, Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 280-297.

KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Tradução Elias Mallet Rocha, Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 17-43.

KLEIN, M. *Sobre a identificação*. In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Tradução Elias Mallet Rocha, Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 169-204.

KLEIN, M. *Sobre a saúde mental*. In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Tradução Elias Mallet Rocha, Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 305-312.

KLEIN, M. *Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental*. In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Tradução Elias Mallet Rocha, Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 268-279.

KLEIN, M. *Sobre o sentimento de solidão*. In: _____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Tradução Elias Mallet Rocha, Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 340-354.

KLEIN, M. A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: _____. *Amor, culpa e reparação*. Tradução André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLEIN, M. Uma contribuição à teoria da inibição intelectual. In: _____. *Amor, culpa e reparação*. Tradução André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

- KLEIN, M. *A Psicanálise de Crianças*. Tradução Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: 1997.
- LAGACHE, D. *A transferência*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- LAPLANCHE, J. *Le Barquet*. La Transcedence du Transfert. São Paulo: Escuta, 1993.
- LAPLANCHE, J. *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- LERNER, R. A neutralidade na situação analítica. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. v. XXXI, n. 2, 1997.
- LISONDO, A. B. D. *Psicanálise e Educação: Ontem, Hoje e Amanhã*. Araraquara: FCL-UNESP, 2000.
- MALCOLM, R R. O passado no presente. In: *Melanie Klein hoje*. Rio de Janeiro: 1990, v. 2, p. 89-105.
- MALHEIRO, D. P; NADER, R. M. Contribuição a uma análise da Psicologia. In: *Psicologia, Ciência e Profissão*. *Revista de Psicologia*. Ano 7, n. 2, 1987.
- MANHÃES, R. H. *Oscilações da dupla analítica*.
- MATTIOLI, O. C. Algumas considerações sobre metodologia de pesquisa. In: *Profissionais de Educação Infantil: Em busca de uma identidade*. Marília: UNESP, 1997. Dissertação (Doutorado em Educação). Faculdade Ciências e Letras – Universidade Estadual Paulista, Marília, 1997.
- McDOUGALL, J. Entrevista concedida à Revista *Trieb*. v. 1, n. 1, p. 68-78, 1991.
- MELTZER, D. Identificação adesiva. *Jornal de Psicanálise*, cap. 38, p. 40-52, 1975.

- MELTZER, D. Metapsicologia ampliada. In: *Aplicações clínicas das idéias de Bion*. Buenos Aires: Spatia, 1990.
- MEZAN, R. Psicanálise e Universidade. In: 1º ENCONTRO DE PESQUISA ACADÊMICA EM PSICANÁLISE. 1994, São Paulo. *Atas* São Paulo: Núcleo de Pesquisa em Psicanálise, PUC, 1994.
- MEZAN, R. *A vingança da esfinge*: Ensaio de Psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- MONEY-KYRLE, R. Contratransferência normal e alguns de seus desvios. In: *Melanie Klein hoje*. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v. 2, p. 35-46.
- OGDEN, T. On projective identification. *International journal of psychoanalysis*, 60, p. 357-373, 1979.
- OGDEN, T. *Os sujeitos da Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- OGDEN, T. Reverie and Metaphor. *International journal of psychoanalysis*, p. 719-731, 1997.
- OLIVEIRA, M. L. *DES/OBEDE/SERÁS – Sobre o Sentido da Contestação Adolescente*. São Paulo: PUC, 1984. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica, 1984.
- OLIVEIRA, M. L. Um fracasso que a escola não vê: estudo psicanalítico sobre o sentido da rebeldia e do conhecimento na construção da identidade. In: (org.) CHAKUR, C.R. *Problemas da Educação sob o olhar da Psicologia*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2001, p.107-139.
- OLIVEIRA, M. L. História da psicanálise no Brasil: o ensino nos institutos. In: *Encontros Psicanálise &*. Rio de Janeiro: Imago, 1992, p. 155-182.

- OLIVEIRA, M.L. *Rebeldia e Identidade – Estudo Psicanalítico sobre uma Contradição Aparente*. São Paulo: PUC, 1992. Dissertação (Doutorado em Psicologia Clínica). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1992.
- O'SHAUGHNESSY, E. Words and working through. *International journal of psychoanalysis*, 64, p. 281-290, p. 1983.
- PELEGRINO, H. *Abandono e adoção: contribuição para uma cultura da adoção*. II. Curitiba: Terre des Hommes, 1994.
- PLÁ, J. C. Sobre el inconsciente, la contratransferencia y otros temas. In: LANGER, M (ed.). *Cuestionamos*,. Buenos Aires: Granica, 1971.
- PRIGOGINE, Y. *O nascimento do tempo*. Lisboa: 70, 1992.
- RACKER, H. *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1973.
- RACKER, I. B. *Tranference and Countertransference*. Nova York: International Universities Press, 1968.
- REZENDE, A. *Bion e o futuro da Psicanálise*. Campinas: Papyrus, 1993.
- REZENDE, A. A relação “sujeito-objeto de conhecimento” na filosofia e na psicanálise. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. v. 32, n. 2, 1997.
- RIBAS, E. *A função psicanalítica do analista: uma reflexão sobre a posição do analista na relação terapêutica*. São Paulo: PUC, 2000. Dissertação (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica/SP, 2000.
- RILKE, R. M. *Cartas a um jovem poeta*. Tradução Paulo Rónai. São Paulo: Globo, 1992.
- ROCHA BARROS, E. M da (org.). *Melanie Klein: evoluções*. Tradução Ana Maria Leandro e Lidia Rosenberg Aratangy. São Paulo: Escuta, 1989.

ROCHA BARROS, E. M. da. *O Pictograma afetivo: Da Pulsão à arte de criar significados*. Manuscrito não publicado, 1997.

ROCHA BARROS, E. M. da. Características da Clínica Psicanalítica Contemporânea, *Revista de Psicanálise do GESP-MS*, v. 1, p. 63-71, 2001.

RUSTIN, M. *A Boa Sociedade e o Mundo Interno: Psicanálise, política e cultura*. Tradução Eliana Bastos Neves, Tania Maria Zalcberg. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

SANCHES, G. P. Sigmund Freud e Sándor Ferenczi. In: FIGUEIRA, S. A. *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

SANTOS, B. de S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados*. Instituto de Estudos Avançados, USP, v. 2, N. 2, maio/agosto 1988.

TRINCA, W. & colaboradores. *Diagnóstico Psicanalítico: a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984.

TUCKETT, D. Algumas Idéias sobre a apresentação e a Discussão do Material Clínico de Psicanálise. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 28, n. 4, 1994.

WALLERSTEIN, R. Psicoanálisis y psicoterapia: una perspectiva histórica. In: *Libro Anual de Psicoanálisis*, 1989.

WINNICOTT, D. Objetos e fenômenos transicionais. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1988.

WINNICOTT, D. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WOODWARD, W. Rumo a uma historiografia crítica da psicologia. In: *Historiografia da psicologia moderna: a versão brasileira*. São Paulo: Loyola, 1998, p. 61-87.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos Psicanalíticos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ZIMERMAN, D. E. *Atributos do Psicanalista em Relação a Evolução da Psicanálise*. São Paulo: IDE, 1991.

ZIMERMAN, D. E. *Bion da teoria à prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.