

T E R C E I R A E D I Ç Ã O

# PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

FUNDAMENTOS TEÓRICOS E CLÍNICOS

CLÁUDIO LAKS EIZIRIK  
ROGÉRIO WOLF DE AGUIAR  
SIDNEI S. SCHESTATSKY

ORGANIZADORES





---

P974    Psicoterapia de orientação analítica : fundamentos teóricos e Clínicos [recurso eletrônico] / Organizadores, Cláudio Laks Eizirik, Rogério Wolf de Aguiar, Sidnei S. Schestatsky. – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2015.

Editado como livro impresso em 2015.  
ISBN 978-85-8271-149-1

1. Psicoterapia. 2. Psiquiatria I. Eizirik, Cláudio Laks.  
II. Aguiar, Rogério Wolf de. III. Schestatsky, Sidnei S.

CDU 615.851

---

Catálogo na publicação: Poliana Sanchez de Araujo – CRB 10/2094

T E R C E I R A      E D I Ç Ã O

# PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

FUNDAMENTOS TEÓRICOS E CLÍNICOS

Versão impressa  
desta obra: 2015

CLÁUDIO LAKS EIZIRIK  
ROGÉRIO WOLF DE AGUIAR  
SIDNEI S. SCHESTATSKY  
ORGANIZADORES



2015

© Artmed Editora Ltda., 2015

Gerente editorial:  
*Letícia Bispo de Lima*

**Colaboraram nesta edição:**

Coordenadora editorial:  
*Cláudia Bittencourt*

Capa:  
*Tatiana Sperhacker*

Imagem da capa:  
*9peaks/iStock/Thinkstock*

Preparação do original:  
*Alessandra Bittencourt Flach*

Leitura final:  
*Camila Wisnieski Heck*

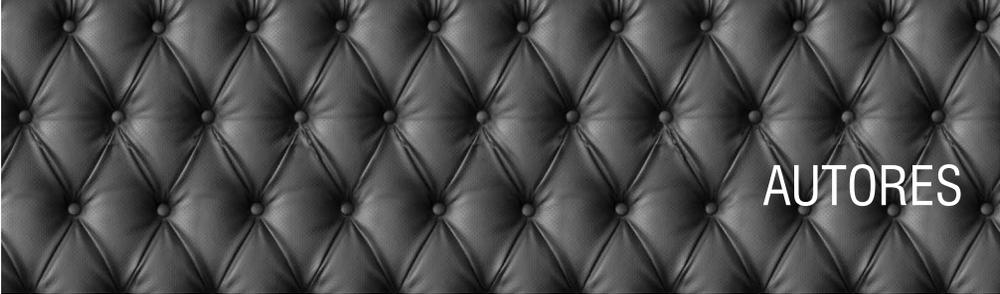
Projeto gráfico e editoração:  
*Bookabout – Roberto Carlos Moreira Vieira*

Reservados todos os direitos de publicação à  
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.  
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana  
90040-340 – Porto Alegre, RS  
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,  
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação,  
fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO  
Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5  
Cond. Space Center – Vila Anastácio  
05095-035 – São Paulo – SP  
Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333  
SAC 0800 703-3444 – [www.grupoa.com.br](http://www.grupoa.com.br)

IMPRESSO NO BRASIL  
PRINTED IN BRAZIL



## AUTORES

**Cláudio Laks Eizirik.** Psiquiatra. Psicanalista. Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro efetivo e analista didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA). Professor associado do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Preceptor da Residência em Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Coordenador do Comitê de Psicanálise e Saúde Mental da Associação Psicanalítica Internacional (IPA). Ex-presidente da IPA e da Federação Psicanalítica da América Latina (Fepal). Prêmio Sigourney 2011.

**Rogério Wolf de Aguiar.** Psiquiatra. Psiquiatra forense. Psicoterapeuta. Mestre em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor adjunto aposentado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina (FAMED)/UFRGS. Supervisor de Psicoterapia da Residência em Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e dos cursos de Especialização em Psicoterapia do Centro de Estudos Luís Guedes (CELG/UFRGS). Ex-coordenador do Programa de Estudos sobre Dor (Prodor) do Serviço de Psiquiatria do HCPA.

**Sidnei S. Schestatsky.** Psiquiatra. Psicanalista. Especialista em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Saúde Pública pela Harvard University. Doutor em Psiquiatria pela UFRGS. Professor associado de Psiquiatria da UFRGS. Preceptor da Residência em Psiquiatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Professor do Instituto de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA).

---

**Alexandre Annes Henriques.** Psiquiatra. Especialista em Dor e Medicina Paliativa pela UFRGS. Contratado do Serviço de Dor e Medicina Paliativa do HCPA. Coordenador do Prodor/HCPA. Diretor científico da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED).

**Alice Becker Lewkowicz.** Psiquiatra. Psicanalista. Formação em Psicanálise da Infância e Adolescência. Professora colaboradora do Programa de Residência de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA.

**Ana Carolina Faedrich dos Santos.** Psicóloga. Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica pelo CELG/UFRGS. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS. Colaboradora do Programa de Assistência e Pesquisa em Transtornos Alimentares em Adultos do HCPA.

**Ana Margareth Siqueira Bassols.** Psiquiatra. Psicanalista. Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Associação Médica Brasileira/Associação Brasileira de

Psiquiatria (AMB/ABP). Mestre e Doutora em Psiquiatria pela UFRGS. Membro associado da SPPA. Professora adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Coordenadora do Curso de Psicoterapia da Infância e Adolescência do CELG/UFRGS. Preceptora da Residência e do Curso de Especialização em Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA.

**Anette Blaya Luz.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro efetivo e analista didata da SPPA. Presidente da SPPA. Ex-diretora Científica da SPPA. Ex-diretora Científica da Febrapsi.

**Antonio Carlos J. Pires.** Psiquiatra. Professor e supervisor convidado do Curso de Especialização em Psiquiatria da UFRGS, área de Psicoterapia de Orientação Analítica. Professor e supervisor do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do CELG/UFRGS. Membro efetivo e analista didata da SPPA. Professor e supervisor do Instituto de Psicanálise da SPPA.

**Antonio Carlos Scherer Marques da Rosa.** Psiquiatra. Professor e supervisor convidado dos cursos de Especialização e Extensão em Psicoterapia de Orientação Analítica do CELG/UFRGS.

**Carlos Gari Faria.** Psiquiatra. Psicanalista. Analista didata da SPPA. Membro efetivo da IPA.

**Carmem Emília Keidann.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro associado da SPPA. Professora e supervisora convidada do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do CELG/UFRGS.

**Carolina Meira Moser.** Psiquiatra. Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica pelo CELG/UFRGS. Mestre em Ciências Médicas – Psiquiatria pela UFRGS. Psiquiatra do Programa de Transtornos Alimentares em Adultos do HCPA.

**Carolina Silveira Campos.** Graduanda do décimo semestre do Curso de Psicologia

da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

**Caroline Garland.** Psicóloga clínica. Psicanalista. Fellow da British Psychoanalytical Society.

**Cátia Olivier Mello.** Psicóloga. Psicanalista. Especialista em Psicoterapia da Infância e da Adolescência pelo Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência (CEAPIA). Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Professora e supervisora do CEAPIA.

**Claudio Maria da Silva Osorio.** Psiquiatra. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS. Professor adjunto aposentado da UFRGS. Colaborador do Serviço de Genética da UFRGS.

**David Simon Bergmann.** Pediatra. Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria pela ABP e em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela UFRGS. Psiquiatra do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA. Professor convidado do CELG/UFRGS. Membro graduado da SPPA.

**Diego Barreto Rebouças.** Médico. Residente em Psiquiatria no HCPA.

**Elias Mallet da Rocha Barros.** Analista didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP). Fellow da British Psychoanalytical Association e do British Institute of Psychoanalysis. Ex-editor do *International Journal of Psychoanalysis*. Prêmio Sigourney 1999.

**Eneida Iankilevich.** Psiquiatra. Psicanalista da Infância e Adolescência. Membro efetivo em funções didáticas da SPPA. Professora e supervisora dos cursos de Especialização em Psicoterapia e de Atualização em Psicoterapia da Infância e Adolescência do CELG/UFRGS.

**Eugenio Horacio Grevet.** Psiquiatra. Professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Chefe do Serviço de Psiquiatria do HCPA.

**Felix Henrique Paim Kessler.** Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria pela UFRGS. Vice-diretor do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da UFRGS. Chefe da Unidade de Psiquiatria de Adição do HCPA. Professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

**Fernando Grilo Gomes.** Psiquiatra. Psicanalista. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS. Professor adjunto de Psiquiatria da FAMED/UFRGS.

**Flavio Pechansky.** Psiquiatra. Mestre e Doutor em Medicina – Ciências Médicas pela UFRGS. Diretor do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do HCPA. Diretor do Centro Colaborador em Álcool e Drogas do HCPA/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Chefe do Serviço de Psiquiatria de Adição do HCPA. Professor associado IV do Departamento de Psiquiatria da FAMED/UFRGS.

**Germano Vollmer Filho.** Psiquiatra. Psicanalista didata da SPPA.

**Gerson I. Berlim.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro efetivo e analista didata da SPPA. Professor do Curso de Psicoterapia do CELG/UFRGS.

**Gisha Brodacz.** Psiquiatra. Psicanalista. Professora e supervisora convidada dos cursos de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica e de Especialização em Infância e Adolescência da UFRGS. Membro associado da SPPA.

**Glen O. Gabbard.** Psiquiatra. Psicanalista. Professor de Psiquiatria da Baylor College of Medicine, Houston, Estados Unidos. Prêmio Sigmund Freud 2000.

**Hamilton Oscar Perdigão da Fontoura.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro associado da SPPA. Professor e supervisor do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do CELG/UFRGS. Coordenador executivo, professor e supervisor do Curso de Extensão de Psicoterapia de

Orientação Analítica do CELG/UFRGS. Supervisor convidado do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

**Hector Ferrari.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro da Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA) e da IPA. Professor titular consultor do Departamento de Saúde Mental da Facultad de Medicina da Universidad de Buenos Aires. Diretor do Mestrado de Cultura e Saúde Mental do Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM) da APdeBA. Professor titular Freud Teórico e professor titular Freud Social (IUSAM).

**Igor Alcantara.** Psiquiatra. Mestre em Ciências Médicas pela UFRGS. Membro aspirante da SPPA. Professor e supervisor do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica da UFRGS.

**Isaac Pechansky.** Psiquiatra. Psicanalista. Especialista em Psiquiatria pela UFRGS. Ex-professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED/UFRGS. Membro efetivo e analista didata da SPPA.

**Isacc Sprinz.** Psiquiatra. Psicoterapeuta. Especialista em Clínica Psiquiatria pela UFRGS. Professor titular aposentado da PUCRS. Professor e supervisor do Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica (ESIPP).

**Ivan Sérgio Cunha Fetter.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro efetivo e analista didata da SPPA.

**Jader Piccin.** Médico. Residente em Psiquiatria no HCPA.

**Jair Knijnik.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro associado da SPPA. Professor e supervisor convidado dos Cursos de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do CELG/UFRGS.

**Jair Rodrigues Escobar.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro associado da SPPA. Pro-

fessor convidado e supervisor dos Cursos de Especialização em Psiquiatria e em Psicoterapia da UFRGS.

**Joel Araújo Nogueira.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro titular e analista didata da SPPA.

**José Carlos Calich.** Médico. Psicanalista. Coordenador do Grupo de Trabalho sobre Métodos Clínicos Comparados na América Latina, membro do Comité Científico da Fundação Jean Laplanche – Institut de France. Editor pela América Latina do *International Journal of Psychoanalysis*. Professor convidado do Instituto de Psicanálise da SPPA. Professor convidado do CELG/UFRGS. Professor convidado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar-SP).

**Julio J. Chachamovich.** Psiquiatra. Professor, supervisor convidado e ex-coordenador executivo dos cursos de Especialização em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica e de Extensão de Introdução à Psicoterapia de Orientação Psicanalítica do CELG/UFRGS.

**Juarez Guedes Cruz.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro efetivo e analista didata da SPPA.

**Jussara Schestatsky Dal Zot.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro associado da SPPA. Professora colaboradora e supervisora clínica do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do CELG/UFRGS. Professora convidada do Curso de Psicoterapia Analítica do ESIPP. Professora convidada do Curso de Especialização em Psicoterapia da UFSCar-SP.

**Lais Knijnik.** Psiquiatra. Especialista em Psicoterapia pela UFRGS. Professora e supervisora do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do CELG/UFRGS.

**Lívia Hartmann de Souza.** Psiquiatra. Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica pelo CELG/UFRGS. Doutoranda do

Programa de Pós-graduação em Psiquiatria da UFRGS.

**Lorena Caleffi.** Psiquiatra. Especialista em Dor pelo Serviço de Dor e Medicina Paliativa do HCPA. Psiquiatra da Clínica de Dor do Hospital Moinhos de Vento (HMV), Porto Alegre.

**Lucia Helena Freitas.** Psiquiatra. Mestre em Saúde Pública pela Harvard School of Public Health, Boston, Estados Unidos. Doutora em Clínica Médica pela UFRGS. Membro graduado pela SPPA. Professora associada do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED/UFRGS. Supervisora da Residência do Serviço de Psiquiatria do HCPA. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico (NET – TRAUMA) do Serviço de Psiquiatria do HCPA. Professora colaboradora do Curso de Pós-graduação em Medicina. Psiquiatria da UFRGS. Professora do Curso de Especialização em Psicoterapia do CELG/UFRGS.

**Luiz Carlos Mabilde.** Psiquiatra. Membro efetivo e analista didata da SPPA. Supervisor convidado do Curso de Especialização em Psiquiatria da UFRGS. Professor e supervisor convidado dos cursos de Especialização em Psicoterapia e Supervisão da UFRGS. Professor do Instituto de Psicanálise da SPPA.

**Manuel J. Pires dos Santos.** Psiquiatra. Psicanalista. Professor e supervisor do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica do CELG/UFRGS.

**Marcelo Pio de Almeida Fleck.** Psiquiatra. Mestre e Doutor em Clínica Médica pela UFRGS. Pós-doutorado pela Universidade McGill, Montreal, Canadá. Professor associado do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

**Margareth Silveira Campos.** Psiquiatra. Psicanalista de Crianças e Adolescentes. Membro associado da SPPA.

**Maria Cristina Garcia Vasconcellos.** Psiquiatra. Psicanalista. Mestre em Antropologia Social pela UFRGS. Membro associado da SPPA.

**Maria Lucrécia Scherer Zavaschi.** Psiquiatra. Psicanalista. Professora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS e do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA. Coordenadora da Equipe de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do HCPA.

**Mariana Eizirik.** Psiquiatra. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS. Membro filiado do Instituto de Psicanálise da SBPSP.

**Marilia Aisenstein.** Psicóloga clínica. Psicanalista didata e supervisora. Especialista em Psicossomática. Ex-presidente do Instituto de Psicossomática de Paris e da Sociedade Psicanalítica de Paris. Representante da Europa no Board da IPA.

**Mark Solms.** Neuropsicólogo. Psicanalista. Ph.D. Professor de Neuropsicologia da University of Cape Town, Cidade do Cabo, África do Sul. Analista didata e supervisor na South African Psychoanalytical Association. Professor honorário em Neurocirurgia na St. Bartholomew's & Royal London School of Medicine. Membro honorário da New York Psychoanalytic Society. Membro da British Psychoanalytical Society. Prêmio Sigourney 2011.

**Marlene Silveira Araujo.** Psiquiatra. Psicanalista. Especialista em Psicoterapia e Psicanálise de Crianças e Adolescentes. Membro efetivo da SPPA, exercendo funções didáticas.

**Mauro Gus.** Psiquiatra. Psicanalista didata da SPPA.

**Miriam G. Brunstein.** Psiquiatra. Psicoterapeuta. Mestre em Clínica Médica pelo HCPA/UFRGS. Doutora em Bioquímica pela UFRGS. Médica contratada do HCPA

Coordenadora do Programa de Transtornos Alimentares em Adultos do HCPA.

**Neury José Botega.** Psiquiatra. Professor titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

**Neusa Lucion.** Psiquiatra. Psicanalista. Especialista em Psicoterapia pela UFRGS. Professora, supervisora e coordenadora executiva do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do CELG/UFRGS.

**Paulo Henrique Favalli.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro efetivo e analista didata da SPPA.

**Pedro Schestatsky.** Neurologista. Professor adjunto do Departamento de Medicina Interna da FAMED/UFRGS. Coordenador do Departamento Científico de Dor da Academia Brasileira de Neurologia (ABN).

**Peter Fonagy.** Psicólogo. Psicanalista. Ph.D. pela University College London. Diplomado em Psicologia Clínica pela British Psychological Society. Membro efetivo e analista didata da British Psychoanalytical Society. Formação em Psicanálise de Crianças pelo The Anna Freud Centre. Professor de Psicanálise da University College London. Coordenador executivo do The Anna Freud Centre. Pesquisador sênior do National Institute for Health Research.

**Raul Hartke.** Psiquiatra. Membro efetivo e analista didata da SSPA. Supervisor convidado dos cursos de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica da UFRGS. Professor do Instituto de Psicanálise da SPPA.

**Robert L. Tyson.** Doutor em Medicina. Fellow do Royal College of Psychiatrists. Psicanalista didata e consultor do Seattle Psychoanalytic Society and Institute, Seattle, Estados Unidos.

**Robert S. Wallerstein.** Psicanalista. Doutor em Medicina. Professor emérito e Ex-chefe

do Departamento de Psiquiatria da University of California San Francisco School of Medicine, e analista didata emérito e supervisor no San Francisco Center for Psychoanalysis. Ex-presidente da American Psychoanalytic Association e da IPA. Prêmio Sigourney 1991.

**Romualdo Romanowski.** Psiquiatra. Psicanalista didata da SPPA.

**Roosevelt M. S. Cassorla.** Membro efetivo e analista didata da SBPSP e do Grupo de Estudos Psicanalíticos de Campinas (GEP-Campinas). Professor titular colaborador do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Unicamp.

**Rudyard Emerson Sordi.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro associado da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (APRS) e do CELG/UFRGS. Membro associado da SPPA, da Febrapsi e da IPA. Professor convidado do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica do CELG/UFRGS.

**Ruggero Levy.** Psiquiatra. Psicanalista. Membro efetivo e analista didata da SPPA. Professor do CELG/UFRGS. Professor e supervisor do CEAPIA. Representante latino-americano no Board da IPA.

**Sergio Carlos Eduardo Pinto Machado.** Psiquiatra. Psicanalista. Mestre em Saú-

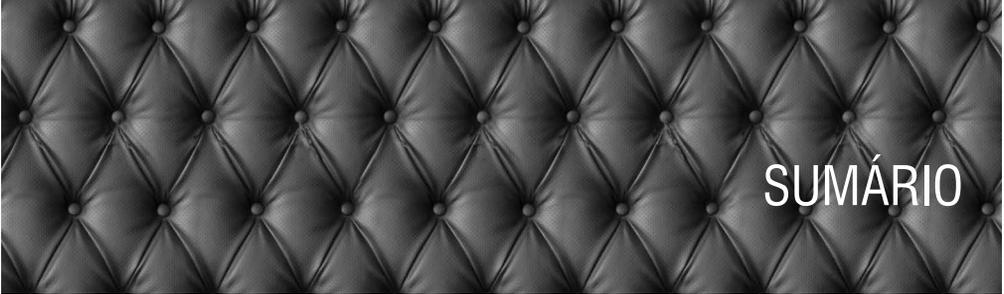
de Pública pela Johns Hopkins University. Doutor em Psiquiatria pela UFRGS. Professor associado VI do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

**Sergio Lewkowicz.** Psiquiatra. Psicanalista. Analista didata da SPPA. Professor e supervisor dos cursos de Psicoterapia de Orientação Analítica do CELG/UFRGS. Coordenador científico da Fepal.

**Simone Isabel Jung.** Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica pelo ESIPP. Mestre e Doutora em Psiquiatria pela UFRGS. Professora do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT).

**Victor Mardini.** Pediatra. Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência pela UFRGS. Especialista em Psiquiatria pela ABP, com Certificado de Atuação na Área de Psicoterapia. Membro graduado da SPPA. Psiquiatra contratado do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA. Professor convidado do CELG/UFRGS.

**Viviane Sprinz Mondrzak.** Psiquiatra. Psicanalista. Professora do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica da UFRGS. Professora do Instituto de Psicanálise da SPPA.



# SUMÁRIO

Introdução.....	15
<i>Cláudio Laks Eizirik, Rogério Wolf de Aguiar, Sidnei S. Schestatsky</i>	

## PARTE I

### TEMA INTRODUTÓRIO

<b>1.</b> Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica: raízes históricas e situação atual.....	19
<i>Robert S. Wallerstein</i>	

## PARTE II

### FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

<b>2.</b> Integração da psicanálise com as neurociências.....	41
<i>Mark Solms</i>	
<b>3.</b> Conceitos psicanalíticos freudianos fundamentais .....	62
<i>Luiz Carlos Mabilde</i>	
<b>4.</b> Conceitos psicanalíticos fundamentais na escola das relações de objeto.....	77
<i>Elias Mallet da Rocha Barros</i>	
<b>5.</b> Conceitos fundamentais na abordagem do ego e suas defesas.....	98
<i>Isacc Sprinz</i>	
<b>6.</b> Teorias da ação terapêutica.....	115
<i>Viviane Sprinz Mondrzak</i>	
<b>7.</b> Campo e intersubjetividade.....	128
<i>Paulo Henrique Favalli</i>	
<b>8.</b> Modelos psicanalíticos da mente .....	150
<i>José Carlos Calich</i>	

## 12 Sumário

### PARTE III

#### FUNDAMENTOS DA TÉCNICA PSICOTERÁPICA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

9. Avaliação.....	177
<i>Carmem Emília Keidann, Jussara Schestatsky Dal Zot</i>	
10. Planejamento em psicoterapia de orientação analítica.....	194
<i>Eneida Iankilevich</i>	
11. O contrato .....	212
<i>Neusa Lucion, Lais Knjnik</i>	
12. <i>Setting</i> psicoterápico: neutralidade, abstinência e anonimato .....	224
<i>Isaac Pechansky</i>	
13. A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta.....	238
<i>Fernando Grilo Gomes</i>	
14. Fases da psicoterapia.....	249
<i>Anette Blaya Luz</i>	
15. <i>Insight</i> e elaboração .....	267
<i>Ruggero Levy</i>	
16. Transferência .....	293
<i>Robert L. Tyson, Cláudio Laks Eizirik</i>	
17. Contratransferência .....	310
<i>Cláudio Laks Eizirik, Sergio Lewkowicz</i>	
18. Violações das fronteiras profissionais .....	324
<i>Glen O. Gabbard</i>	
19. Atuações e encenações ( <i>enactments</i> ).....	340
<i>Mauro Gus</i>	
20. Reação terapêutica negativa e impasse.....	349
<i>Antonio Carlos J. Pires</i>	
21. Sonhos .....	374
<i>Juarez Guedes Cruz</i>	
22. Níveis de mudança e critérios de melhora .....	393
<i>Romualdo Romanowski, Jair Rodrigues Escobar, Rudyard Emerson Sordi, Margareth Silveira Campos</i>	

### PARTE IV

#### SITUAÇÕES ESPECIAIS

23. Ética e psicoterapia .....	403
<i>Germano Vollmer Filho, Gerson I. Berlim</i>	
24. Psicoterapia de apoio de orientação analítica.....	419
<i>Lucia Helena Freitas, Simone Isabel Jung</i>	

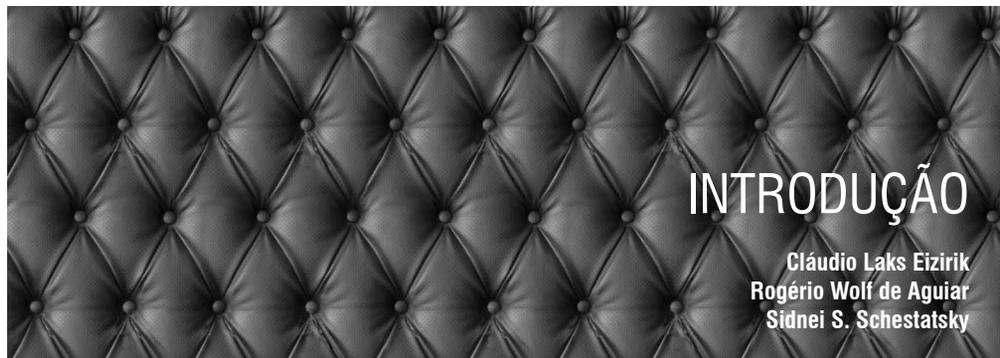
- 25.** Psicoterapia de orientação analítica e farmacoterapia .....435  
*Livia Hartmann de Souza, Claudio Maria da Silva Osorio, Marcelo Pio de Almeida Fleck*
- 26.** Terapia de mentalização .....455  
*Mariana Eizirik, Peter Fonagy*
- 27.** Gênero e psicoterapia .....465  
*Marlene Silveira Araujo, Carolina Silveira Campos*

**PARTE V****FUNDAMENTOS CLÍNICOS DAS ABORDAGENS PSICODINÂMICAS DE SITUAÇÕES ESPECIAIS**

- 28.** Abordagem do caráter em psicoterapia .....477  
*Manuel J. Pires dos Santos, Hamilton Oscar Perdigão da Fontoura, Carlos Gari Faria*
- 29.** Abordagem psicodinâmica do paciente ansioso: transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada .....493  
*Roosevelt M. S. Cassorla*
- 30.** Abordagem psicodinâmica do paciente deprimido .....513  
*Sergio Carlos Eduardo Pinto Machado, Sidnei S. Schestatsky*
- 31.** Abordagem psicodinâmica do paciente histérico.....533  
*Joel Araújo Nogueira*
- 32.** Abordagem do luto .....542  
*Cláudio Laks Eizirik, Cátia Olivier Mello, Jair Knijnik*
- 33.** Abordagem psicodinâmica do paciente obsessivo .....555  
*Julio J. Chachamovich, Ivan Sérgio Cunha Fetter*
- 34.** Abordagem psicodinâmica do paciente fóbico .....577  
*Hector Ferrari*
- 35.** Abordagem psicodinâmica do paciente narcisista .....600  
*Sergio Lewkowicz*
- 36.** Abordagem psicodinâmica do paciente *borderline*.....614  
*Sidnei S. Schestatsky*
- 37.** Abordagem das situações perversas na relação terapêutica.....632  
*Raul Hartke*
- 38.** Abordagem psicodinâmica do paciente psicossomático.....659  
*Marilia Aisenstein*
- 39.** Abordagem psicodinâmica dos transtornos alimentares.....668  
*Mirian G. Brunstein, Carolina Meira Moser, Ana Carolina Faedrich dos Santos*
- 40.** Abordagem psicodinâmica do paciente com dor crônica.....689  
*Alexandre Annes Henriques, Lorena Caleffi, Pedro Schestatsky, Rogério Wolf de Aguiar*
- 41.** Abordagem psicodinâmica do paciente traumatizado .....704  
*Caroline Garland*

## 14 Sumário

<b>42.</b>	Abordagem psicodinâmica na infância.....	723
	<i>Maria Lucrecia Scherer Zavaschi, Ana Margareth Siqueira Bassols, David Simon Bergmann, Victor Mardini</i>	
<b>43.</b>	Abordagem psicodinâmica na adolescência .....	755
	<i>Alice Becker Lewkowicz, Gisha Brodacz</i>	
<b>44.</b>	Abordagem psicodinâmica do paciente idoso.....	772
	<i>Antonio Carlos Scherer Marques da Rosa, Maria Cristina Garcia Vasconcellos</i>	
<b>45.</b>	Abordagem psicodinâmica do paciente hospitalizado.....	790
	<i>Igor Alcantara, Eugenio Horacio Grevet</i>	
<b>46.</b>	Abordagem psicodinâmica do paciente dependente químico.....	808
	<i>Felix Henrique Paim Kessler, Flavio Pechansky, Diego Barreto Rebouças, Jader Piccin</i>	
<b>47.</b>	Psicoterapia no hospital geral.....	831
	<i>Neury José Botega</i>	
	Índice .....	845



A ampla aceitação das duas edições anteriores desta obra, aliada a novos desenvolvimentos da psicoterapia de orientação analítica, levaram os organizadores e a Artmed Editora a conceber e apresentar esta terceira edição.

Ao longo dos 25 anos que nos separam da primeira edição deste livro, constatamos com satisfação que ele tem sido utilizado em todo o Brasil, em inúmeros cursos de graduação, especialização e pós-graduação *stricto sensu*, tendo servido de estímulo e companhia para sucessivas gerações de psicoterapeutas, tanto em seus estudos formais como para enfrentar situações clínicas que desafiam por sua complexidade e, muitas vezes, falta de referências específicas.

Esta edição atualiza os capítulos que permaneceram da edição anterior, acrescentando-lhes bibliografia mais recente, e introduz novos capítulos, ampliando a abordagem da psicoterapia de orientação psicanalítica. O formato dos capítulos também teve modificações, com destaques ao longo dos textos e um quadro com pontos-chave ao final de cada um deles. Com essas modificações, pretende-se tornar a leitura mais clara e prática.

Decidimos concentrar esta edição nos fundamentos teóricos essenciais para a teoria da técnica e nas intervenções psicoterápicas em situações clínicas específicas, ou

seja, nos principais quadros psicopatológicos e nas situações mais encontradas em nosso trabalho clínico.

Se observarmos o amplo campo de ação das diferentes psicoterapias e acompanharmos o desenvolvimento de novas intervenções, tanto psicoterápicas quanto medicamentosas, das últimas décadas, constataremos que a psicanálise e a psicoterapia de orientação analítica continuam na linha de frente dos recursos terapêuticos mais efetivos e eficientes para as diversas formas de sofrimento psíquico. Confiamos, assim, que esta nova edição continuará a ser, ao mesmo tempo, útil e estimulante.

Dedicamos este livro aos nossos pacientes e alunos, em especial os da Residência Médica em Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e os dos Cursos de Especialização do Centro de Estudos Luis Guedes, associado ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Agradecemos, também, às nossas famílias, que são uma permanente fonte de aprendizado amoroso daquilo que Carlos Drummond de Andrade descreveu como a “difícilima e perigosíssima viagem de si a si mesmo” em busca da “insuspeitada alegria de conviver”.

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

The background of the entire page is a black, tufted leather texture. The tufting is a regular grid of diamond shapes, each with a small circular stud in the center, creating a repeating pattern of raised and recessed areas.

**PARTE I**

# Tema introdutório

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

# PSICANÁLISE E PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA: RAÍZES HISTÓRICAS E SITUAÇÃO ATUAL

Robert S. Wallerstein

Em 1995, publiquei um livro, *The Talking Cures: the psychoanalyses and the psychotherapies (As curas pela conversa: as psicanálises e as psicoterapias)*.<sup>1</sup> As diversas ênfases, no plural, no título refletiam dois temas principais desse livro:

1. a evolução da psicanálise, como teoria e como terapia, a partir da estrutura unitária criada e proposta incansavelmente por Freud, durante toda a sua vida, até o mundo metapsicologicamente pluralístico no qual vivemos
2. o desenvolvimento da psicoterapia psicanalítica – a partir de sua origem teórica, a psicanálise –, inicialmente como uma adaptação distinta e coerente dos conceitos psicanalíticos às exigências clínicas de pacientes não considerados indicados para a psicanálise, mas atualmente evoluindo para um campo de relacionamentos multifacetados (e problemáticos) com seu ancestral psicanalítico

Antes disso (em 1989), eu havia publicado um artigo, *Psicanálise e psicoterapia: uma perspectiva histórica*,<sup>2</sup> no qual ex-

punha as principais linhas do argumento, depois elaboradas com mais detalhes em meu livro de 1995.

Aqui, de forma altamente condensada, apresentarei as principais teses dessa história evolutiva complexa, vista sob uma perspectiva atual, e encaminharei o leitor às minhas contribuições anteriores para a completa exposição de meus pontos de vista. Início com Freud e o nascimento da psicanálise, por ele desenvolvida como um produto purificado do amontoado de abordagens terapêuticas em voga naquela época e introduzida experimentalmente com o auxílio de seu primeiro colaborador, Breuer. Ela logo se tornou a psicologia científica e a psicoterapia científica.

Contudo, embora Freud tenha devotado um tempo monumental à criação (quase sem ajuda) da psicanálise, como uma teoria da vida mental e uma terapia sistemática de seus transtornos, ele próprio nunca se voltou para nenhuma outra técnica de psicoterapia além da própria psicanálise. Considerava que a psicanálise não tinha nada a oferecer a pacientes não adequados

ao método analítico clássico, a não ser a mesma variedade de técnicas sugestivas e hipnóticas que seus colegas sem formação analítica empregavam.

Esta visão – a de que a psicanálise propriamente dita era a única psicoterapia verdadeiramente curativa e científica disponível – permeou todo o período da vida de Freud. Ela marcou a era da pré-história da psicoterapia dentro da psicanálise, a primeira sendo, agora, considerada mais especificamente uma outra psicoterapia além da própria psicanálise. Freud fez sua própria diferenciação entre a psicanálise, considerada uma terapia etiológica, e os demais esforços psicoterapêuticos, que via como meras espécies obsoletas de sugestão, possivelmente superadas pela psicanálise. Sua observação mais aguda a respeito foi a famosa citação de sua conferência de 1918, em Budapeste, na qual previa:

[...] que o desenvolvimento em larga escala de nossa terapia nos forçará a amalgamar o ouro puro da análise com o cobre da sugestão direta [mas que] seus ingredientes mais efetivos e mais importantes certamente continuarão sendo aqueles tomados emprestados da psicanálise estrita e não tendenciosa.<sup>3</sup>

Freud foi vigorosamente apoiado nesse seu ponto de vista por Ernest Jones e Edward Glover, sendo que este último levou essa visão ao extremo.

A tese de Glover era a de que todas as outras terapias, que não a psicanálise-padrão, seriam apenas variedades de sugestão, porque estariam baseadas em elementos (que podiam até incluir interpretações de conflitos inconscientes)

que não foram totalmente analisados em suas raízes genético-dinâmicas; como consequência, deviam, em última análise, estar baseadas na forte autoridade transferencial (sugestiva) do terapeuta.

Além disso, Glover<sup>4</sup> declarou, ainda em 1954, que

[...] caso as interpretações do analista fossem consistentemente incorretas, então muito provavelmente ele estaria praticando uma forma de sugestão, seja qual for o nome que desse a ela. Daí decorre que, quando analistas diferem radicalmente quanto à etiologia ou à estrutura de um caso – como hoje acontece cada vez com mais frequência – um lado ou o outro deve estar praticando sugestão.

Não que Glover já não tivesse tentado atenuar essa afirmação radical: “a má análise pode, concebivelmente, ser boa sugestão”.<sup>5</sup>

É fácil perceber o tipo de raciocínio estreito – isto é, o de que deve haver apenas uma linha interpretativa “correta” em cada situação analítica e de que qualquer desvio dela, baseado em inexatidão, ignorância, contratransferência ou qualquer outro aspecto, deve, portanto, ser apenas sugestão – que levou Glover, baseando-se em Freud, a essa aguda dicotomização da psicoterapia entre apenas a psicanálise, por um lado, e simplesmente variações de sugestão, por outro. Com isso, Glover e Freud, antes dele, prestaram um desserviço involuntário ao futuro desenvolvimento de uma psicoterapia dinâmica – assentada firmemente na base teórica da psicologia psicanalítica – ao obscurecerem as complexidades envolvidas nos conceitos e nas práticas da psicoterapia psicanaliticamente informada, incluindo-a sob a rubrica excessivamente

abrangente da sugestão, a qual é usada para encobrir (e desse modo embaçar) uma diversidade de princípios e práticas distintas da psicanálise.

Assim, a primeira era no desenvolvimento da psicoterapia psicanalítica dentro da psicanálise, que eu chamo de sua pré-história, foi marcada pela descrição da psicanálise como uma terapia claramente articulada e com uma série definida de princípios e práticas acordados de modo consensual, sendo tudo o mais – para todos os grupos de pacientes não adequados à psicanálise – arrastado para dentro da categoria mal definida e abrangente da sugestão.

Por uma variedade de razões particulares ao desenvolvimento histórico da psicanálise em relação à psiquiatria nos Estados Unidos, o desenvolvimento original da psicoterapia psicodinâmica\* foi um fenômeno tipicamente americano. Ela surgiu da confluência de inúmeras tendências sociais e intelectuais nos Estados Unidos: da tentativa consciente da psicanálise de

aliar-se à psiquiatria e à medicina organizadas e de “cooptar” a psiquiatria para as ideias psicanalíticas; da ampla aceitação, na psiquiatria americana, da doutrina psicobiológica de Adolf Meyer, com sua ênfase nos relatos de caso detalhados para mostrar as várias relações causais das experiências de vida; do crescimento do movimento de higiene mental, com suas exigências positivas por intervenções de saúde mental mais orientadas; do impacto da educação americana progressiva, sob a liderança do filósofo-educador John Dewey; e de outras ideias pragmaticamente otimistas, como o “movimento de assentamento em lares”, voltado ao sofrimento dos desfavorecidos social e economicamente, lançado por Jane Addams.

Portanto, desde o início, os psicanalistas na América não entregaram o ainda incipiente campo da psicoterapia aos não analistas, nem o rejeitaram, considerando-o a aplicação benevolente da sugestão – se assim fosse, não se justificaria qualquer estudo ou treinamento especial para aprendê-la. Ao contrário, a psiquiatria (e a psicoterapia) psicodinâmica, ao se desenvolver durante o período do fim da década de 1930 até o início da década de 1950 – quando a psicanálise norte-americana cresceu de forma significativa em número e se enriqueceu em prestígio pela absorção da onda de psicanalistas europeus refugiados de Hitler –, conseguiu “capturar”, com êxito, a psiquiatria norte-americana, tornando-se, assim, a voz dominante em faculdades de medicina, hospitais-escola e clínicas psiquiátricas do país. Uma consequência importante dessa conquista bem-sucedida da psiquiatria norte-americana pela psicanálise foi a suposição, assumida por médicos e educadores psicanalistas, da responsabilidade pelo cuidado e pelo tratamento dos pacientes internados e dos pacientes ambulatoriais mais gravemente

\* A psicoterapia psicodinâmica é, na verdade, a única contribuição caracteristicamente americana para a prática psiquiátrica moderna, embora uma contribuição gloriosa. A psicanálise foi criada por Freud, na Áustria; a nosologia descritiva dos transtornos mentais maiores foi trabalho de Kraepelin e sua escola, na Alemanha, ainda que depois desenvolvida incomensuravelmente pelos modernos arquitetos norte-americanos do do DSM-III, DSM-IV e DSM-5. A eletroconvulsoterapia foi inaugurada por Cerletti e Bini, na Itália; o coma insulínico, por Sakel, um polonês trabalhando em Viena; a desastrada operação de lobotomia, por Egas Moniz, em Portugal; o conceito da comunidade terapêutica foi desenvolvido por Maxwell Jones, na Inglaterra; a era moderna das drogas psicoativas foi inaugurada na Suíça, com o Largactil, mais tarde trazido para a América como Thorazina (clorpromazina), embora novamente desenvolvida de forma exponencial na América; e o lítio foi empregado pela primeira vez com sucesso por Cade, na Austrália.

doentes que buscavam os hospitais-escola e as clínicas afiliados às universidades. Esses pacientes diferiam bastante dos pacientes ambulatoriais tipicamente neuróticos, dos principais centros psicanalíticos europeus, em torno dos quais os preceitos técnicos da psicanálise tinham sido criados – porque, em suas primeiras décadas na Europa, a psicanálise tinha sido excluída da universidade e do mundo médico acadêmico e, portanto, negada aos portadores de transtornos mentais e comportamentais mais graves.

E foi pela necessidade dessa adaptação, nos Estados Unidos, às necessidades clínicas dos pacientes mais doentes que os psicanalistas, abrigados pela psiquiatria norte-americana, tiveram que desenvolver modificações nas intervenções psicanalíticas que fossem mais adequadas às exigências clínicas desses pacientes.

Foi esse desenvolvimento que resultou na psicoterapia psicanalítica, cujo principal pioneiro foi Robert Knight, da Fundação Menninger e depois do Centro Austen Riggs. Como líder na psicanálise norte-americana, as principais preocupações de Knight foram exatamente suas relações com a psiquiatria.

Knight<sup>6</sup> declarou que, até o advento da psicanálise, “a psiquiatria ainda carecia de uma psicologia”. Ele se dedicou à articulação do que chamou de “uma ciência básica da psicologia dinâmica”.<sup>7</sup>

[...]uma ciência básica na qual toda psicoterapia competente deve basear-se [e] para a qual as principais contribuições foram dadas pela psicanálise.<sup>7</sup>

Assim, Knight formulou, pela primeira vez, o que propôs ser a diferença

fundamental, dentro do marco referencial psicanalítico, entre as abordagens psicoterapêuticas de apoio e as expressivas:

Das várias possíveis formas de classificar as tentativas psicoterapêuticas [...], dois grandes grupos podem ser identificados – aqueles que visam primariamente ao *apoio* ao paciente, com supressão dos sintomas e da manifestação do material psicológico emergente associado, e aqueles que visam primariamente à sua *expressão*.<sup>7</sup> (grifo nosso)

Ao mesmo tempo, o viés explícito em favor da abordagem mais expressiva foi anunciado:

[...] a psicoterapia de apoio [...] pode ser indicada [...] quando a avaliação clínica do paciente levar à conclusão de que ele é muito frágil psicologicamente para ser mais profundamente abordado, ou muito inflexível para ser capaz de uma alteração real da personalidade, ou muito defensivo para ser capaz de alcançar o *insight* [...]. A decisão de usar medidas supressivas é, na verdade, tomada devido a contraindicações ao uso de intervenções exploratórias.<sup>7</sup>

Posteriormente, Knight<sup>8</sup> diferenciou ainda mais os objetivos das abordagens de apoio e expressiva e, em relação a esta última, os objetivos (e as indicações) da própria psicanálise.

Pelo termo “primariamente de apoio” entendo a intenção de apoiar e reconstruir os mecanismos de defesa e métodos adaptativos que costumam ser utilizados pelo paciente antes de sua descompensação, e a implementação dessa intenção pelo uso de técnicas de apoio explícitas.

A seguir, descrevia uma série de técnicas de apoio, na verdade a primeira lista-gem desse tipo, em um artigo psicanalítico. Entre as formas expressivas, a própria psicanálise seria, claramente, a de mais longo alcance: “A psicanálise tenta o máximo na investigação, com um objetivo do maior autoconhecimento possível e da modificação estrutural da personalidade”.<sup>8</sup>

E à psicoterapia expressiva (derivada da psicanálise) é concedido um lugar nitidamente diferente:

O maior campo [...] para a psicoterapia exploratória, que não envolve os objetivos ambiciosos da psicanálise, reside naquelas condições clínicas que são expressadas como descompensações relativamente recentes, originadas de experiências de vida perturbadoras.<sup>8</sup>

É essa primeira descrição de Knight das diferenças declaradas entre as terapias psicanalíticas, indo da terapia de apoio à terapia expressiva, até à própria psicanálise, que estruturou os painéis, dentro da Associação Psicanalítica Americana, durante os primeiros anos da década de 1950, todos reunidos em uma dezena de artigos no *Journal* da Associação, em 1954. Coletivamente, eles sustentavam as concepções dominantes na época sobre sua natureza – que marcaram o que eu chamo de segunda era na relação da psicoterapia com a psicanálise, uma era de estabelecida diversidade de objetivo e de técnicas (um espectro das terapias psicanalíticas que ia da mais apoiadora à mais expressiva) dentro de uma unidade de teoria (a psicanálise). Essa era durou cerca de 20 anos, contados a partir das completas descrições desses manifestos de 1954.

A confrontação central na época era entre dois pontos de vista principais sobre a natureza da relação entre psicoterapia dinâmica e psicanálise. Basicamente,

o problema existia entre as visões propostas por Alexander e French<sup>9</sup> e Fromm-Reichmann<sup>10</sup> (uma minoria), que viam a tendência histórica como obscurecendo, e até suprimindo, as diferenciações técnicas entre psicoterapia dinâmica e psicanálise, e a visão defendida por analistas (a maioria), dos quais Bibring,<sup>11</sup> Gill,<sup>12,13</sup> Rangell<sup>14</sup> e Stone<sup>15,16</sup> foram os principais porta-vozes. Estes, seguindo Knight, entendiam o problema como um esclarecimento mais adequado das distinções conceituais e operacionais entre as duas. Esses pontos de vista opostos foram antiteticamente propostos de maneira muito intensa nos painéis publicados em 1954.

Aqueles que “borravam” as diferenciações entre psicoterapia dinâmica e psicanálise tomaram duas posições um pouco discrepantes. Alexander<sup>17</sup> exigia a total integração da psicanálise na psiquiatria e na medicina:

A teoria psicanalítica [tornou-se] propriedade comum da psiquiatria como um todo e, por meio dos canais psicossomáticos, da medicina como um todo.

Com essa “unificação” da psicanálise com a psiquiatria,

[...] uma nítida diferença entre o tratamento psicanalítico e outros métodos psicoterapêuticos que se baseiam nas observações e na teoria psicanalíticas está se tornando cada vez mais difícil [...]. Na prática [...], todos os psiquiatras tornam-se cada vez mais parecidos, mesmo que um possa praticar a psicanálise pura e o outro uma psicoterapia de orientação psicanalítica.<sup>17</sup>

Assim, qualquer distinção entre a própria psicanálise e outros procedimentos expressivos foi declarada apenas “quantitativa”,<sup>17</sup> e, de fato,

[...] a *única solução lógica [seria]* identificar como “psicanalítico” todos estes procedimentos relacionados que se baseiam essencialmente nos mesmos conceitos científicos, observações e princípios técnicos.<sup>17</sup> (grifo nosso)

No ponto máximo da posição de Alexander,<sup>17</sup> “a *única* diferença realística é [...] aquela entre os métodos primariamente de apoio e os primariamente expressivos” (grifo nosso). Sua proposição seria a de colapsar todas as formas de tratamento expressivo (psicoterapia expressiva e a própria psicanálise) dentro de uma única categoria de terapia psicanalítica. A partir disso, Alexander (como Knight) prenuncia uma lista de técnicas diversificadas de apoio. No outro lado, coloca todas as abordagens expressivas, a psicanálise incluída, as quais, segundo ele, variariam apenas em parâmetros quantitativos, e não em parâmetros críticos.

Fromm-Reichmann<sup>18</sup> assumiu uma posição um pouco diferente: para tratar psicanaliticamente indivíduos *borderline* e/ou francamente psicóticos, seriam necessárias não apenas modificações importantes da técnica psicanalítica (com as quais, naturalmente, todos concordariam) como também a revisão sistemática da teoria da “psicanálise clássica”, em direção a uma mais moderna “teoria da psiquiatria dinamicamente orientada”, tendo como base as concepções interpessoais de Harry Stack Sullivan. Isso ela defendia como uma versão mais atualizada da psicanálise e tratava de sustentar essa reivindicação invocando a famosa máxima definidora de Freud,<sup>19</sup> de que toda terapia que estivesse baseada nos conceitos de transferência e resistência poderia denominar-se psicanálise.

Apresentada dessa maneira, a psicoterapia dinâmica de Fromm-Reichmann poderia simplesmente ser redefinida como psicanálise, de modo que, como com Ale-

xander, psicanálise e psicoterapia analítica tornariam-se indistinguívelmente próximas, em um *continuum* meramente quantitativo. No caso de Fromm-Reichmann, a psicanálise se veria assimilada pela nova teoria interpessoal da psiquiatria dinâmica. Ao contrário, Alexander considerava que a psicoterapia psicanalítica estaria fundida de maneira quase indistinta com a psicanálise. Porém, em qualquer direção, as diferenças entre as duas ficavam obscurecidas, senão totalmente suprimidas.

Ambos os pontos de vista tiveram, na época, algum apelo popular, embora refletissem uma distinta minoria na psicanálise norte-americana. Desde então, essas concepções de Alexander foram essencialmente retiradas do discurso psicanalítico. Os pontos de vista de Fromm-Reichmann (mais propriamente suas técnicas) sobreviveram apenas dentro de um pequeno grupo de colegas, trabalhando no campo em que essas noções se enraizaram a princípio, ou seja, na (modificada) terapia psicanalítica de pacientes gravemente psicóticos, em geral nos ambientes institucionais.

Em contraste, aqueles que se empenharam em “agudizar” as diferenças entre o alcance das diferentes psicoterapias de base psicanalítica objetivavam, em seus planos de tratamento, selecionar a modalidade terapêutica mais adequada, a partir desse espectro diferenciado, para a estrutura psicológica de cada paciente. Isso, naturalmente, era o oposto de “borrar” as diferenças, transformando toda psicoterapia em “psicanálise”, forçando os limites dessa “análise” a sua extensão máxima. Tratava-se de uma preocupação com o método de tratamento mais adequado para cada paciente em particular (dentro da variedade de métodos terapêuticos psicanalíticos).

O problema inicial para aqueles que buscavam delinear com mais clareza as

diferenças entre as várias terapias de base psicanalítica foi, naturalmente, de definição. Gill,<sup>13</sup> Rangell<sup>14</sup> e Stone<sup>15</sup> procuraram começar com uma definição para psicanálise, considerada a matriz de todas as outras e cujas dimensões eram mais claramente conceitualizadas. Foi a proposição de Gill<sup>13</sup> a que adquiriu mais ampla aceitação:

Psicanálise é aquela técnica que, empregada por um analista neutro, resulta no desenvolvimento de uma neurose de transferência regressiva e na resolução final dessa neurose por técnicas apenas interpretativas.

A partir dela, Gill se estende por várias páginas para explicar cada parte desse conceito em detalhes. Tal definição delimitava a psicanálise de modo mais preciso do que a de Freud,<sup>19</sup> a qual estabelecia que qualquer terapia que apenas reconhecesse os dois fatos, da transferência e da resistência, e os tomasse como seu ponto de partida podia denominar-se psicanálise. Em contraposição a Freud, Gill<sup>12</sup> tinha declarado anteriormente que:

[...] a designação “psicanálise” seria reservada para a técnica que analisa a transferência e a resistência. Já a psicoterapia psicanalítica seria qualquer procedimento que reconhece a transferência e a resistência e utiliza racionalmente esse conhecimento na terapia, embora isso possa ser feito de muitas formas diferentes, e parte ou até toda a transferência possa não ser analisada.

São essas “muitas formas diferentes” de psicoterapia, nas quais “parte ou até toda a transferência possa não ser analisada”, que, naturalmente, representam as várias distinções entre os métodos expressivos e

os de apoio que as psicoterapias psicanalíticas (que não a psicanálise) poderiam utilizar. Também nesse primeiro ensaio, Gill<sup>12</sup> estabeleceu a principal linha de demarcação entre os métodos expressivos e os de apoio:

A decisão mais importante é se as defesas do ego devem ser fortalecidas ou, ao contrário, ultrapassadas, como uma condição preliminar em direção à reintegração do ego [...]. A decisão de fortalecer as defesas é tomada em casos nos quais isso é tudo o que é necessário, ou naqueles nos quais isso é tudo o que é possível fazer com segurança.

O autor prossegue até aumentar a sofisticação da conceitualização das técnicas de apoio, por meio de uma elaboração detalhada das maneiras de se fortalecerem as defesas.

Stone<sup>15</sup> também tentou listar os princípios que operariam diferencialmente na psicoterapia, em oposição à psicanálise, mas, para isso, misturou as abordagens de apoio e as expressivas (apenas diferenciando-as da própria psicanálise). Ele elaborou sua listagem de oito diferentes indicações para psicoterapia, em vez de psicanálise (a mais elaborada até aquele momento), mas não tentou separar que indicações seriam mais adequadas a abordagens expressivas e quais as abordagens de apoio. A lista de Stone, entretanto, definiu a base para a afirmação de Gill<sup>12</sup> com relação às indicações para psicanálise:

A análise, então, é claramente o procedimento para um grupo intermediário (de gravidade), no qual o ego está suficientemente danificado para que um extensivo reparo seja necessário, mas que ainda é suficientemente forte para suportar a pressão.

A partir disso, o restante segue de modo natural. Uma psicoterapia primariamente de apoio torna-se a forma preferida para aqueles pacientes cujo equilíbrio psíquico enfraquecido deve ser restaurado pelo “fortalecimento das defesas”, por meio de todas aquelas técnicas detalhadas por Knight, Alexander, Stone, Gill, entre outros. Poderíamos considerar esses pacientes como “muito doentes” para serem tratados pela psicanálise. Gill,<sup>13</sup> inclusive, refere os perigos da psicanálise para uma “personalidade precariamente equilibrada”. Uma psicoterapia primariamente expressiva torna-se, por sua vez, a forma preferida aqueles com transtornos reativos agudos ou em estados transicionais de ajustamento, cujos egos não estão excessivamente danificados e que podem tolerar o esforço de “analisar as defesas” na extensão necessária, pelos métodos de interpretação e elaboração, chegando aos *insights* e às resoluções requeridos. Estes podem ser considerados os pacientes que estão “bem demais” para fazer psicanálise, no sentido de não necessitarem ou de não se justificar sua entrada em um tratamento tão ambicioso e extenso.

Essa forma de conceitualizar a natureza dos diferentes métodos terapêuticos e de suas diferentes indicações coloca a psicoterapia expressiva em uma posição “intermediária” – certamente na técnica – entre a terapia de apoio, de um lado, e a psicanálise, de outro. Gill<sup>13</sup> chamava-a de um “tipo intermediário de psicoterapia”. Ele foi adiante:

Esta é a psicoterapia [...] cujos objetivos são intermediários entre a resolução rápida dos sintomas [i.e., psicoterapia de apoio] e a alteração de caráter [i.e., psicanálise], na qual as técnicas são, de certo modo, também intermediárias – por exemplo, relativa neutralidade e inatividade; manejo da trans-

ferência, embora não uma neurose de transferência regressiva total; interpretação como o veículo principal do comportamento do terapeuta – e, eu sugiro, na qual os resultados são igualmente intermediários.<sup>13</sup>

Diz ainda:

[...] não quero ser mal interpretado, pois não estou sugerindo que a psicoterapia possa fazer o que a psicanálise faz; mas estou sugerindo que uma descrição dos resultados da psicoterapia intensiva [ele quer dizer expressiva] pode ser feita não meramente em termos de mudanças de defesas, mas também em termos de outras alterações intraego.<sup>13</sup>

No geral, Gill<sup>12</sup> havia afirmado anteriormente:

Na psicoterapia, o objetivo pode ser qualquer coisa, que vai do alívio de um sintoma o mais rápido possível, com a restauração da capacidade integrativa prévia do ego, passando por uma ampla variedade de objetivos mais ambiciosos, até a psicanálise, o mais ambicioso de todos. A escolha da terapia pode ser dividida entre aquela que determina o mínimo necessário para restaurar o funcionamento do ego e aquela que se empenha pela mudança máxima possível.

Isso está estreitamente relacionado a outra questão que também não foi de todo resolvida naqueles debates da década de 1950: trata-se dos graus de diferenciação real entre essa série de abordagens terapêuticas psicanalíticas, que iria da psicoterapia de apoio até a psicoterapia expressiva (a forma “intermediária”) e, finalmente, até a psicanálise. Seriam elas realmente diferentes qualitativamente, ou apenas pontos nodais cristalizados ao longo de um *con-*

*tinuum*? Ou seriam menos distinguíveis ainda entre si, por serem essencialmente apenas um *continuum* (quantitativamente variável)? Isto é, permanecia a discussão entre o “obscurcimento” das diferenças *versus* seu “aguçamento”, o que sempre esteve no centro daqueles debates.

Rangell<sup>14</sup> talvez tenha expressado melhor o grau de consenso alcançado dentro da posição da maioria, que rotulei como aquela dos que buscavam aguçer as diferenças:

Neste ponto de vista, as duas disciplinas [psicanálise e psicoterapia psicanalítica], nos extremos opostos de um espectro, são qualitativamente diferentes entre si, embora haja uma faixa fronteira de casos entre elas. Uma comparação análoga pode ser feita com o fato de que o consciente é diferente do inconsciente, embora exista um pré-consciente e diferentes graus de consciência. O dia é diferente da noite, embora haja o crepúsculo entre eles; e o preto do branco, embora haja o cinza.

A maior contribuição de Rangell aos debates publicados em 1954 foi seu esforço em estabelecer as principais semelhanças e diferenças entre psicanálise e psicoterapia dinâmica. Ele apresentava cada uma sob dois tópicos. Em relação às semelhanças, afirmava que ambas são tratamentos psicológicos que influenciam outros seres humanos por meio do discurso verbal, bem como tratamentos racionais, construídos sobre uma metapsicologia idêntica. Em relação às diferenças, dizia estarem nas técnicas e nos objetivos.

Quanto à técnica, Rangell<sup>14</sup> considerava que “o ponto diferencial crucial diz respeito ao papel e à posição do terapeuta”. Usando uma analogia, afirmou que, na psicanálise, o terapeuta está na periferia

do campo magnético do paciente, não reagindo, portanto, com seu próprio campo magnético, ou se comporta como o juiz em uma partida de tênis.<sup>14</sup> Já na psicoterapia, o terapeuta, em vez de estar na cadeira do juiz, movimenta-se na quadra, junto com o paciente, estando os dois campos magnéticos entrelaçados.<sup>14</sup> Em relação às diferenças nos objetivos, Rangell evidenciou outra analogia, emprestada de Gitelson, em que comparou o processo terapêutico a uma reação química complicada que, uma vez iniciada, poderia ser levada a uma resolução final (i.e., o objetivo da psicanálise) ou interrompida em algum ponto intermediário de estabilidade, como no caso da psicoterapia dinâmica (ver Rangell<sup>14</sup>).

Duas outras contribuições importantes dos debates de 1954 – a de Bibring e a discussão entre Leo Stone e Anna Freud – devem ser mencionadas. Bibring descreveu cinco princípios terapêuticos básicos, os quais, pela seleção e pela combinação diferencial, deveriam ser capazes de caracterizar todas as terapias psicanalíticas, da psicanálise à psicoterapia de apoio. Os cinco princípios básicos, cada um visando a seu objetivo particular, foram denominados de:

1. sugestão
2. catarse
3. manipulação (no sentido de redirecionar sistemas emocionais existentes no paciente ou expô-lo a novas experiências)
4. *insight* por meio do esclarecimento
5. *insight* por meio da interpretação

Todas as psicoterapias, não apenas aquelas baseadas na teoria psicanalítica, poderiam ser classificadas, de acordo com Bibring, conforme as diferentes seleções e combinações desses cinco princípios tera-

pêuticos centrais na condução da terapia. A classificação de Bibring continuou sendo usada até quase os dias de hoje.

A outra contribuição igualmente influente daqueles debates foi a discussão de Stone<sup>16</sup> sobre o que ele chamou de “a crescente ampliação do campo de indicações para psicanálise” para quase toda doença ou problema que tivesse um componente emocional significativo em sua etiologia – muito além, portanto, das clássicas psicose neuroses consideradas por Freud como adequadas à psicanálise. Stone aceitava essa tendência com cautela e ceticismo – naturalmente, retornava-se à discussão sobre (a) estender a aplicabilidade da verdadeira (ou melhor) psicoterapia existente, a psicanálise, até os limites de suas possíveis indicações, em oposição a (b) adequar abordagens psicoterapêuticas diferenciadas à natureza e às necessidades de cada paciente. A avaliação final de Stone<sup>16</sup> foi a de que a

[...] abrangência da terapia psicanalítica foi ampliada a partir das psicose neuroses transferenciais, para incluir praticamente todas as categorias nosológicas psicogênicas. As neuroses de transferência e os transtornos de caráter de grau de psicopatologia equivalente continuam sendo as indicações gerais ideais para o método clássico. Embora as dificuldades aumentem e as expectativas de sucesso diminuam de uma maneira geral, à medida que nos aproximamos da periferia nosológica, não há [uma] barreira absoluta [para o método psicanalítico].

Em sua discussão do trabalho de Stone, Anna Freud<sup>20</sup> escolheu essa única questão para indicar que suas próprias predileções opunham-se a tais sentimentos. Sem desejar “subestimar os benefícios resultantes aos pacientes” do que Stone declarara, ela, não obstante, expressava suas objeções:

Se toda habilidade, conhecimento e esforços pioneiros que foram gastos para ampliar a abrangência da psicanálise tivessem sido empregados, em vez disso, na intensificação e melhora de nossas técnicas no campo original [os transtornos histéricos, fóbicos e compulsivos], eu não posso deixar de sentir que, neste momento, estaríamos achando que o tratamento das neuroses comuns seria quase uma “brincadeira de criança”, em vez de seguirmos lutando com os problemas técnicos que encontramos, como continuamos fazendo.<sup>20</sup>

Esse era, de fato, um apelo à limitação das indicações para a psicanálise, uma posição à qual Anna Freud aderiu firmemente durante toda a sua vida, contra todas as tendências mais “populares” entre os analistas da época.

Um último comentário em relação a essa cristalização, em 1954, do que chamei de “a segunda era” na história da psicoterapia psicanalítica, a era do consenso. O Projeto de Pesquisa de Psicoterapia da Fundação Menninger, criado por alguns de nós no início da década de 1950, foi um estudo dos mais ambiciosos e abrangentes do seguimento dos tratamentos e das vidas subsequentes de uma coorte de 42 pacientes tratados, metade por psicanálise e metade por psicoterapia psicanalítica. O Projeto foi concebido e conceitualizado segundo os marcos referenciais de como eram entendidas essas modalidades de tratamento, na perspectiva da maioria dos psicanalistas daquela era de consenso. Uma descrição completa do trabalho e dos resultados e conclusões desse longo estudo de 30 anos, realizado à luz daqueles entendimentos, foi publicada em meu livro de 1986, *Quarenta e duas vidas em tratamento*.<sup>21</sup>

Enfatizei o quanto esse desabrochar da psicoterapia dinâmica foi particularmente norte-americano, sendo ela con-

cebida como distinta da psicanálise, mas inextricavelmente ligada a esta, constituindo-se como o veículo principal da “cooperação” da psiquiatria norte-americana pelo ideal psicanalítico. Isso não quer dizer, no entanto, que essas concepções permaneceram restritas ao cenário norte-americano. Ideias comparáveis logo criaram raízes em outros lugares, a princípio na Inglaterra e no norte da Europa, e depois pelo resto da Europa e na América Latina. E, em 1969 – uma década e meia após as publicações de 1954 na América do Norte –, a Internacional Psychoanalytic Association (IPA), pela primeira vez, dedicou um painel importante em seu Congresso de Roma para “A relação entre psicanálise e psicoterapia”. Em minha apresentação de abertura, como coordenador daquela mesa-redonda,<sup>22</sup> iniciei declarando que isso marcava

[...] a crescente preocupação, dentro da família mundial da psicanálise, com o que por muito tempo parecera uma criação peculiarmente norte-americana, o corpo da teoria e da prática da psicoterapia psicanalítica ou psicodinâmica, em toda a sua complexa relação com sua linhagem psicanalítica.

Estabeleci a estrutura para o painel de 1969, expondo o que eu acreditava serem as questões científicas mais importantes dentro da relação da psicoterapia com a psicanálise. Propus uma sequência de nove perguntas, com um breve sumário após cada uma delas, relacionando-as com as principais posições, frequentemente dicotomizadas, que eram assumidas por proponentes ilustres dos vários pontos de vista. O que se tornou claro, a partir da minha listagem, foi que as questões e as controvérsias que tinham caracterizado os relatórios daquela mesa-redonda de uma década e meia antes ainda estavam entre

nós, sem terem sido essencialmente modificadas, muito menos resolvidas, apesar da experiência clínica acumulada e do crescente conhecimento teórico adquirido durante esse período. Nem poderíamos dizer que essa avaliação foi, de alguma forma, modificada pelas considerações daquele painel internacional, do ponto de vista mais amplo das várias experiências da psicanálise nos diversos centros nacionais e regionais de trabalho psicanalítico, com todos os seus diferentes desenvolvimentos históricos e distintos contextos ecológicos.

Contudo, apenas uma década mais tarde, em 1979, quando as Sociedades Psicanalíticas Regionais Meridionais patrocinaram um Simpósio em Atlanta, no qual três dos protagonistas das discussões publicadas em 1954, Gill, Rangell e Stone, foram convidados a atualizar suas visões sobre “Psicanálise e psicoterapia, semelhanças e diferenças, uma perspectiva de 25 anos”, muita coisa tinha realmente mudado. Nos anos intermediários, novas conceitualizações diagnósticas e terapêuticas tinham sido amplamente desenvolvidas em relação às categorias dos pacientes *borderline* (como as abordagens psicanalíticas “modificadas” de Kernberg,<sup>23</sup> e dos transornos de caráter narcisista (introduzidas na órbita da psicanálise por Kohut,<sup>24,25</sup>). Essas novas considerações acrescentaram urgência e convicção aos esforços psicanalíticos de manter uma posição firme sobre as características próprias da psicanálise e das psicoterapias psicanalíticas, com suas esferas diferenciadas de aplicação em relação à diversidade das formações psicopatológicas. Isso, é claro, se tornou mais importante à medida que os quadros sintomáticos mais clássicos, em torno dos quais as concepções psicanalíticas originais foram elaboradas, minguavam em nossos consultórios.

Os três escolhidos para esse Simpósio, Gill, Rangell e Stone, tinham estado essen-

cialmente de acordo durante os debates do início da década de 1950, representativos da então posição “clássica” da maioria (que se mantinha associada à concepção de um espectro de psicoterapias, com uma cristalização característica de cada modalidade terapêutica diferenciada ao longo dele, cada uma com sua aplicação e indicação específicas a determinado segmento de pacientes, nosologicamente coerente). Essa seleção de três autores que, um quarto de século antes, tinham falado com tanta unidade tornou ainda mais impressionante a divergência de opiniões – exatamente sobre as mesmas questões – que marcou seus discursos em 1979. Foi essa mudança, mais uma vez importante, que eu denominei de “a terceira era” no desenvolvimento da psicoterapia psicanalítica dentro da psicanálise, a era atual, do “consenso fragmentado”. O amplo consenso (a despeito dos desvios significativos de Alexander e Fromm-Reichmann) que tinha caracterizado a corrente principal do pensamento psicanalítico nessa área por mais de duas décadas está em um estado fragmentado que ainda persiste hoje, vinte anos depois.

Na realidade, foram as concepções de Stone, as de nuances mais sutis em 1954, que sobreviveram mais inalteradas no decorrer dos anos.<sup>26</sup> Em suas concepções da maior orientação à realidade por parte do psicoterapeuta psicanalítico, das diferenças sutis entre a natureza do processo interpretativo na psicanálise e na psicoterapia psicanalítica e das dificuldades em separar as abordagens mais interpretativas (expressivas) das menos interpretativas ou não interpretativas (de apoio), Stone exibiu uma notável consistência de pontos de vista durante todo o intervalo de tempo de seus escritos sobre o tema, desde seu primeiro ensaio, de 1951, até o mais recente, de 1992. Era uma constância de perspectiva que contrastava nitidamente com as visões

significativamente modificadas dos outros dois protagonistas da mesa-redonda de 1979.

Quem mudou mais radicalmente durante esse intervalo de tempo foi Gill, o qual, seguindo Knight, tinha sido o mais claro, no início da década de 1950, em seus distintos delineamentos de psicanálise, psicoterapia expressiva e psicoterapia de apoio, cada uma com diferentes técnicas e objetivos e indicada para um segmento diverso do espectro psicopatológico. A mudança radical na percepção de Gill foi uma consequência direta de sua preocupação com a crescente diluição da primazia da interpretação transferencial como sendo o principal critério da psicanálise e do que era psicanalítico:

- a) a interpretação mais precoce da transferência, incluindo a busca diligente de todas as possíveis alusões implícitas a ela
- b) o foco no “aqui-e-agora”, em oposição à predominância genética na interpretação da transferência
- c) a elaboração mais completa de todas as implicações do que ele chamava de perspectiva de “duas pessoas”, em oposição à perspectiva de “uma pessoa”, ou seja, das contribuições para a transferência por parte dos dois participantes

Aqui, quero apenas examinar as implicações das mudanças de Gill sobre sua concepção de transferência por concepções (significativamente modificadas) sobre a natureza da psicanálise comparada com a psicoterapia. Ele tornou específicas essas implicações no Simpósio de Atlanta, em 1979, publicadas em uma versão revisada em 1984.

Gill<sup>27</sup> começou revendo os “critérios intrínsecos” pelos quais a análise costuma ser definida (“a centralidade da análise da transferência, um analista neutro, a indu-

ção de uma neurose de transferência regressiva e a resolução dessa neurose por técnicas apenas interpretativas, ou pelo menos principalmente por interpretação”), bem como os “critérios extrínsecos” comumente indicados (“sessões frequentes, o divã, um paciente relativamente bem integrado ou que seja considerado analisável e um psicanalista totalmente treinado”). A partir disso, Gill<sup>27</sup> referiu seu ponto de partida:

A questão da relação entre psicanálise e psicoterapia é ainda mais importante na prática hoje do que era em 1954, devido às dificuldades práticas em manter os critérios extrínsecos comumente aceitos da análise [...]. A questão se torna: o quanto o conjunto de critérios extrínsecos pode ser ampliado antes que o analista possa decidir-se por psicoterapia em vez de psicanálise?

Em resposta a essa pergunta, Gill<sup>27</sup> declarou:

Eu diria que, com a definição da técnica analítica à qual eu finalmente cheguei, esta técnica deverá ser ensinada a todos os psicoterapeutas. Se ela será empregada com sucesso ou não dependerá do treinamento e do talento natural para o trabalho de cada um.

E ainda:

[...] quero dizer que a técnica analítica, da forma como a definirei, deverá ser empregada tanto quanto possível mesmo se o paciente vier com menos frequência do que o usual em psicanálise, usar a cadeira em vez do divã, não estiver necessariamente comprometido com um tratamento mais longo, for mais doente do que o paciente considerado analisável e mesmo que o terapeuta seja relativamente inexperiente. Em outras palavras, recomen-

darei que *limitemos* rigorosamente as indicações para *psicoterapia psicanalítica*, e [em vez disso] *pratiquemos primariamente psicanálise como pretendo defini-la*.<sup>27</sup> (grifo nosso)

O que vemos aqui é uma proposta para assimilar à psicanálise o que Gill, em 1954, esforçara-se para demarcar como separado, isto é, a psicoterapia expressiva, antes vista como uma área relacionada à psicanálise, mas bem distinta dela; ou, em outras palavras, o autor propôs borrar, e talvez suprimir completamente, todas as diferenças cuja manutenção ele um dia acreditou ser vital. De fato, isso retomou a posição de Alexander, a qual Gill outrora rejeitara. Ele evidentemente reconheceu a base para essas posições radicalmente alteradas: “A reconsideração que estou propondo é resultado de minhas visões modificadas sobre a transferência e sua análise”.<sup>27</sup>

Além disso, a centralidade da análise da transferência é [isoladamente] o aspecto mais característico da psicanálise. É o que a diferencia da psicoterapia. Resta-me tentar mostrar que ela pode ser mantida mesmo em *condições ampliadas de critérios externos*.<sup>27</sup> (grifo nosso)

Gill, então, desenvolveu suas ideias sobre como os critérios externos mencionados – frequência, divã, duração e indeterminação do processo, entre outros – poderiam ser secundários e dispensados dentro de um trabalho psicanalítico apropriado. Declarou que, central a todas as visões sobre as dimensões externas da experiência psicanalítica, estava uma

[...] suposição implícita sobre o processo psicanalítico que gostaria de questionar. O de que a análise seja uma proposição do tipo tudo-ou-

-nada, gerando seus resultados positivos apenas se levada até o fim [...]. Essa crença costuma ser uma vã ilusão. Freud comparava a interrupção de uma análise com a interrupção de uma cirurgia. Eu sugiro, ao contrário, que, na forma modificada de conduzi-la que estou propondo, a análise possa ser um processo com benefícios progressivamente cumulativos, podendo ser interrompida em vários pontos, sem a necessária perda do que foi conquistado.<sup>27</sup>

Seguramente, estabelecer a psicanálise como um empreendimento tudo-ou-nada é, de certo modo, uma postura vazia, uma vez que a análise pode ser interrompida em todos os seus estágios intermediários, além do que, naturalmente em teoria, a análise nunca está completa. Isso não é, entretanto, o mesmo que amalgamar toda a psicoterapia expressiva com a psicanálise, como Gill agora faz, desde que atendida a exigência da completa primazia da interpretação da transferência no aqui-e-agora.

A única pergunta restante, então, era o que, para Gill, constituiria a psicoterapia que não fosse análise. Nesse ponto, ele propôs o nome “psicoterapia psicanalítica” para designar toda aquela abordagem terapêutica que não interpretasse sistematicamente a transferência, isto é, o que Knight, a princípio, e Gill, depois dele, chamaram, nas décadas de 1940 e 1950, de “psicoterapia de apoio de orientação psicanalítica”.

Houve, contudo, uma terceira posição no Simpósio de 1979, a de Rangell, intermediária entre a opinião essencialmente inalterada de Stone e o retorno radical, por parte de Gill, às concepções outrora rejeitadas de Alexander, às quais se sentiu atraído como uma consequência lógica de suas próprias mudanças na concepção essencial do empreendimento psicanalítico. A posição modificada de Rangell manteve a clareza conceitual das diferenças entre análise e

psicoterapia analítica, embora reconhecendo a “infiltração” da psicanálise pelas técnicas psicoterapêuticas. Rangell<sup>28</sup> afirmou:

Não há análise sem alguns desses mecanismos [psicoterapêuticos] [...]. Não há caso analítico tratado apenas por interpretação [...]. Se isso fosse um pré-requisito, nenhum tratamento se qualificaria como analítico.

Esse é o ponto crucial do argumento de Rangell,<sup>28</sup> com base, segundo ele, em sua variada prática clínica de tempo integral, durante quase quatro décadas:

Desde as comparações de 1954, a crescente experiência e a precisão técnica têm levado a uma diminuição das diferenças entre as duas [psicanálise e psicoterapia dinâmica].

Concluindo, declarou:

Como observação empírica de longo alcance durante esses anos, há, em números, uma grande zona de fronteira, na qual os procedimentos terapêuticos são praticados em uma área cinzenta entre “psicanálise com parâmetros” e psicoterapia intensiva sistemática, mas que não é verdadeiramente psicanálise. Minha crença, hoje, é que ainda é possível traçar uma linha entre as duas, embora também seja verdadeiro que, em muitos casos, essa linha seja difícil de definir.<sup>28</sup>

Esse panorama de posições cristalizadas e bastante discrepantes sobre a natureza da relação entre a psicanálise e as psicoterapias psicanalíticas – conforme resumido pelos três protagonistas do Simpósio de 1979, que tinham estado tão unidos em seus pontos de vista durante os debates na década de 1950 – reflete o que chamei de “a terceira era” na história dessa relação, a era atual do consenso fragmentado.

Atualmente, mais de três décadas depois do surgimento desse consenso fragmentado, a natureza da psicoterapia psicanalítica (o que a define e a constitui, como se relaciona com, ou é diferenciada, da própria psicanálise) – agora uma preocupação universal, e não mais caracteristicamente norte-americana – torna-se mais complexa e até mais ambígua e problemática à medida que é debatida nos vários centros psicanalíticos ao redor do mundo, cada um com suas próprias pressões socioeconômicas, sua história e ecologia psicanalíticas singulares, suas variadas lealdades teóricas (metapsicológicas) e suas convenções linguísticas e suportes filosóficos (epistemológicos) característicos.

Chamo isso, agora, de um mundo sem consenso. Duas tendências principais marcaram essa mudança maciça, aprofundada (e solidificada) nas mais de duas décadas desde o Simpósio de 1979, da lucidez e aparentes certezas da década de 1950 para nosso mar contemporâneo de vozes divergentes, frequentemente discordantes, sobre essas questões. Uma foi a elaboração gradual, dentro da própria psicanálise, do papel do relacionamento psicanalítico (à parte ou além da interpretação) como um determinante igual e interativo, junto com a interpretação verídica, da ocorrência do *insight* e da efetuação de uma mudança terapêutica; e a outra, obviamente relacionada, foi a crescente consciência e aceitação, na América do Norte – o lar original do empreendimento da psicoterapia psicanalítica –, da diversidade teórica que passou a caracterizar a psicanálise desde os tempos de Freud.

O crescente foco no relacionamento psicanalítico como fator principal na mudança da nossa compreensão sobre a própria essência da terapia psicanalítica pode ser considerado, na América do Norte, sob uma variedade de rubricas:

1. o foco na aliança de tratamento (a aliança terapêutica de Zetzel<sup>29</sup> ou a aliança de trabalho de Greenson<sup>30</sup> como componentes principais do relacionamento terapêutico – remontando diretamente a Sterba<sup>31</sup>)
2. o foco na natureza do relacionamento terapêutico, como incorporando a atitude médica humanizadora,<sup>32</sup> e no papel da “nova experiência integradora”, permitida no relacionamento transferencial ao “novo objeto”<sup>33</sup> – remontando a Balint<sup>34</sup> e, ainda mais anteriormente, aos muitos ensaios germinais de Ferenczi<sup>35</sup>
3. os modelos hierárquico e evolucionário, desenvolvidos diversamente por Gedo e Goldberg<sup>36</sup> e por Tähkä,<sup>37</sup> nos quais os parâmetros da própria psicanálise, conforme originalmente conceitualizada para pacientes classicamente neuróticos, estenderam-se, de forma gradual, para “além da interpretação”,<sup>38</sup> à medida que pacientes mais doentes e mais desorganizados foram incluídos na esfera de ação psicanalítica – sendo bastante obscuro o ponto de cruzamento da fronteira da psicoterapia psicanalítica
4. o desenvolvimento paralelo, na Grã-Bretanha, por Suttie, Fairbairn, Guntrip, Balint, Bowlby, Winnicott e seus muitos sucessores do Grupo Intermediário ou Independente, do foco (internalizado) objeto-relacional
5. paralelamente a isso tudo, a atual “virada relacional” na psicanálise norte-americana, lançada pelo influente livro de 1983, de Greenberg e Mitchell, remontando, em suas raízes, à “psiquiatria interpessoal” de Sullivan,<sup>39</sup> com seu foco desenvolvido sobre a interação de duas subjetividades (do analista e do analisando), dentro da matriz transferência-contratransferência, como

a iniciadora de mudança terapêutica (i.e., a mudança da psicologia de “uma pessoa” para uma psicologia de “duas pessoas”)

6. a já comentada descrição dos aparentemente novos pacientes paradigmáticos de nosso tempo, os transtornos da personalidade narcisista e a psicologia do *self*,<sup>24,25</sup> bem como a organização de personalidade *borderline* e a abordagem psicanalítica modificada (ego-estrutural e objeto-relacional amalgamadas) de Kernberg,<sup>23</sup> ambas declaradas aplicações da própria psicanálise (ou psicanálise “modificada”, ou até possivelmente psicoterapia psicanalítica?) àqueles pacientes com transtornos de ego mais extensos e profundos

Todas essas formas de conceitualizar o processo de mudança na psicanálise que estão “além” da interpretação, ou são de outro tipo que não a interpretação, tornaram progressivamente mais difícil traçar diferenciações entre a chamada psicanálise e as variedades de psicoterapia psicanalítica. O que ocasionou essas mudanças na conceitualização da teoria e da técnica do trabalho psicanalítico (e psicoterapêutico)? Para simplificar, o modelo austero<sup>40</sup> da própria psicanálise e a demarcação distinta das psicoterapias psicanalíticas expressivas e de apoio associadas não funcionaram nem refletiram de modo adequado e suficiente os eventos do processo terapêutico e as influências transformadoras e interativas reconhecidas dentro dele. Isso foi claramente articulado por Rangell,<sup>28</sup> em seu relato no Simpósio de 1979, discutindo essas formulações 25 anos mais tarde, e por Wallerstein,<sup>21</sup> nos escritos detalhados de experiências e achados de 30 anos do Projeto de Pesquisa de Psicoterapia da Fundação Menninger. Essa falta de ajuste convincente entre o modelo e o processo e

resultados terapêuticos tornou-se cada vez mais evidente não apenas com os pacientes mais doentes, como com transtornos da personalidade narcisista e com organizações de personalidade *borderline*, como também com os pacientes “neuróticos normais”, considerados classicamente os mais acessíveis à psicanálise não modificada.

Outra tendência importante na psicanálise, levando à crescente complexidade e ambiguidade que marcam a fronteira comum psicanálise-psicoterapia, e igualmente responsável pela progressiva fragmentação do consenso de 1954 (nas semelhanças e nas diferenças) sobre essa relação, foi o crescente reconhecimento, na psicanálise norte-americana, de que o paradigma metapsicológico da psicologia do ego, por muito tempo considerado a verdadeira expressão moderna da psicanálise criada e legada por Freud, simplesmente não mais refletia o estado das coisas na psicanálise mundial. Diferentemente, passamos a viver em um mundo de crescente diversidade psicanalítica (ou pluralismo, como viemos a chamar, de muitas (e nitidamente diferentes) metapsicologias psicanalíticas – psicologia do ego dos dias atuais (teoria do conflito contemporâneo), kleiniana (e suas extensões por Bion), objeto-relacional britânica, lacaniana (e francesa não lacaniana), psicologia do *self*, relacional ou intersubjetiva ou social-constitutivista (norte-americana), entre outras – que, com suas fronteiras delineadas de formas conceitualmente diferentes, naturalmente tornam muito mais difícil qualquer distinção global mais precisa entre psicanálise e psicoterapia.

Minha própria perspectiva sobre o que, em face desse pluralismo teórico global dentro da psicanálise, ainda nos mantém juntos, como partidários comuns de uma ciência e profissão psicanalítica compartilhadas, expliquei detalhadamente em outros textos.<sup>41-43</sup>

Uma implicação significativa desse mar de mudanças para as relações atuais entre as psicanálises e as psicoterapias psicanalíticas é que o conceito familiar de “análise selvagem”, articulado por Freud em 1910, atualmente perdeu seu significado e deve ser substituído pela oportuna sugestão de Schafer,<sup>44</sup> de “análise comparativa”. Nem “análise selvagem” nem, muito menos, “psicoterapia selvagem”, nesse sentido, têm qualquer sustentação conceitual no mundo psicanalítico fluido dos dias de hoje. É evidente que todos os elementos do desenvolvimento conceitual, remontando em herança à ênfase original de Ferenczi sobre o relacionamento analítico, estavam consignados, antes do desenvolvimento de psicoterapias derivadas explícitas, à esfera das psicoterapias analíticas. Agora que essas influências foram reconceitualizadas como centrais ao nosso entendimento do

que é psicanálise e de como ela funciona, é muito mais difícil traçar linhas conceituais heurísticamente úteis entre a psicanálise, a psicanálise modificada e (apenas ou meramente) a psicoterapia psicanalítica. Dependendo da lealdade teórica do observador clínico ou do investigador-pesquisador, dentro da gama de perspectivas teóricas psicanalíticas, essas linhas demarcatórias serão traçadas de modos muito diferentes. Isso, em resumo, representa o estado dessas questões hoje.

Assim, esta é uma descrição bastante condensada da evolução do relacionamento das psicoterapias psicanalíticas com sua matriz e origem, a psicanálise, desde as primeiras elaborações que privilegiavam apenas esta até o momento complexo e fragmentário da problemática e muito contestada natureza do seu relacionamento atual.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Ao longo das décadas de relacionamento entre psicanálise e psicoterapia analítica, o primeiro período considerava tudo o que não fosse psicanálise como apenas sugestão.
2. O segundo período foi o da estabelecida diversidade de objetivos e técnicas dentro de uma unidade de teoria.
3. Com o aprofundamento e a clarificação da natureza das psicoterapias analíticas e as pesquisas que evidenciavam crescentes áreas de superposição, surgiu o período do consenso fragmentado.
4. Mais recentemente, observa-se um período de não consenso, em que cada vez mais há uma noção da dificuldade em estabelecer limites precisos entre as duas abordagens.
5. Percebe-se que a ação terapêutica, as abordagens técnicas e mesmo os resultados das psicoterapias psicanalíticas mostram muito mais complexidade em sua correta avaliação do que se supunha. Estudos clínicos comparados e pesquisas realizados em vários centros do mundo têm promovido discussões teóricas mais abertas e sem a pretensa certeza dos períodos iniciais.

## REFERÊNCIAS

1. Wallerstein RS. The talking cures: the psychoanalyses and the psychotherapies. New Haven: Yale University; 1995. p. 587.
2. Wallerstein RS. Psychoanalysis and psychotherapy: an historical perspective. *Int J Psychoanal.* 1989;70(Pt 4):563-91.
3. Freud S. Lines of advance in psycho-analytic therapy. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sig-

- mund Freud. London: Hogarth; 1955. v. 17. p.157-68.
4. Glover E. The indications for psycho-analysis. *Journal of Mental Sciences*. 1954; 100(419):393-401.
  5. Glover E. The therapeutic effect of inexact interpretation: a contribution to the theory of suggestion. *Int J Psychoanal*. 1931;12:397-411.
  6. Knight RP. The relationship of psychoanalysis to psychiatry. In: Miller SC, editor. *Clinician and therapist: selected papers of Robert P. Knight*. New York: Basic Books, [c1972]. p. 121-30.
  7. Knight RP. A critique of the present status of the psychotherapies. In: Miller SC, editor. *Clinician and therapist: selected papers of Robert P. Knight*. New York: Basic Books, [c1972]. p. 177-92.
  8. Knight RP. An evaluation of psychotherapeutic techniques. In: Miller SC, editor. *Clinician and therapist: selected papers of Robert P. Knight*. New York: Basic Books, [c1972]. p. 193-207.
  9. Alexander F, French TM. *Psychoanalytic therapy: principles and application*. New York: Ronald; c1946. p. 353.
  10. Fromm-Reichmann F. *Principles of intensive psychotherapy*. [Chicago]: University of Chicago; [1950]. p. 246.
  11. Bibring E. Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2(4):745-70.
  12. Gill MM. Ego psychology and psychotherapy. *Psychoanal Q*. 1951;20(1):62-71.
  13. Gill MM. Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2(4):771-97.
  14. Rangell L. Similarities and differences between psychoanalysis and dynamic psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2(4): 734-44.
  15. Stone L. Psychoanalysis and brief psychotherapy. *Psychoanal Q*. 1951;20:215-36.
  16. Stone L. The widening scope of indications for psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2:567-94.
  17. Alexander F. Psychoanalysis and psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2:722-33.
  18. Fromm-Reichmann F. Psychoanalytic and general dynamic conceptions of theory and of therapy: differences and similarities. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2(4):711-21.
  19. Freud S. On the history of the psycho-analytic movement. In: Freud S. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth; 1957. v. 14. p. 1-66.
  20. Freud A. The widening scope of indications for psychoanalysis; discussion. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2(4):607-20.
  21. Wallerstein RS. Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy. New York: Guilford; c1986. p. 784.
  22. Wallerstein RS. Introduction to panel on psychoanalysis and psychotherapy: the relationship of psychoanalysis to psychotherapy-current issues. *Int J Psychoanal*. 1969; 50(1):117-26.
  23. Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: J. Aronson; [1975]. p. 361.
  24. Kohut H. *The analysis of the self; a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities; [1971]. p. 368.
  25. Kohut H. *The restoration of the self*. New York: International University; c1977. p. 345.
  26. Stone L. The influence of the practice and theory of psychotherapy on education in psychoanalysis. In: Joseph ED, Wallerstein RS, editors. *Psychotherapy: impact on psychoanalytic training: the influence of the practice and theory of psychotherapy on education in psychoanalysis*. New York: International Universities; c1982. (International Psycho-Analytical Association monograph series, n. 1). p. 75-118.
  27. Gill MM. *Psychoanalysis and psychotherapy: a revision*. *Int Rev Psychoanal*. 1984;11:161-79.
  28. Rangell L. *Psychoanalysis and dynamic psychotherapy. Similarities and differences twenty-five years later*. *Psychoanal Q*. 1981; 50(4):665-93.
  29. Zetzel ER. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal*. 1956;37(4-5):369-76.
  30. Greenson RR. The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanal Q*. 1965; 34:155-81.
  31. Sterba R. The fate of the ego in analytic therapy. *Int J Psychoanal*. 1934;15:117-26.

32. Stone L. The psychoanalytic situation: an examination of its development and essential nature. New York: International Universities; [c1961]. p. 160.
33. Loewald HW. On the therapeutic action of psycho-analysis. *Int J Psychoanal.* 1960;41:16-33.
34. Balint M. Character analysis and new beginning. In: Balint M. Primary love and psychoanalytical technique. New York: Hogarth; 1952. p. 159-73.
35. Ferenczi S. Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis. London: Hogarth; 1926. p. 480.
36. Gedo JE, Goldberg A. Models of the mind: a psychoanalytic theory. Chicago: University of Chicago; 1973. p. 220.
37. Tähkä V. Mind and its treatment: a psychoanalytic approach. Madison: International Universities; c1993. p. 490.
38. Gedo JE. Beyond interpretation: toward a revised theory for psychoanalysis. New York: International Universities; c1979. p. 280.
39. Sullivan HS. The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton; 1953. p. 393.
40. Eissler K. The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J Am Psychoanal Assoc.* 1953;1(1):104-43.
41. Wallerstein RS. One psychoanalysis or many? *Int J Psychoanal.* 1988;69(Pt 1):5-21.
42. Wallerstein RS. Psychoanalysis: the common ground. *Int J Psychoanal.* 1990;71(Pt 1):3-20.
43. Wallerstein RS, editor. The common ground of psychoanalysis. Northvale: J. Aronson; c1992. p. 320.
44. Schafer R. Wild analysis. *J Am Psychoanal Assoc.* 1985;33(2):275-99.

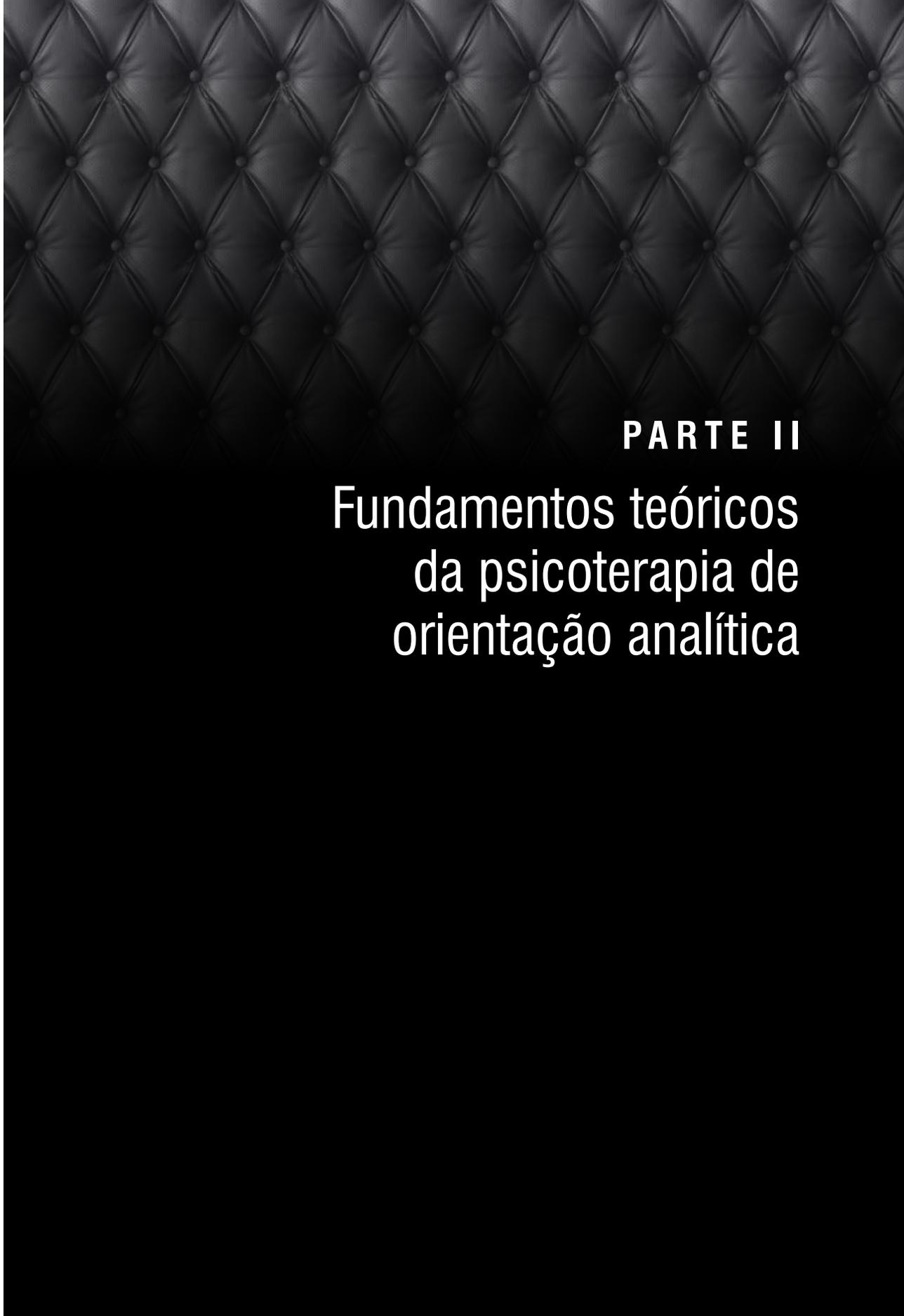
## LEITURAS SUGERIDAS

---

Freud S. 'Wild' psycho-analysis. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1957. v. 11. p.219-27.

Greenberg JR, Mitchell SA. Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge: Harvard University; 1983. p. 437.

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

The background of the entire page is a black, tufted leather texture, resembling a diamond or quilted pattern. The tufts are arranged in a regular grid, creating a series of small, raised diamond shapes.

**PARTE II**

**Fundamentos teóricos  
da psicoterapia de  
orientação analítica**

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

# INTEGRAÇÃO DA PSICANÁLISE COM AS NEUROCIÊNCIAS\*

Mark Solms

Não é difícil entender por que o relacionamento entre a psicanálise e as neurociências deve nos interessar. A psicanálise é uma ciência da mente, e temos conhecimento, desde tempos remotos, de que as atividades da mente estão, de alguma forma particular, conectadas aos tecidos do cérebro. Essa conexão foi estabelecida, desde o início, em bases clínicas. Ao longo dos tempos, os médicos reconheceram que doenças do cérebro – ao contrário daquelas de qualquer outro órgão – tinham efeitos imediatos sobre as funções da mente. O célebre caso de Phineas Gage, relatado pela primeira vez em 1848, é classicamente citado nesse contexto. Uma vareta de socar pólvora atravessou os lobos frontais de seu cérebro, com os seguintes resultados:

Sua saúde física é boa e estou inclinado a dizer que ele recuperou-se, [mas] sua mente foi radicalmente alterada, tão decisivamente que seus amigos e

conhecidos disseram que ele “não é mais o Gage”.<sup>1</sup>

Observações como essas, demonstrando que o cérebro e a personalidade são inextricáveis, tornam claro que o objeto de estudo da psicanálise está, de algum modo, intrinsecamente ligado ao objeto de estudo das neurociências.

O próprio Freud reconheceu esse fato em seus artigos de neurologia e continuou a reconhecê-lo em todos os seus artigos de psicologia. Contudo, a psicanálise desenvolveu-se quase completamente independente das neurociências. Todos nós sabemos a razão disso: apesar de Freud<sup>2</sup> reconhecer que “o aparelho mental [...] é também conhecido por nós sob a forma de preparação anatômica [...]”, sempre recomendou que os psicanalistas permanecessem afastados das neurociências. À primeira vista, parece haver uma contradição nessa postura, mas logo adiante será esclarecida essa posição de Freud.

O simples fato de que psicanálise e neurociências desenvolveram-se em separado por tanto tempo indica a realidade de que, não obstante a óbvia ligação entre

\* Solms, M. Preliminaries for an integration of psychoanalysis and neuroscience. In: Winer J. Annual of psychoanalysis. Hillsdale: Analytic; 2000. v. 28. p. 179-200.

os dois campos, há muitos aspectos que os separam. Deixando de lado as complexidades filosóficas da relação mente/corpo, podemos afirmar que, na prática, psicanálise e neurociências têm objetos de estudo separados, que empregam diferentes métodos de investigação e que o conhecimento que geram é, portanto, de dois tipos distintos. Isso impõe problemas óbvios para aqueles de nós que desejam forjar ligações entre esses dois corpos de conhecimento, como se pode perceber pela literatura que começou a acumular-se na fronteira comum entre eles durante as últimas décadas.

O primeiro pesquisador a explorar essa relação foi, naturalmente, o próprio Freud.

Em meados da década de 1890, ele redigiu uma série de rascunhos sobre o assunto, um dos quais sobrevive até hoje na forma de um documento conhecido como *Projeto para uma psicologia científica*. Nesse trabalho, Freud tentou traduzir o que era conhecido na época, sobre as operações profundas da mente, para a linguagem da neurofisiologia e da anatomia. O método que empregou para conseguir essa tradução foi, como ele reconheceu, de “*imaginações, transposições e suposições*”<sup>3</sup> (grifo nosso). Em outras palavras, Freud baseou-se na especulação.

Naquela época, era tão grande a lacuna entre o conhecimento que Freud tinha obtido pelo método de investigação psicanalítica sobre as operações internas da mente e o conhecimento que estava disponível, a partir de métodos de estudo fisiológicos e anatômicos sobre as operações internas do cérebro, que o médico não teve escolha senão recorrer à especulação para tentar transpô-la. Essa lacuna desempenhou um papel importante no posterior abandono

de Freud de seu *Projeto* e em sua descrição dele como “um tipo de aberração”.<sup>3</sup> Por fim, concluiu que “*no final eu posso ter que aprender a satisfazer-me com a explicação clínica das neuroses*”.<sup>3,4</sup> (grifo nosso) Essa observação sobre explicação clínica, como se verá em seguida, é fértil em implicações para nossa ciência.

É meu ponto de vista que a causa do fracasso de Freud em integrar seus achados clínicos com a neurociência de sua época não foi apenas a insuficiência de conhecimento neurocientífico disponível na década de 1890, como também a ausência de um método adequado para relacionar os dados neurológicos e psicológicos então disponíveis.

Acredito, ainda, que, a despeito do aumento rápido e exponencial em nosso conhecimento nos ramos das neurociências, toda tentativa subsequente de correlacionar conhecimento psicanalítico e neurocientífico topou com o mesmo problema básico que Freud encontrou cem anos atrás – ou seja, a falha em desenvolver um método válido para relacionar os achados clínicos da psicanálise com o tipo de conhecimento gerado pelas várias ciências neurológicas.

Todos os pesquisadores que escreveram sobre esse assunto, desde Freud<sup>5-44</sup> – apesar do brilhantismo de algumas de suas intuições –, basearam-se na mesma metodologia fundamental de Freud com relação à maneira como correlacionaram os dois campos de pesquisa, isto é, pela especulação.

Essas são algumas das razões que nos conduziram à atual situação: um súbito aumento de publicações nessa área, nos últimos anos, e com uma quantidade de modelos concorrentes – em muitos aspectos contraditórios – da organização neurológica das funções mentais profundas, que estudamos na psicanálise, sem que tenhamos qualquer base racional para decidir entre

eles. Como escolher entre pontos de vista rivais? Tenho certeza de que concordarão que precisamos ser capazes de decidir essas questões, pois, se a mente e o cérebro funcionam ambos de formas regulares e legítimas, e se essas funções e regularidades estão relacionadas umas às outras de formas legítimas semelhantes – e temos toda a razão para acreditar que estejam –, então deveríamos poder decidir essas questões de formas científicas efetivas.

Meu primeiro objetivo neste capítulo é apresentar um método pelo qual possamos realizar essa tarefa científica de forma efetiva. Pretendo fazê-lo, primeiramente, abordando a origem desse método; em segundo lugar, demonstrando como ele funciona; e, em terceiro, relatando, muito brevemente, alguns dos achados que tal método está começando a produzir sobre como as camadas mais profundas da mente são organizadas neurologicamente.

## PERSPECTIVA HISTÓRICA

A fim de cumprir esses objetivos, vamos recuar na história, traçar as origens da psicanálise a partir de um ramo particular da neurociência e mostrar como o método psicanalítico originou-se desse ramo; então, delinearemos os desenvolvimentos subsequentes nesse campo, a fim de evidenciar que ele ainda continua sendo o ponto de contato natural entre as duas disciplinas. No processo, espera-se ficar demonstrado que, assim como acontece em nosso trabalho clínico, um problema que parece insolavelmente complexo em sua forma presente e madura, com frequência acaba tendo uma estrutura relativamente simples quando investigamos suas origens.

Freud iniciou sua carreira científica como neuroanatomista, antes de voltar sua atenção aos problemas da neurologia clíni-

ca, o que se deu após um breve flerte com a psicofarmacologia. Na época em que se dedicou à neurologia clínica, esta ainda era uma disciplina jovem, baseada quase inteiramente em um único método. Este era conhecido como *correlação clínico-anatômica* e foi transportado para a nova especialidade da neurologia por alguns dos profissionais mais talentosos e competentes da arte da medicina interna. Como seu nome sugere, a medicina interna ocupava-se do diagnóstico e do tratamento de doenças ocorrendo no interior do corpo, que, por isso, podiam não ser diretamente percebidas no caso clínico vivo e tinham que ser deduzidas por suas manifestações indiretas, na forma de sintomas e sinais externos. Tinha-se que esperar a morte do paciente e o relatório do patologista para determinar se o diagnóstico estava correto ou não. Com o acúmulo de experiências ao longo das gerações acerca de que tipo de apresentação durante a vida tendia a correlacionar-se com quais achados patológico-anatômicos na necropsia, gradualmente se tornou possível para os médicos internistas reconhecer constelações patognomônicas de sintomas e sinais. Desse modo, podia-se prever, com razoável precisão, qual era o processo de doença subjacente e como conduzir seu tratamento. Essa foi a origem do conceito de *síndromes clínicas*, com o qual, presumo, muitos estejam familiarizados.

A neurologia tornou-se uma especialidade separada da medicina interna quando ficou cada vez mais evidente que não apenas o cérebro – como qualquer outro órgão – estava sujeito às suas próprias patologias especiais e peculiares a seus tecidos, mas também que um dano a diferentes partes do cérebro produzia uma ampla variedade de manifestações clínicas. Quando Freud estagiava em neurologia clínica, no início da década de 1880, esta foi a arte que ele aprendeu: diagnóstico e tratamen-

to racionais de doenças neurológicas pelo método da síndrome, com base no conhecimento obtido pelo método de correlação clínico-anatômica. De fato, sabemos que Freud era um profissional particularmente talentoso nessa arte.<sup>45</sup> Na época, ele publicou uma série de artigos que provam sua habilidade.

Visto que as lesões cerebrais causavam alterações mentais, o método clínico-anatômico poderia ter outra utilidade, isto

é, a da *localização das funções mentais*. No início da década de 1860, Pierre Paul Broca demonstrou que uma doença em uma parte específica do cérebro – marcada pela letra A na Figura 2.1 – produzia um sintoma mental altamente característico, isto é, a perda da fala. Com base nessa correlação clínico-anatômica, Broca localizou a faculdade da fala naquela pequena parte do cérebro. Carl Wernicke, 10 anos mais tarde, demonstrou que o dano a uma parte dife-

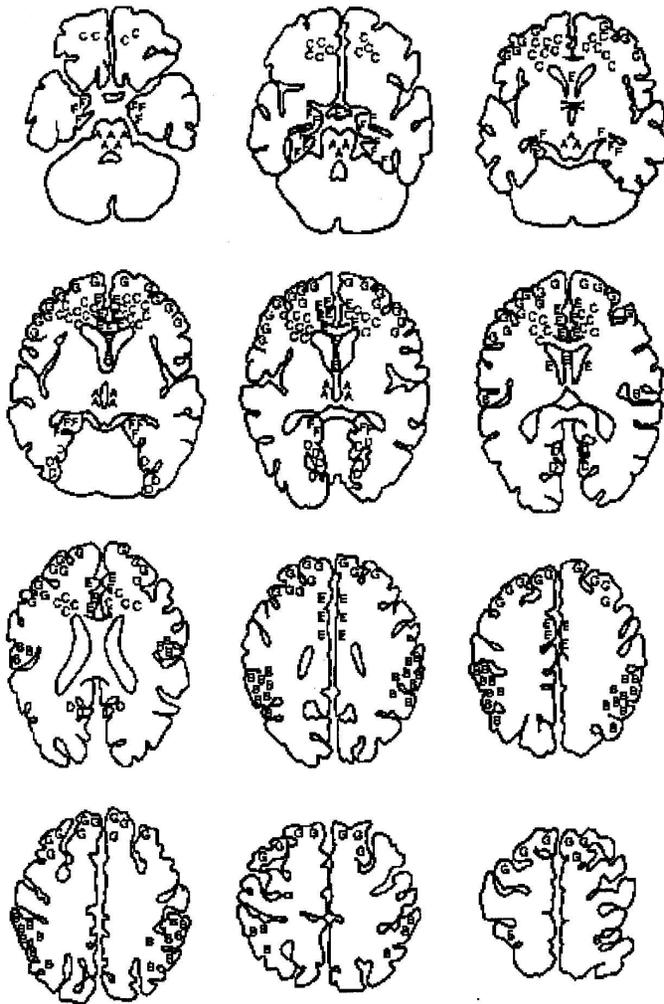


Figura 2.1

rente do cérebro – marcada pela letra **B** na Figura 2.1 – produzia um sintoma mental também diferente, isto é, perda da capacidade de entender a linguagem falada – e ele também localizou essa função. Essas duas descobertas germinais foram seguidas por uma rápida série de correlações clínico-anatômicas acerca de uma variedade de outras funções mentais, tais como a habilidade de movimentos, o reconhecimento de objetos e até a “inteligência”. Com base nisso, uma ampla série de faculdades psicológicas foi localizada dentro de um mosaico de supostos “centros” na superfície dos hemisférios do cérebro. Essa foi a origem de uma subespecialidade das ciências neurológicas, conhecida como neurologia comportamental.

Pelos artigos de Freud<sup>46-48</sup> daquela época, sabemos que ele era inteiramente versado nos métodos e nas descobertas desse novo ramo excitante da ciência. De fato, há muitas evidências sugerindo que a localização clínico-anatômica das funções mentais era objeto de especial interesse para ele.

Então, Freud estava ciente, antes de conceber a psicanálise, de que havia um método bem estabelecido pelo qual era possível correlacionar funções mentais, em uma base clínica, com as funções de partes específicas do cérebro. Mas, se era assim, por que Freud não usou esse método para identificar os correlatos neurológicos dos processos psicológicos que descobriu mais tarde? E por que nós não o utilizamos hoje?

Freud era um médico incomumente talentoso e não levou muito tempo para dominar o método sindrômico em seu trabalho diagnóstico e o método clínico-anatômico nas pesquisas que desenvolvia. Também não demorou a descobrir os limites desse método. Logo chegou à conclusão

de que era, como colocou, apenas “um jogo estúpido de permutações”.<sup>49</sup> Foi assim que aconteceu. Mesmo sendo verdade que o método clínico-anatômico representava a única técnica de pesquisa viável, disponível para o neurologista do século XIX interessado nas funções mentais, ele foi, na verdade, usado de formas sutilmente diferentes dentro de duas escolas de neurologia rivais. Na escola austro-alemã, dentro da qual Freud foi treinado, a ênfase estava conservadoramente no lado anatômico da equação clínico-anatômica. De acordo com isso, o objetivo primário da ciência neurológica não era simplesmente reconhecer quais síndromes correlacionavam-se com quais lesões, mas explicar o mecanismo do fenômeno clínico – e as funções mentais normais correspondentes – em termos anatômicos e fisiológicos. Essa abordagem refletia os ideais mais amplos da escola de medicina de Helmholtz.

Na escola de neurologia francesa, por sua vez, a ênfase estava mais no lado clínico da equação. De acordo com essa escola, que reunia a personalidade de Charcot e as famosas enfermeiras do Hospital Salpêtrière de Paris, a tarefa principal da ciência neurológica não era tanto explicar os vários quadros clínicos, mas identificá-los, classificá-los e descrevê-los. A seguinte citação ilustra graficamente as diferenças entre essas duas formas de aplicar o método clínico-anatômico:

Charcot [...] nunca se cansou de defender os direitos do trabalho puramente clínico, que consiste em ver e ordenar coisas, contra as usurpações da medicina teórica. Em certa ocasião, éramos um pequeno grupo de estudantes estrangeiros, que, educados na fisiologia acadêmica alemã, testávamos sua paciência com nossas dúvidas quanto às suas inovações clínicas. “Isso não pode ser verdade”, um

de nós objetava, “pois contradiz a teoria [da visão] de Young-Helmholtz”. Ele não retrucou com um “tanto pior para a teoria; primeiro os fatos clínicos” ou qualquer outra expressão com o mesmo efeito; disse-nos, entretanto, alguma coisa que nos marcou muito mais: “Teoria é bom; mas ela não impede as coisas de existirem”;<sup>50</sup>

Essa era uma citação favorita de Freud. Fato bem conhecido, durante seu período de estudos na Salpêtrière, em meados da década de 1880, Freud afastou-se da influência de algumas das figuras dominantes da escola de neurologia austro-alemã para colocar-se sob a influência direta e pessoal de Charcot. Essa mudança interferiu decisivamente em seu pensamento e, em particular, em sua atitude em relação à localização clínico-anatômica. A razão para essa mudança foi simples. Ainda que as diferenças entre as escolas de neurologia alemã e francesa fossem complementares em relação à maioria dos transtornos neurológicos físicos, com uma escola enfatizando o lado anatômico e a outra o lado clínico da equação, havia um grupo de doenças – consideradas como estando na esfera da neurologia da época – que derrubava as diferenças entre as duas abordagens.

É o caso das neuroses, da histeria e da neurastenia em particular, nas quais nenhuma lesão demonstrável do sistema nervoso podia ser encontrada na necropsia para explicar a sintomatologia clínica observada durante a vida do paciente. Isso não constituiu um problema sério para a escola francesa: Charcot simplesmente continuou a descrever as síndromes clínicas patognômicas da histeria e da neurastenia, como tinha feito com inúmeras outras doenças “nervosas”. As neuroses eram, para Charcot, como Freud<sup>50</sup> escreveu na época, “apenas outro tópico na neuropatologia”. Entretanto, para a neurologia alemã, o pro-

blema era quase insolúvel. Como explicar, em termos anatômicos e fisiológicos, o mecanismo de uma síndrome clínica que não tinha qualquer base anatomopatológica? Como resultado, alguns neurologistas alemães, entre eles professores de Freud, desenvolveram várias teorias especulativas elaboradas, enquanto outros, apenas, declaravam que as neuroses não eram temas adequados para atenção científica séria: se não havia lesão anatômica, não havia síndrome clínica.

Durante o período crucial em que Freud estudou com Charcot, esse era o assunto que mais o preocupava. Inicialmente, tornou-se um discípulo devotado de Charcot; no retorno a Viena, expunha seus pontos de vista sempre e onde quer que pudesse – para grande irritação de seus antigos professores. Entretanto, com a crescente experiência clínica e sob a influência do neurologista inglês John Hughlings Jackson, Freud começou a afastar-se de Charcot e a desenvolver um ponto de vista bastante singular para a época. Charcot satisfazia-se em somente descrever as síndromes clínicas da histeria e da neurastenia, na suposição de que seus correlatos anatomopatológicos (que acreditava terem uma etiologia hereditária) eventualmente produziriam os avanços necessários em técnicas microanatômicas e em outras técnicas laboratoriais.

Freud, ao contrário, acreditava – mais ou menos entre 1887 e 1893 – que um entendimento dessas síndromes clínicas nunca seria encontrado na anatomia patológica, ou pelo menos não pelo método de correlação clínico-anatômica. Baseava essa conclusão em duas importantes observações, que fizera primeiro em relação a outro tema na neurologia, o qual lhe tinha revelado os limites do método clínico-anatômico: o problema da afasia – ou seja, precisamente o tema ao qual o método

clínico-anatômico tinha sido aplicado pela primeira vez (por Broca e Wernicke) para a localização de funções mentais há mais de 20 anos.

As observações críticas de Freud<sup>47</sup> foram as seguintes: primeiro, observou que as faculdades psicológicas são complicadas, com sua própria organização interna complexa, cuja divisão se dá de acordo com a lógica funcional de sua construção interna, e não de acordo com as leis estruturais da anatomia cerebral. As leis dos sistemas funcionais psicológicos, portanto, não precisavam ter nenhuma relação direta com o plano estrutural do sistema nervoso.

Por essa razão, Freud concluiu que as síndromes psicológicas precisavam ser descritas e explicadas em seus próprios termos psicológicos.

A segunda observação, estreitamente relacionada à primeira, foi a seguinte: as funções psicológicas são, em sua essência, *processos dinâmicos*; elas se originam de uma interação complexa de forças entre funções componentes mais elementares e estão constantemente se reestruturando e se readaptando às variações das circunstâncias. Seus correlatos fisiológicos, desse modo, podem nunca ser localizados dentro de centros anatômicos distintos; elas devem ser cogitadas como processos – as dinâmicas resultantes de interações entre os elementos estáticos do sistema nervoso.

É de importância crucial notar que Freud fez essas observações pela primeira vez não com referência à histeria, ou a qualquer outra neurose, mas em um estudo sobre a afasia – ou seja, uma síndrome que só pode ocorrer no contexto de uma lesão cerebral definida. Em outras palavras, essas foram conclusões a que Freud chegou en-

quanto ainda era um neurologista de prestígio. Isso é salientado pelo fato de que ele rapidamente veio a fazer observações semelhantes em relação a funções não psicológicas, mas igualmente complexas, do cérebro. Em seus artigos sobre os transtornos do movimento voluntário que ocorrem na paralisia cerebral, por exemplo, Freud deu-se ao trabalho de demonstrar que eles não podiam ser localizados. Em uma série de monografias sobre o tema,<sup>51-53</sup> como em seu livro sobre afasia,<sup>47</sup> ele invocou fatores dinâmicos do desenvolvimento, em vez de fatores anatômicos estáticos, para explicar os vários transtornos do movimento em termos de rupturas específicas do sistema funcional complexo que os sustentavam.

Foi apenas mais tarde, entre 1893 e 1900, quando a psicanálise nasceu, que Freud aplicou esses princípios à psicopatologia. Esse é um fato de grande importância, porque, na próxima seção, será demonstrado como esses princípios foram subsequentemente desenvolvidos e expandidos dentro do campo da neurologia e como um método neurocientífico para estudar a organização cerebral das funções mentais foi estabelecido precisamente sobre tais princípios. Isso é central para nós, na busca por um método pelo qual possamos reunir psicanálise e neurociência.

Antes de seguir adiante, é importante recapitular e resumir o ponto de vista de Freud. Ele foi treinado no método clínico-anatômico de localização das funções mentais, dentro da escola de neurologia austro-alemã, que enfatizava o objetivo da explicação fisiológica e anatômica. Então, aderiu à escola francesa, que enfatizava o lado clínico da equação: a explicação de síndromes clínicas patognomônicas. Ele usou essa abordagem clínico-descritiva para dar inúmeras contribuições altamente valiosas à neurologia, primeiramente em estudos da afasia, depois da paralisia cere-

bral e, por último, das neuroses. No decorrer desse trabalho, Freud rejeitou o método clínico-anatômico da localização das funções mentais – na verdade, de localização de quaisquer funções complexas – dentro de centros anatômicos circunscritos.

Freud foi forçado a concluir que o método clínico-anatômico podia ser usado apenas para localizar as funções mais elementares, correspondendo, na esfera mental, às nossas modalidades sensoriais primárias (de visão, audição, paladar, entre outras), mas que era totalmente impossível localizar a organização neurológica do conjunto das faculdades mentais, que têm princípios de organização supraordenados, baseados em sua própria construção interna, a qual muda constantemente no processo de seu desenvolvimento e em sua adaptação às variações das circunstâncias. Para Freud, essas funções complexas surgem da interação dinâmica de uma variedade de funções mais elementares. Ele concluiu que deveríamos conceber essa interação como ocorrendo entre as estruturas elementares do cérebro e, portanto, renunciar à tentação de localizá-las dentro daqueles elementos.

Era óbvio para Freud, educado como foi na arte da observação clínica meticulosa, que os fatores essenciais na etiologia e os mecanismos das neuroses originavam-se de dinâmicas funcionais complexas desse tipo e que, portanto, eles podiam nunca ser localizados.

Isso levou o neurologista Freud a generalizar as conclusões a que tinha chegado em relação à fala, à linguagem e ao movimento voluntário para todo o campo mental e a escrever as seguintes palavras proféticas em *A interpretação dos sonhos*<sup>2</sup> – que marcou a divisão final entre a psicanálise e o método clínico-anatômico:

Desprezarei inteiramente o fato de que o mecanismo mental em que estamos aqui interessados também nos é conhecido sob a forma de preparação anatômica e evitarei cuidadosamente a tentação de determinar a localização psíquica por qualquer modo anatômico. Permanecerei no campo psicológico e proporei simplesmente seguir a sugestão de que devemos representar o instrumento que executa nossas funções mentais como semelhante a um microscópio composto, a um aparelho fotográfico, ou a algo desse tipo. Nessa base, a localização psíquica corresponderá a um ponto do aparelho em que surge uma das etapas preliminares de uma imagem. No microscópio ou no telescópio, como sabemos, isso ocorre em pontos ideais, em regiões nas quais não se acha situado nenhum componente tangível do aparelho.

Entretanto, o que Freud preservou e transportou para o novo campo da psicanálise foi quase tudo o que ele tinha aprendido como neurologista. Ou seja, continuou a se apoiar nos métodos clínico-descritivos da escola da neurologia francesa – com ênfase especial no estudo cuidadoso do caso clínico individual e na identificação de padrões de sintomas e sinais regulares, com significado patológico particular –; a explicar os fenômenos clínicos em termos de forças e energias naturais subjacentes (como tinha sido ensinado por seus primeiros mestres na escola de medicina de Helmholtz); e a acreditar que essas forças e energias eram, de fato, algo potencialmente descritível em termos físicos e químicos. Tudo o que abandonou foi a noção de que processos psicológicos, que têm organizações funcionais complexas e dinâmicas, pudessem ser localizados em áreas anatômicas distintas. Daí em diante, em vez de tentar explicar uma síndrome clínica correlacionando-a com o dano hipotético a uma ou outra re-

gião anatômica, como Charcot fazia, Freud investigava a estrutura psicológica interna da síndrome e a explicava em relação a um sistema funcional complexo, que presumia estar dinamicamente representado entre os elementos do cérebro.

Foi por essa razão que Freud continuou a reconhecer, durante toda a sua vida científica, que o modelo do aparelho mental que criara para justificar suas observações clínicas era um construto provisório, um sistema de relações funcionais que deveria estar representado de algum modo nos tecidos do cérebro; e, por isso, continuou a insistir que nós, na psicanálise, não deveríamos confundir os andaimes com a construção.

Tenho certeza de que todos estão familiarizados com os muitos comentários de Freud no sentido de que a psicanálise algum dia voltaria a unir-se à neurociência. Quero apenas lembrar que ele sempre insistiu que isso não seria possível até que a neurociência desenvolvesse um método capaz de acomodar a natureza complexa, distribuída e dinâmica dos processos mentais humanos. Citarei apenas um trecho nesse sentido, escrito no ano da morte de Freud.<sup>54</sup>

A topografia psíquica que aqui desenvolvi nada tem a ver com a anatomia do cérebro e, na realidade, entra em contato com ela apenas num ponto. [Ele está se referindo às modalidades sensoriais primárias do sistema perceptual.] O que é insatisfatório nesse quadro – e estou ciente disso tão claramente quanto qualquer um – se deve à nossa completa ignorância da natureza dinâmica dos processos mentais.

Freud insistia que, até que isso fosse entendido, a psicanálise deveria continuar investigando e entendendo a organização

funcional do aparelho mental em seus próprios termos, usando um método puramente clínico e desconsiderando sua representação anatômica. Isso deixou a psicanálise em uma relação muito particular com as ciências neurológicas. Colocou seus pressupostos fundamentais, e seu método básico, dentro de uma tradição bem estabelecida na neurologia comportamental, tradição que esteve estreitamente associada com a ênfase clínico-descritiva difundida por Charcot, o qual, seguindo Hughlings Jackson, sempre rejeitou a noção de que as faculdades mentais complexas pudessem ser concretamente localizadas no cérebro. Refiro-me à escola de neurologia dinâmica, que esteve associada, com o passar dos anos, a médicos e teóricos destacados, como Constantin von Monakow, Pierre Marie, Henry Head, Kurt Goldstein, Aleksandr Romanovich Luria e, mais recentemente, Jason Brown.

A influência desse ramo da neurociência aumentou e diminuiu com o passar dos anos. Nos dias atuais, está crescendo de forma significativa, na medida em que estudos de imagem funcional e de simulação por computador têm revelado o “processamento distribuído paralelo”, fundamentalmente não localizável e dinâmico, que subjaz a todo funcionamento mental e a todas as funções complexas do cérebro. A ênfase clínica desse ramo da neurociência, por sua vez, está em decadência; com os enormes avanços no uso de dispositivos tecnológicos auxiliares na medicina, a arte do julgamento clínico não é mais tão valorizada, e o fator humano na medicina está sendo perdido. Ironicamente, poderíamos dizer que a psicanálise mantém-se unida a esse ramo da neurologia como um dos últimos postos avançados das grandes tradições clínicas da medicina interna.

Entretanto, a questão importante para nossos propósitos (olhar para a frente, e não para trás) é que Freud transportou

da neurologia para a psicanálise um método básico – isto é, o clínico-descritivo, ou o método de análise da síndrome, como mais tarde veio a ser conhecido – e uma conceitualização básica das relações cérebro-comportamento – isto é, o antilocalizacismo ou a conceitualização dinâmica, que dá um lugar de honra aos métodos psicológicos de analisar síndromes mentais, independentemente de esses sintomas terem ou não uma base orgânica. Esse método e seus princípios básicos determinaram o objeto de estudo da psicanálise, a forma como nos ocupamos de estudá-lo e, mais importante de tudo, o tipo de conhecimento que a psicanálise gera.

Agora, se desejamos integrar conhecimentos desse tipo com conhecimentos sobre o cérebro, então nosso ponto de contato natural é com aquele ramo da neurociência que compartilha nossos pressupostos básicos e do qual brotou a psicanálise: a escola dinâmica da neurologia comportamental – ou neuropsicologia, como mais tarde veio a ser conhecida. Se tentarmos relacionar o conhecimento psicanalítico, gerado na clínica, com conhecimentos sobre o cérebro, gerados por métodos fundamentalmente incompatíveis, ou por métodos que Freud rejeitou de forma explícita, então não seremos apenas confrontados pelo problema insolúvel de termos que apelar para a especulação, mas também precisaremos reconhecer que podemos estar violando as premissas básicas sobre as quais nossa disciplina foi construída.

Tenho certeza de que concordarão – e este sempre foi o ponto de vista mais fundamental de Freud sobre o assunto – que há pouco propósito em reunir psicanálise com neurociências se isso significar que temos que abandonar tudo o que a psicanálise representa no processo.

## NEUROPSICOLOGIA

O que pretendo fazer agora é descrever um dos principais desenvolvimentos que ocorreram desde a morte de Freud no ramo das neurociências, do qual a psicanálise se originou, porque acredito que esse desenvolvimento nos fornece um método pelo qual é possível reunir psicanálise e neurociências de uma forma compatível com os pressupostos básicos de Freud. Durante o início da década de 1920, um jovem psicólogo russo escreveu a Freud solicitando reconhecimento formal de uma nova sociedade psicanalítica que ele havia formado na cidade oriental de Kazan. Esse homem era Aleksandr Romanovich Luria. Freud outorgou seu reconhecimento, e seguiu-se uma breve correspondência. Alguns anos mais tarde, Luria mudou-se para Moscou e ingressou na Sociedade Psicanalítica Russa. Durante um período de cerca de 10 anos, ele conduziu uma ampla série de pesquisas psicanalíticas, publicou um vasto número de artigos, monografias e relatos breves e conduziu um trabalho clínico em um hospital psiquiátrico local, incluindo (circulava o boato) a análise da neta de Dostoiévski. Luria foi atraído à psicanálise, ele escreveu, porque era o único ramo da psicologia que não só estava solidamente enraizado na ciência natural como estudava a experiência de vida de seres humanos reais.

Entretanto, a corrente da opinião política na União Soviética logo se voltou contra a psicanálise; no início da década de 1930 – temendo por seu futuro acadêmico, senão por sua vida –, Luria retirou-se da Sociedade Psicanalítica Russa, interrompeu de forma abrupta todas as atividades psicanalíticas e proferiu um discurso penitente, no qual admitia seus erros ideológicos, dizendo, de acordo com a linha do partido daquela época, que a psicanálise “biologizava” o comportamento humano e

ignorava suas origens sociais. Esse era um comentário surpreendentemente ingênuo vindo de alguém com um entendimento tão complexo dos ensinamentos de Freud; mas a questão não era essa. Curiosamente, há evidências que demonstram que Luria nunca abandonou seu interesse particular pela psicanálise, quaisquer que fossem seus pronunciamentos públicos. Consideremos, por exemplo, uma carta que ele escreveu para Oliver Sacks, em meados da década de 1970, na qual descreveu os tiques verbais de um paciente com síndrome de Gilles de la Tourette como uma introjeção, no superego, da voz punitiva do pai.<sup>55</sup> É surpreendente, também, em vista da acusação de que a psicanálise biologizava o comportamento humano, observar o que Luria fez em seguida (após retirar-se da Sociedade Psicanalítica): ingressou na Faculdade de Medicina, especializou-se em neurologia e, então, imediatamente, começou a estudar os sintomas mentais de seus pacientes neurológicos. E seu primeiro trabalho de pesquisa nessa área – na verdade, sua tese de doutorado – foi sobre o mesmo assunto que estava preocupando Freud quando abandonou esse campo 40 anos antes, ou seja, o tema da afasia.

Quando Luria publicou os resultados de seus esforços, em 1947, em uma monografia na qual evitava escrupulosamente o nome de Freud, propôs uma teoria da representação cerebral da linguagem que era bastante semelhante àquela que Freud havia proposto em 1891.<sup>56</sup> Estou deixando de lado os detalhes, mas gostaria de registrar uma breve citação. Consideremos a notável semelhança entre a sugestão de Freud de que vemos a mente como um instrumento óptico complexo, no qual a localidade psíquica corresponde a um ponto ideal, em que nenhum componente tangível do aparelho está situado, e a seguinte declaração de Luria:<sup>57</sup>

Todas as tentativas de postular que [...] ideias poderiam ser encontradas em unidades isoladas do cérebro foram tão irrealísticas quanto tentar encontrar uma imagem dentro de um espelho, ou atrás dele.

Entretanto, Luria deu um passo além de Freud, o que representou o avanço fundamental na neurologia comportamental, ou neuropsicologia, como preferia chamá-la. Luria<sup>58</sup> descrevia sua abordagem como “neurodinâmica”, usando a seguinte analogia para ilustrar o princípio:

A maioria dos pesquisadores que examinaram o problema da localização cortical entendeu o termo função como significando a “função de um tecido particular”. [...] É perfeitamente natural considerar que a secreção da bile é uma função do fígado e a secreção de insulina é uma função do pâncreas. É igualmente lógico considerar a percepção da luz como uma função dos elementos fotossensíveis da retina e dos neurônios altamente especializados do córtex visual associados. [Vocês lembrarão, este era o tipo de função que Freud acreditava que podia ser localizada.] Entretanto, essa definição não satisfaz todos os usos do termo função. Quando falamos da “função de respiração”, isto, evidentemente, não pode ser entendido como a função de um tecido particular. O objetivo final da respiração é fornecer oxigênio para que os alvéolos dos pulmões o transportem para o sangue através de suas paredes. Todo o processo é realizado não como uma simples função de um tecido particular, mas, antes, como um sistema funcional completo, reunindo muitos componentes pertencentes a diferentes níveis dos aparelhos secretor, motor e nervoso. Este “sistema funcional” [...] difere não apenas na complexidade de sua estrutura, mas também

na mobilidade de suas partes componentes.

O mesmo poderia ser referido, por exemplo, acerca da função da digestão.

Luria continuou a defender que as funções mentais também podem apenas ser localizadas nesse sentido distribuído, dinâmico. A fim de identificar as diferentes partes que, juntas, compõem os sistemas funcionais complexos do aparelho mental humano, ele criou um novo método de correlação clínico-anatômica, conhecido como “localização dinâmica”. O método funciona assim: se se deseja identificar a organização neurológica de uma função psicológica complexa, a primeira tarefa é identificar todas as diferentes maneiras pelas quais aquela função falha quando ocorre uma doença neurológica focal em diferentes partes do cérebro. Luria descreveu esse primeiro passo como “qualificação dos sintomas”. Inicia-se com cada uma das diferentes formas pelas quais a função em estudo falha, e então explora-se com cuidado a estrutura psicológica de cada um desses sintomas, identificando precisamente de que maneira o sistema funcional falhou em cada caso. Isso é feito usando-se métodos de análise psicológicos em casos clínicos individuais.

O segundo passo no método de Luria é chamado de “análise da síndrome”. Ou seja, examina-se que outras funções estão afetadas, além da função primária sob investigação, em cada caso. Mais uma vez, conta-se exclusivamente com métodos psicológicos de investigação e busca-se esclarecer a estrutura interna desses outros sintomas interligados, a fim de descobrir o que eles têm em comum com a função que é o foco de atenção primária. Dessa forma, identifica-se um fator único, subjacente, que pode responder por toda a série de manifestações clínicas superficiais.

Ao identificar o fator subjacente comum produzindo uma série de sintomas psicológicos, não apenas se aprenderá alguma coisa sobre a estrutura psicológica profunda da síndrome em questão, mas também se identificará a função componente que é responsável pela parte do cérebro que está danificada naquela síndrome. Em outras palavras, reconhece-se a função psicológica elementar de uma parte específica do cérebro. Trata-se de um avanço importante.

Uma vez que se tenha estudado, por esse método, a série completa de diferentes maneiras pelas quais uma faculdade psicológica complexa falha, com um dano a cada parte do cérebro, então se terá descoberto sua organização neurológica distribuída, mediante a identificação de quais partes do cérebro contribuem, e de que maneira, para o sistema funcional complexo que serve àquela faculdade como um todo. Não se terá localizado tal faculdade em nenhuma parte do cérebro, mas identificado os vários elementos componentes, entre os quais, por interação funcional dinâmica, aquela faculdade psicológica está representada.

Em minha opinião, esse método de Luria marca um passo importante para o futuro, porque nos possibilita identificar a organização neurológica de qualquer função mental, não importa quão complexa seja, sem contradizer os pressupostos fundamentais sobre os quais nossa disciplina foi construída.

Por esse método, as funções psicológicas complexas ainda são entendidas em seus próprios termos: psicológicos. Sua natureza dinâmica é respeitada teoricamente e acomodada metodologicamente, elas não são reduzidas à anatomia e à fisiologia, embora sua distribuição neurológica seja reve-

lada, e alguma coisa nova é aprendida sobre sua organização funcional interna. Por esse método, uma ligação viável é estabelecida entre os conceitos de psicologia e os de anatomia, de fisiologia e de todos os outros ramos da ciência neurológica.

Espero não ter feito o método neuropsicológico de análise da síndrome parecer muito complicado, porque, na verdade, ele é bastante simples. Acredito, verdadeiramente, que ele representa a ruptura pela qual Freud estava esperando. Isto é, creio que ele nos permite mapear a organização neurológica de tudo o que, em psicanálise, conhecemos sobre as estruturas e as funções da mente.

## **UM EXEMPLO: A FUNÇÃO DO SONHO**

Desejo agora dar um exemplo de como esse método – que defendo como o ponto natural de contato entre psicanálise e neurociências – funciona na prática. Escolhi um estudo de pesquisa que completei recentemente<sup>59</sup> sobre a organização neurológica de uma função mental que é de especial interesse à psicanálise. Refiro-me à função do sonho.

Usando o método de Luria para estudar os sonhos de 361 pacientes com lesões neurológicas, minha pesquisa revelou que o sonho é perturbado por danos a seis partes diferentes do cérebro. Essas regiões estão marcadas, na Figura 2.1, pelas letras C, E, F, G, H e J (note-se que a letra F corresponde à mesma parte do cérebro que a letra E, mas no outro hemisfério). Iniciamos descrevendo os efeitos primários sobre o sonho causados pelo dano a cada uma dessas partes. Se o cérebro está danificado nas regiões marcadas pelas letras C, E ou F – ou seja, na região frontal medial basal, ou na

região parietal inferior dos dois hemisférios –, a experiência consciente de sonhar para completamente. Esse fato clínico nos diz que as funções básicas responsáveis por essas três partes do cérebro são fundamentais para todo o processo de sonhar, pois, quando qualquer uma delas está danificada, o sonho manifesto é inteiramente eliminado. Isso é revelado por uma análise da síndrome psicológica, na qual a perda do sonhar está embutida. Voltarei a essa questão em breve. Antes, devo descrever as outras maneiras pelas quais o sonhar é desorganizado por uma doença neurológica. Se o cérebro está danificado na região marcada pela letra G no diagrama (ou seja, na região occipital temporal ventral), então a experiência consciente do sonhar persiste, mas os sonhos do paciente são destituídos de qualquer imagem visual. Por estranho que possa parecer, pacientes com dano a essa parte do cérebro têm sonhos completamente não visuais. (Também foram descritos casos nos quais apenas aspectos selecionados de imagens visuais estão perturbados, como, por exemplo, a cor das imagens.)

Se, no entanto, o dano está situado nas proximidades da região marcada pela letra H no diagrama (ou seja, na região temporal límbica), e se a lesão for acompanhada por um foco de descarga (ou seja, por atividade convulsiva), então o paciente experimenta pesadelos recorrentes e estereotipados. Esses pesadelos param se o transtorno convulsivo é controlado. Por fim, se o dano está situado na região marcada pela letra J (ou seja, na região frontal límbica), o paciente experimenta um aumento maciço na frequência dos sonhos; às vezes, experimenta sonhos contínuos e tem grande dificuldade de diferenciar os sonhos de experiências reais.

Portanto, esses sintomas qualificam as diferentes formas pelas quais o sonhar

pode ser desorganizado por danos cerebrais. Como referido, para descobrir a causa do colapso do sonhar em cada um desses seis casos, é necessário estudar a constelação de outros sintomas psicológicos que acompanham as alterações no sonhar, após um dano a cada uma das áreas. Isso permite que o pesquisador isole o fator subjacente elementar comum a todos os sintomas e que, portanto, é responsável pela parte do cérebro em questão para todo o processo do sonhar.

Assim, quais são os seis fatores elementares responsáveis por essas partes do cérebro? Infelizmente, devido a limitações de espaço, não será possível descrever a riqueza total das síndromes psicológicas a partir das quais deduzimos os fatores subjacentes. Terei que simplificar um pouco as coisas: para fins de exposição, vale ressaltar apenas que uma análise das síndromes psicológicas associadas a lesões às seis áreas do cérebro envolvidas revela os seguintes fatores básicos: a região C contribui com um fator de motivação para o funcionamento mental. A região E contribui com um fator de síntese quase espacial, fundamental para operações mentais simbólicas. A região F, com um fator de representação espacial concreta. A região G, com um fator de revivificação, essencial para a imagem mental visual. A região H, com um fator de alerta emocional. E a região J, com um fator de seletividade (ou de ativação e inibição seletivas), essencial para processos como atenção, teste de realidade e julgamento.

Assim, esses seis fatores juntos constituem o sistema funcional do sonhar. Ou, em outras palavras, o processo do sonhar origina-se de uma interação dinâmica entre esses fatores, que são responsáveis por seis partes do cérebro. Uma análise das propriedades estruturais e funcionais especiais dessas seis diferentes regiões ce-

rebrais, bem como das relações dinâmicas entre elas, fornece o entendimento científico básico da anatomia e fisiologia do sonhar.

Por fim, com o intuito de chegar a um entendimento verdadeiramente abrangente da organização neurológica do sonhar, também é necessário estudar as funções componentes das regiões do cérebro que não parecem envolvidas nesse processo. Isso revela, ao mesmo tempo, quais funções elementares do aparelho mental humano não estão envolvidas na construção psicológica dos sonhos. Para a finalidade deste capítulo, marquei apenas duas dessas regiões na Figura 2.1, que acredito serem de particular interesse.

A primeira delas é a região central do tronco cerebral, marcada pela letra I. Mesmo que danos a essa parte desorganizem gravemente o processo de sono REM, a experiência consciente de sonhar persiste. Isso sugere uma inesperada dissociação entre o processo fisiológico do sono REM e a experiência consciente de sonhos.<sup>60</sup> Tal dissociação é confirmada pelo fato de que lesões nas áreas marcadas pelas letras C, E e F na figura, que levam a uma cessação completa da experiência consciente de sonhar, não têm efeito sobre o fenômeno fisiológico do sono REM.

A outra região de interesse para a qual chamo a atenção na figura, marcada pela letra D (ou seja, a convexidade frontal dorsolateral), é imensamente importante para o controle executivo da vida mental de vigília e da atividade motora voluntária. Entretanto, danos a essa região não têm nenhum efeito sobre a experiência consciente de sonhar. Isso sugere, não surpreendentemente, que o pensamento do processo secundário e a atividade motora volitiva têm muito pouco a ver com o processo do sonhar.

Agora, se retrocedermos um pouco e examinarmos todos esses fatores juntos, poderemos chegar a um modelo de como o processo dinâmico de sonhar, como um todo, é organizado nos tecidos do cérebro.

Com base em minha pesquisa, propus o modelo seguinte, cada detalhe do qual sendo acessível à verificação empírica por uma variedade de métodos neurocientíficos.

Parece que o sonhar é estimulado por um processo de ativação. O processo de ativação mais comum que estimula um sonho é o estado de ativação neurofisiológica, que ocorre regularmente a cada 90 minutos durante o sono – isto é, o estado de REM, ativado pelas estruturas profundas do tronco cerebral marcadas pela letra I na figura. Entretanto, esse é apenas um dos muitos fenômenos de ativação que podem desencadear o processo de sonhar – e de maneira alguma é o fundamental, pois os sonhos ocorrem normalmente sem ele. Outro processo de ativação que pode estimular um sonho é uma descarga focal na região temporal límbica, que está marcada pela letra H na figura. Entretanto, esse é um processo de ativação patológico, que não pode ser determinado pelo processo do sonhar e que, portanto, resulta em sonhos de ansiedade ou pesadelos.

A zona C contribui para o próximo componente importante do processo do sonhar. Essa região do cérebro motiva interesses apetitivos no mundo (esta expressão, “interesse apetitivo”, é o termo que os neurobiólogos modernos usam para o que chamaríamos de “interesse libidinal”). Essa região canaliza processos de ativação endógenos na direção da atividade motora volitiva. Um estímulo ativador apenas de-

sencadeia o trabalho de sonhar se ele envolve esse mecanismo cerebral quase libidinal. Partes da zona C também inibem impulsos apetitivos e, juntamente com as estruturas seletivas da zona J, desviam o processo de ativação dos sistemas executivo e motor do cérebro, que estão marcados pela letra D no diagrama.

As regiões marcadas pela letra D são inibidas durante o sono. Porém, se o cérebro estiver danificado nas zonas C e J, parece que a inibição desses sistemas motores falha, resultando no estabelecimento de atividades motoras dirigidas e impossibilitando, com isso, um sonhar normal. Tal conceitualização do processo é apoiada pelo fato de que pacientes com dano a essa região do cérebro têm o sono gravemente perturbado. Se o cérebro está danificado na região J, entretanto, o distúrbio de inibição é apenas parcial, tendo como resultado um paradoxal aumento no sonhar e no pensamento onírico.

Em seguida, supondo que haja um grau suficiente de inibição frontal, o foco do processo de ativação noturno desvia-se para os sistemas posteriores do cérebro, que regulam as funções perceptivas e as operações espaciais e simbólicas superiores, que estão baseadas na percepção (zonas E, F e G). Isso, então, se torna a “cena de ação” primária do sonho manifesto. Aqui, os três outros fatores mencionados entram em ação: simbolização (zona E), pensamento espacial (zona F) e imagem mental visual (zona G). Entre esses três, parece que simbolização e o pensamento espacial são os mais importantes, pois, na ausência deles, o sonhar torna-se impossível, e todo o processo falha. A imagem mental visual é um fator menos importante, porque todo o processo mental de sonhar segue seu curso sem ele, a única diferença sendo que o produto

consciente final é destituído de imagem visual. Estou, portanto, inclinado a colocar esse fator de representação visual na extremidade final do processo de geração de sonho descrito.

Esse quadro global sugere que o sonhar é um processo mental regressivo, tanto desencadeado por estados de ativação noturnos quanto dependente deles. Esses estados de ativação são canalizados e inibidos pelos sistemas que controlam os comportamentos dirigidos a objetivos (*goal-directed*). Eles são desviados para longe dos sistemas motores e em direção aos sistemas perceptivos. Os sistemas perceptivos superiores representam o processo de ativação na forma de sínteses simbólicas e espaciais, que são projetadas regressivamente para as zonas visuais inferiores.

Dessa forma, o estado de sono é preservado. Se, no entanto, o processo de ativação noturno é excessivo, como ocorre nas convulsões ou na inibição frontal incompleta, então esse mecanismo de proteção do sono falha, e o sonhador é perturbado ou por ansiedade, ou pela inervação da atividade motora volitiva.

O que o método de Luria revela sobre a organização neurológica do sonhar, portanto, é surpreendentemente compatível com a teoria clássica de Freud. Além disso, devido à centralidade do sonhar nos modelos da mente de Freud, ele nos fornece a primeira posição segura sobre a representação anatômica e fisiológica de alguns conceitos psicanalíticos cruciais, incluindo aspectos da libido, da censura, simbolização, regressão topográfica, entre outros. Além disso, embora não possa entrar em todos esses detalhes aqui, pela identificação dos tecidos específicos do cérebro que estão envolvidos nos diferentes componentes psicológicos do sonhar, torna-se possível estudar os correlatos anatômicos, fisioló-

gicos e químicos mais refinados daquela teoria.\*

Por isso, insisto que o método de localização dinâmica fornece à psicanálise uma passagem conceitual às neurociências básicas e, desse modo, aos enormes avanços no conhecimento que inovações tecnológicas nesses campos geraram nos últimos anos. Os benefícios potenciais à psicanálise são tão óbvios que nem é preciso enumerá-los.

Espero que esse exemplo breve e simplificado torne claro o suficiente como as

\* Por exemplo, a análise mais rigorosa dos dados anatômicos revela que as estruturas na zona C, que são cruciais para a geração de sonhos, são as vias de fibras prosencefálicas basais, que ligam núcleos dopaminérgicos mesencefálicos com o córtex frontal mediobasal (a via dopaminérgica mesocortical-mesolímbica). Isso sugere que, seja o que for que essa via faça, é crítica para a função de sonhar. Eram essas fibras o alvo do procedimento de leucotomia pré-frontal modificada, tão popular na década de 1950. Há evidências sugerindo que medicações antipsicóticas modernas atuem sobre esse mesmo caminho.<sup>61</sup> Uma revisão da literatura psicocirúrgica mais antiga revela que a cessação do sonhar era uma consequência comum da leucotomia pré-frontal.<sup>59</sup> É evidente que, independentemente do que livrava os pacientes leucotomizados de seus sintomas psicóticos, também os impedia de gerar sonhos. Não tenho conhecimento de nenhuma pesquisa sobre os efeitos de medicamentos antipsicóticos modernos sobre o sonho. Entretanto, há considerável evidência de que agonistas da dopamina em geral (p. ex., L-dopa) estimulam um sonhar excessivo e que antagonistas da dopamina (p. ex., haloperidol) o suprimem.<sup>62-64</sup> Se revisarmos a teoria clássica dos sonhos à luz desses achados, teremos uma base empírica para ligar o instinto libidinal (ou suas manifestações importantes) às vias dopaminérgicas mesocorticais-mesolímbicas. Portanto, não é sem interesse que neurocientistas contemporâneos incluam essas vias nos “sistemas de comando da curiosidade-interesse-expectativas do cérebro [...] que incitam comportamentos de busca de objetivos e interações apetitivas do organismo com o mundo”.<sup>65</sup>

funções mentais humanas são representadas nos tecidos do cérebro, na forma de sistemas funcionais complexos que se originam de interações dinâmicas entre uma quantidade de partes componentes elementares – assim como uma imagem surge do instrumento óptico composto, como Freud sugeriu em *A interpretação dos sonhos*.

Espero, também, que esse exemplo demonstre como o método de análise sindrômica torna possível identificar as partes componentes do cérebro, entre as quais se distribui uma função mental complexa, e qual é a contribuição elementar que cada uma delas propicia ao sistema funcional como um todo. Esse é o produto científico do método que desenvolvemos na neuropsicologia, nos últimos 70 anos, desde a morte de Freud.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de terminar e de apresentar meu argumento em favor de uma integração entre psicanálise e neurociências, com base nesse método, é preciso levar em consideração o fato de que a pesquisa que acabei de descrever ocupou-se apenas do processo do sonho manifesto. Em outras palavras, estudou diretamente apenas os efeitos que danos a diferentes partes do cérebro têm sobre a experiência consciente do sonhar e precisou deduzir os mecanismos inconscientes subjacentes a partir dos sintomas demonstrados. É por essa razão que não podemos desnudar toda a estrutura inconsciente de uma síndrome psicológica examinando um paciente neurológico no leito, e ainda menos avaliando-o em um laboratório neuropsicológico.

A fim de obter acesso mais direto a essas camadas mentais mais profundas do

paciente, tenha ele uma lesão cerebral ou não, precisamos conhecê-lo como pessoa, no contexto de um relacionamento analítico, em um ambiente profissional seguro, dentro do qual possamos ganhar sua confiança com tato e compreensão. Analisando suas resistências, observaremos a forma como os determinantes internos dos sintomas gradualmente se revelam na transferência; e, testando as hipóteses que nos ocorrem nesse sentido, na forma de interpretações apropriadas, observaremos os efeitos que estas têm sobre o material analítico subsequente, e assim por diante. Dito de outro modo, só poderemos esclarecer de forma adequada a estrutura dinamicamente inconsciente de um sintoma mental pelo método psicanalítico.

Sabemos que esse não é o caminho mais fácil para estudar uma síndrome psicológica, mas também entendemos que é o único método verdadeiro e confiável quando se trata daquele aspecto mais profundo da vida mental que a neuropsicologia deixou de estudar, mas que sempre foi uma preocupação central para a psicanálise, isto é, a estrutura dinamicamente inconsciente da personalidade humana. De fato, as resistências emocionais que ocultam a estrutura interna da personalidade explicam por que a organização neurológica destas, o aspecto mais importante da vida mental humana, ainda não foi explorada de modo sistemático pelo método de análise sindrômica. Acredito que essa é a contribuição científica que a psicanálise pode dar às neurociências, e esse é o próximo passo que devemos dar agora.

Ironicamente, devemos o desenvolvimento de um procedimento clínico para analisar essas camadas mentais mais profundas ao fato de Freud ter abandonado os métodos neurocientíficos de investigação quando percebeu que eles eram (naquela

época) incapazes de solucionar a natureza dinâmica dos processos mentais humanos. Parece que agora chegou o momento de reintroduzirmos os frutos desses trabalhos no campo neurocientífico, do qual eles originalmente brotaram. Acredito que, fazendo isso – embora eu não deseje subestimar a enormidade da tarefa que nos aguarda –, seremos capazes de, aos poucos, integrar psicanálise e neurociências em uma base clínica sólida, de forma que seja benéfica para ambos os campos, sem ignorar nenhuma das valiosas lições que os pioneiros da psicanálise lutaram tanto, e por tanto tempo, para aprender.

O que estou recomendando, portanto, e o que acredito que irá fornecer o alicerce fundamental para uma integração duradoura da psicanálise e das neurociências, é uma investigação inteiramente psicanalítica de pacientes com lesões neurológicas focais. Em outras palavras, sugiro que mapeemos a organização neurológica das camadas mais profundas da mente, usando uma versão psicanalítica da análise da síndrome e estudando a estrutura profunda das alterações mentais que podem ser reconhecidas em pacientes neurológicos dentro de uma relação psicanalítica. Se houvesse mais espaço, gostaria de descrever os resultados preliminares de um estudo que minha esposa e colega, Karen Kaplan-Solms,

e eu iniciamos 12 anos atrás (em 1993), usando precisamente esses métodos.<sup>66</sup> Até agora, estudamos a vida subjetiva de 35 pacientes com lesões cerebrais focais, assistindo-os com psicanálise ou terapia psicanalítica. Colegas na América, na Áustria, na Suécia e na Alemanha estão iniciando estudos semelhantes. Essa pesquisa começa a revelar a organização neurológica daqueles sistemas funcionais mais profundos que apenas o método de investigação psicanalítica pode revelar. Temo que aqui eu tenha conseguido apenas defender a questão de que agora é possível, usando os métodos descritos, esclarecer a organização neurológica das funções mentais mais profundas, que temos tradicionalmente estudado em psicanálise usando material puramente psicopatológico.

Espero ter transmitido esse ponto de vista de modo convincente, apesar do fato de que apenas fui capaz de sugerir como minha forma de abordar o problema realmente funciona na prática e descrever um fragmento do tipo de dados que ela gera. Contudo, espero ter conseguido pelo menos convencê-los do princípio de que este é um caminho que vale a pena seguir. Um enorme esforço científico está diante de nós, e, portanto, é desnecessário dizer que, quanto mais nos envolvermos nele, melhor.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Cérebro e personalidade são inextricáveis, o que torna claro que o objeto de estudo da psicanálise está de algum modo ligado ao objeto de estudo das neurociências. O primeiro pesquisador a explorar essa relação foi o próprio Freud.
2. Independentemente dos seus correlatos clínico-anatômicos, Freud concluiu que as síndromes psicológicas precisavam ser descritas e explicadas em seus próprios termos psicológicos.
3. Era óbvio para Freud que os fatores essenciais na etiologia e os mecanismos das neuroses originavam-se de dinâmicas funcionais complexas e que, portanto, nunca poderiam ser localizados anatomicamente.

4. Freud reconheceu, durante toda a sua vida científica, que o modelo do aparelho mental que criara para justificar suas observações clínicas era um construto provisório, um sistema de relações funcionais que deveria estar representado de algum modo nos tecidos do cérebro.
5. Há pouco propósito em reunir psicanálise e neurociências se isso significar que temos que abandonar tudo o que a psicanálise representa no processo.
6. A fim de identificar as diferentes partes que, juntas, compõem os sistemas funcionais complexos do aparelho mental humano, Luria criou um novo método de correlação clínico-anatômica, conhecido como "localização dinâmica".
7. O método de Luria marca um passo importante para o futuro, porque possibilita identificar a organização neurológica de qualquer função mental, não importa quão complexa seja, sem contradizer os pressupostos fundamentais sobre os quais a psicanálise foi construída.
8. Com base na pesquisa sobre sonhos, propomos um modelo da função do sonhar em que cada detalhe é acessível à verificação empírica por uma variedade de métodos neurocientíficos.
9. O método de localização dinâmica fornece à psicanálise uma passagem conceitual às neurociências básicas e, desse modo, aos enormes avanços no conhecimento que inovações tecnológicas nesses campos geraram nos últimos anos.

## REFERÊNCIAS

1. Harlow J. Recovery from the passage of an iron bar through the head. *Massachusetts Medical Society*. 1868;2:329-47.
2. Freud S. The interpretation of dreams. In: Freud S. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth; 1900. v. 4-5.
3. Freud S. *The origins of psycho-analysis: letters to Wilhelm Fliess drafts and notes, 1887-1902*. New York: Basic Books; [1954].
4. Solms M, Saling M. On psychoanalysis and neuroscience: Freud's attitude to the localizationist tradition. *Int J Psychoanal*. 1986; 67(Pt 4):397-416.
5. Epstein AW. The phylogenesis of the "ego", with remarks on the frontal lobes. *Am J Psychoanal*. 1987;47(2):161-6.
6. Epstein A. Associations and their nature: a foundation of psychodynamic science. *J Am Acad Psychoanal*. 1989;17(3):463-73.
7. Epstein A. *Dreaming and other involuntary mentation: an essay in neuropsychiatry*. Madison: International Universities; c1995.
8. Erdelyi MH. *Psychoanalysis: Freud's cognitive psychology*. New York: W.H. Freeman; c1985.
9. Frick RB. The ego and the vestibulocerebellar system: some theoretical perspectives. *Psychoanal Q*. 1982;51(1):93-122.
10. Galin D. Implications for psychiatry of left and right cerebral specialization. A neurophysiological context for unconscious processes. *Arch Gen Psychiatry*. 1974;31(4): 572-83.
11. Hadley JL. The representational system: a bridging concept for psychoanalysis and neurophysiology. *Int Rev Psychoanal*. 1983;10:13-30.
12. Hadley JL. The instincts revisited. *Psychoanalytic Inquiry*. 1992;12(3):396-418.
13. Harris J. *Clinical neuroscience: from neuroanatomy to psychodynamics*. New York: Human Sciences; c1986.
14. Hartmann E. From the biology of dreaming to the biology of the mental. *Psychoanal Study Child*. 1982;37:303-35.
15. Heilbrunn G. Biologic correlates of psychoanalytic concepts. *J Am Psychoanal Assoc*. 1979;27(3):597-626.
16. Hoskins R. An endocrine approach to psychodynamics. *Psychoanal Q*. 1936;5:87-107.
17. Joseph R. The neuropsychology of development: hemispheric laterality, limbic language, and the origin of thought. *J Clin Psychol*. 1982;38(1):4-33.

18. Joseph R. The limbic system: emotion, laterality and unconscious mind. *Psychoanal Rev.* 1992;79(3):405-56.
19. Kokkou M, Leusinger-Bohleber M. Psychoanalysis and neurophysiology: a look at case material from the two theoretical perspectives. An interdisciplinary understanding of some basic psychoanalytic concepts. In: Leusinger-Bohleber M, Schneider H, Pfeifer R, editors. "Two butterflies on my head...": psychoanalysis in the interdisciplinary dialogue. Berlin: Springer-Verlag; 1992. p. 133-79.
20. Levin F. Mapping the mind: intersection of psychoanalysis and neuroscience. Hillsdale: Analytic; 1991.
21. Maclean P. New findings relevant to the evolution of the psychosexual functions of the brain. *J Nerv Ment Dis.* 1962;135(4):289-301.
22. Mc Laughlin JT. Primary and secondary process in the context of cerebral hemispheric specialization. *Psychoanal Q.* 1978; 47(2):237-66.
23. Meyersburg HA, Post RM. An holistic developmental view of neural and psychological processes: a neurobiologic-psychoanalytic integration. *Br J Psychiatry.* 1979;135:139-55.
24. Miller L. Freud's brain: neuropsychodynamic foundations of psychoanalysis. New York: Guilford; 1991.
25. Negri R. The newborn in the intensive care unit: a neuropsychanalytic model. London: Karnac; 1994.
26. Olds DD. Consciousness: a brain-centered, informational approach. *Psychoanalytic Inquiry.* 1992;12(3):419-44.
27. Ostow M. A psychoanalytic contribution to the study of brain function. I. The frontal lobes. *Psychoanal Q.* 1954;23(3):317-38.
28. Ostow M. A psychoanalytic contribution to the study of brain function. 2. The temporal lobes. 3. Synthesis. *Psychoanal Q.* 1955;24:383.
29. Ostow M. Behavior correlates of neural function. *Am Sci.* 1955;43:127-33.
30. Ostow M. Psychic contents and processes of the brain. *Psychosom Med.* 1955;17(5):396-406.
31. Ostow M. Psychoanalysis and the brain. *Acta Med Orient.* 1956;15(6-7):167-76.
32. Ostow M. The biological basis of human behavior. In: Arieti S, editor. *American handbook of psychiatry.* New York: Basic Books; 1959.
33. Palombo SR. Connectivity and condensation in dreaming. *J Am Psychoanal Assoc.* 1992;40(4):1139-59.
34. Peterfreund E. Information systems and psychoanalysis. An evolutionary biological approach to psychoanalytic theory. *Psychol Issues.* 1971;7(1):1-397.
35. Peterfreund E. Symposium on the ego and the id after fifty years. The need for a new general theoretical frame of reference for psychoanalysis. *Psychoanal Q.* 1975;44(4):534-49.
36. Reiser MF. Mind, brain, body: toward a convergence of psychoanalysis and neurobiology. New York: Basic Books; 1984.
37. Reiser MF. Memory in mind and brain: what dream imagery reveals. [New York]: Basic Books; c1990.
38. Schilder P. Psycho-analysis of space. *Int J Psychoanal.* 1935;16:274-95.
39. Schore AN. Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development. Hillsdale: L. Erlbaum; 1994.
40. Schwartz A. Drives, affects, behavior--and learning: approaches to a psychobiology of emotion and to an integration of psychoanalytic and neurobiologic thought. *J Am Psychoanal Assoc.* 1987;35(2):467-506.
41. Schwartz A. Reification revisited: some neurobiologically filtered views of "psychic structure" and "conflict". *J Am Psychoanal Assoc.* 1988;36(Suppl):359-85.
42. Stone MH. Dreams, free association, and the non-dominant hemisphere: an integration of psychoanalytical, neurophysiological and historical data. *Psychodyn Psychiatry.* 1977;5(2):255-84.
43. Winson J. Brain and psyche: the biology of the unconscious. Garden City: Anchor; 1985.
44. Zuelzer M, Maas JW. An integrated conception of the psychology and biology of superego development. *J Am Acad Psychoanal.* 1994;22(2):195-209.
45. Jones E. The life and work of Sigmund Freud. New York: Basic Books; 1953. v. 1.
46. Freud S. 'Aphasia' In: Solms M, Saling M, editors. A moment of transition: two neuroscientific articles by Sigmund Freud. London: Karnac; 1990.

47. Freud S. On aphasia: a critical study. London: Imago; 1891.
48. Freud S. Amnesie and Aphasie. In: Bum A, Schnirer MT, editors. Diagnostisches Lexikon für praktische Ärzte. Wien: Urban & Schwarzenberg; 1893-1894.
49. Bernfeld S. Sigmund Freud, M. D., 1882-1885. *Int J Psychoanal.* 1951;32(3):204-17.
50. Freud S. Charcot. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1893-1899. v. 3. p. 11-23.
51. Freud S, Rie O. Klinische Studie über die halbseitige Cerebrallähmung der Kinder. Wien: M. Perles; 1891.
52. Freud S. Zur Kenntniss der cerebralen Diple-gien des Kindesalters (im Anschluss an die Little'sche Krankheit. Vienna: Deuticke; 1893.
53. Freud S. Infantile cerebral paralysis. Miami: Miami University; 1897.
54. Freud S. Moses and monotheism, and outline of psycho-analysis and other works. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1939. v. 23.
55. Sacks O. Letter to Mark Solms dated march 17, 1987. Comunicação pessoal.
56. Luria AR. Traumatic aphasia: its syndromes, psychology and treatment. The Hague: Mouton; 1970.
57. Luria AR. Mind and brain: Luria's philosophy. In: Gregory RL, editor. The Oxford companion to the mind. Oxford: Oxford University; 1987.
58. Luria AR. The working brain: an introduction to neuropsychology. Harmondsworth: Penguin; 1973.
59. Solms M. The neuropsychology of dreams: a clinico-anatomical study. Mahwah: L. Erlbaum; 1997.
60. Solms M. New findings on the neurological organisation of dreaming: implications for psychoanalysis. *Psychoanal Q.* 1995; 64(1):43-67.
61. Breggin P. Brain disabling therapies. In: Valenstein E, editor. The psychosurgery debate. San Francisco: W.H. Freeman; c1980.
62. Sacks O. The man who mistook his wife for a hat. London: Duckworth; 1985.
63. Sacks O. Awakenings. New York: Harper Perennial; 1990.
64. Sacks O. Neurological dreams. *MD.* 1991; 35(2):29-32.
65. Panksepp J. Mood changes. In: Vinken PJ, Bruyn G, Klawans H. Handbook of clinical neurology. Amsterdam: North-Holland; 1985. p. 271-85.
66. Kaplan-Solms K, Solms M. Clinical studies in neuro-psychoanalysis: introduction to a depth neuropsychology. Madison: International Universities; 2000.

## LEITURA SUGERIDA

---

Harlow J. Passage of an iron rod through the head. *Boston Med Surg J.* 1848;39(20)389-93.

# 3

## CONCEITOS PSICANALÍTICOS FREUDIANOS FUNDAMENTAIS

Luiz Carlos Mabilde

Para efeito de compreensão da teoria psicanalítica e de aplicação do método terapêutico psicanalítico, todo o freudismo é conceitual e fundamental, uma vez que permanece sendo o paradigma unificador de tudo o que pode ser dito ou escrito sobre psicanálise, até quando se pretende contrapô-la. Quando afirmamos, por exemplo, que os dois pilares fundamentais do edifício teórico psicanalítico são os conceitos de inconsciente dinâmico e de determinismo psíquico, estamos não só acentuando o que é básico em psicanálise como teoria, mas, sobretudo, declarando-nos freudianos e deixando claro que ele é o nosso conceito e o nosso fundamento.

Nada em Freud é secundário, menos ainda desprezível. Mesmo quando se equivocava, ele o faz de uma forma consecutiva e articulada, ainda que mal enjambrada. Isso significa que toda a sua elaboração é estrutural, o que nos remete, de novo, à dimensão conceitual e fundamental de sua obra como um todo.

É claro que seria relativamente fácil elaborar um glossário com alguns conceitos freudianos fundamentais, selecionados com base em algum critério individual, bastando, para tanto, copiar o que já está

escrito sobre os conceitos selecionados. Mas isso, além de significar zero em termos de contribuição ao tema, seria desprezar ou mesmo macular aquilo que a obra de Freud tem de mais importante, isto é, seus aspectos evolutivos, estruturais, conceituais e fundamentais para a compreensão do funcionamento psíquico normal e patológico. O freudismo é quase toda a psicanálise e só vale em sua totalidade, em especial por apresentar um desenvolvimento conceitual.

Em função das premissas consignadas, bem como pela disposição e exigência didáticas de atender aos objetivos deste livro, vou rastrear a obra freudiana, extraindo dela seus conceitos mais conspícuos, de acordo com uma divisão em *cinco módulos*, os quais agrupam textos em torno de um eixo temático comum. Assim, serão cinco eixos, vários textos e determinados conceitos, todos compromissados com essa sistematização orgânica. Um ordenamento temporal e cronológico facilitará, também, o acompanhamento e a compreensão dos textos e dos conceitos.

Desse modo, mais do que destacar e explicar conceitos fundamentais (o que pode ser feito em qualquer dicionário), o

principal objetivo deste capítulo é contextualizá-los em relação à obra freudiana. De forma complementar, sempre que necessário, aqui e ali, será apresentada uma definição do conceito, a título de comentário.

Os conceitos considerados fundamentais estarão em **negrito**.

Os cinco módulos são:

- I) Como era Freud no início (1895-1905)
- II) Metapsicologia freudiana (1909-1917)
- III) As três grandes revoluções (1920-1926)
- IV) Trabalhos metapsicológicos complementares e trabalhos culturais (1930-1939)
- V) Trabalhos sobre técnica (1911-1915)

## MÓDULO I: COMO ERA FREUD NO INÍCIO

Impõem-se, aqui, certas subdivisões, a fim de podermos, desde já, evoluir em direção aos conceitos fundamentais desse período, como eles surgem e de que forma podemos caracterizá-los.

### A – Período pré-psicanalítico

- 1 – *Projeto para uma psicologia científica*<sup>1</sup>
- 2 – *Estudos sobre a histeria*<sup>2</sup>  
*Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*<sup>3</sup>  
Relatos de casos – Emmy Von N. e Elizabeth Von R.
- 3 – *As neuropsicoses de defesa*<sup>4,5</sup>

### B – Início do período psicanalítico

- 1 – *A interpretação dos sonhos*<sup>6</sup>
- 2 – *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*<sup>7</sup>
- 3 – *Fragmentos da análise de um caso de histeria* (Caso Dora)<sup>8</sup>

## Período pré-psicanalítico

Cabe destacar, desse período, três trabalhos, apresentados na sequência.

### *Projeto para uma psicologia científica*

O *Projeto* é uma descrição pré-id da mente, mas já representa a tentativa de Freud<sup>1</sup> de estabelecer, em termos neurofisiológicos, um modelo abrangente dos fatos clínicos extraídos das histerias. Sua concepção tem por base a quantidade de energia circulante entre as cadeias de neurônios, transposta para observações de fatos clínicos psíquicos.

Muitas das ideias contidas no Projeto persistiram e se transformaram em conceitos fundamentais da teoria freudiana, tais como associação (livre), interpretação, transferência e, sobretudo, sonhos, conforme veremos adiante.

### *Estudos sobre a histeria*

Esses estudos já representam, na realidade, o primeiro tratado psicanalítico de Freud,<sup>2</sup> tal a quantidade de ideias contidas nessa monografia. Quatro conceitos importantes surgem aqui: repressão, associação livre, ab-reação e catarse.

No trabalho *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*, Freud<sup>3</sup> elegem o trauma psíquico como causa da histeria, substituindo, assim, a ideia da degeneração constitucional de Janet. No entanto, diferentemente de Breuer, que considerava que o trauma levava a um estado

hipnoide e daí à histeria, Freud entendia a histeria em termos bem mais dinâmicos, isto é, em função da **repressão**, termo que empregou nesse trabalho pela primeira vez, mas já com o mesmo sentido que tem hoje: um mecanismo de defesa que exclui da consciência impulsos inadmissíveis, o que significa, portanto, uma operação inconsciente que retira completamente da consciência uma ideia (*representação*) ou um afeto inaceitável. É também nesse texto que aparecem pela primeira vez os conceitos de **ab-reação** e **catarse**, o que significou um afastamento em relação à abordagem hipnótica de Charcot. A ab-reação e o método catártico constituíam uma reação ao trauma, o qual era posto em palavras e, assim, descarregado, desaparecendo os sintomas. Freud nunca desprezou completamente essa operação dentro da técnica analítica.

Em *A psicoterapia da histeria*, Freud<sup>9</sup> descreve sua notável descoberta da **associação livre**, graças ao tratamento com Emmy Von N. e, principalmente, com Elizabeth Von R. A importância da associação livre para o método psicanalítico foi tão grande que o próprio Freud a intitulou a regra fundamental da psicanálise. Ela consiste em solicitar, estimular e interpretar certas oposições a falar (sem censuras), tudo o que ocorre na mente do paciente. Por “sem censuras” deve-se entender a abolição da censura entre o consciente e o pré-consciente, a assim denominada primeira censura. Como as associações levam ao reprimido, a associação livre é uma das vias de acesso ao inconsciente, mediante momentâneas exclusões da censura entre pré-consciente e inconsciente, a segunda censura.

Com os *Estudos sobre a histeria*, Freud<sup>2</sup> apresenta seu primeiro modelo psicológico – com um referencial psicodinâmico – para a compreensão e o tratamento das histe-

rias. Antes, como vimos, também trabalhara com modelos, mas se tratava de modelos neurofisiológicos.<sup>1</sup>

### ***As neuropsicoses de defesa***

Freud, em *A história do movimento psicanalítico*,<sup>10</sup> declara que a teoria da **defesa** (repressão) é a pedra angular sobre a qual se apoia toda a estrutura da psicanálise. Em dois trabalhos sobre o tema, anteriormente mencionados, Freud<sup>4,5</sup> faz aparecer, pela primeira vez, o termo “defesa”, discute amplamente sua teoria e, em função disso, demarca o campo das **psiconeuroses** (histeria e obsessões). Aliás, é a partir dessas considerações que Freud abandona a teoria da sedução (trauma) e dá mais importância para o papel das fantasias, abrindo as portas para a descoberta da sexualidade infantil e para o complexo de Édipo. **Fantasias** são estruturas mentais resultantes de desejos inconscientes (sexuais, entre outros) alterados em sua forma original pela ação das defesas psíquicas. As fantasias podem se apresentar como sonhos diurnos ou devaneios; nesse caso, são conscientes e obedecem a desdobramentos do pré-consciente.

É também nesse último artigo que ocorre a convergência de novos mecanismos psíquicos, tais como os mecanismos obsessivos e a projeção, que viriam a desempenhar um papel muito importante na teoria. É ainda nele que aparece pela primeira vez e é definido o **retorno do reprimido**, entendido como um fracasso da defesa contra a lembrança excluída da consciência, que então reaparece.

As defesas – que depois se ampliaram em número – ficaram mais conhecidas por **mecanismos de defesa**, que podem ser concebidos como operações desenvolvidas pelo ego, intrapsíquicas e inconscientes, com a finalidade de diminuir a tensão

interna, sobretudo a ansiedade. Depois de Freud, outros autores, tais como Anna Freud, M. Klein e Lacan, contribuíram para a expansão desse conceito.

## Início do período psicanalítico

Desse período – classicamente iniciado em 1900 – cabe destacar dois trabalhos, *A interpretação dos sonhos*<sup>6</sup> e *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*,<sup>7</sup> que, juntos, perfazem quase toda a inovação psicanalítica.

### *A interpretação dos sonhos*

Esse trabalho era considerado por Freud<sup>6</sup> o seu estudo mais importante. Em especial, o capítulo VII apresenta a primeira concepção propriamente analítica do **aparelho psíquico**, ou seja, a hipótese topográfica (inconsciente, pré-consciente e consciente). Além disso, apresenta conceitos fundamentais, como o de inconsciente e de regressão, bem como o de processo primário e secundário. Aliás, como é sabido, o sonho foi o caminho por excelência para a descoberta do inconsciente. Como descoberta, o inconsciente pode concentrar toda a importância da obra freudiana dentro do conhecimento humano. Voltarei a esse ponto no tópico reservado à metapsicologia.

O inconsciente, como sistema, funciona de acordo com leis especiais, que estão desprovidas da lógica da noção de tempo, espaço e causalidade, formando o que se denomina processo primário do funcionamento psíquico.

É claro que o processo que leva em consideração a lógica e as demais leis racionais chama-se **processo secundário**.

### *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*

Nesse trabalho, Freud<sup>7</sup> explicita um dos seus fundamentais conceitos, o qual aparecera pela primeira vez em *Estudos sobre a histeria*<sup>2</sup> e fora desenvolvido há anos: **série complementar**, que expressa, em termos explicativos, a sinergia existente entre constituição hereditária e vivências infantis. Com esse conceito, Freud apresenta a etiologia das neuroses e ultrapassa a obrigatoriedade de escolher entre fatores endógenos e exógenos. Tais fatores são, na verdade, complementares; e a etiologia, nesse sentido, multifatorial.<sup>11</sup>

Quanto à **sexualidade infantil**, igualmente básica nos *Três ensaios*, Freud<sup>7</sup> considerava-a um dos seus conceitos mais importantes e controvertidos. Hoje, verifica-se que ele se tornou menos controvertido (a cultura vigente o aceita melhor), mas continua muito importante. Outros conceitos – diretamente implicados na sexualidade infantil –, como amnésia infantil, **zonas erógenas**, auto e aloerotismo, prazer **oral, anal e fálico**, complexo de castração e complexo de Édipo, estão no centro dos conflitos infantis.

Embora a expressão **complexo de Édipo** só apareça mais tarde (1910),<sup>12</sup> o conceito já era do conhecimento e prática de Freud,<sup>1</sup> tanto junto a seus pacientes, sobretudo ao abandonar a teoria da sedução, quanto em sua autoanálise. O complexo de Édipo é o ponto culminante da sexualidade infantil e no qual termina de se desenvolver a pulsão sexual objetual; esta toma uma característica e uma direção incestuosa, razão pela qual se intensifica a **ansiedade de castração** (inaugurada quando da descoberta da diferença entre os sexos pela criança), o que põe fim ao próprio complexo de Édipo.

## MÓDULO II: METAPSIKOLOGIA FREUDIANA

Por **metapsicologia** pode-se entender um conjunto de modelos conceituais mais ou menos distantes da experiência, tais como a ficção de um aparelho psíquico dividido em instâncias, a teoria das pulsões, o processo da repressão, entre outros.

Isso significa ser a metapsicologia freudiana o que realmente caracteriza a maneira peculiar do pensar psicanalítico, tanto que o termo foi criado pelo próprio Freud (1887-1902) para designar a psicologia fundada por ele (também conhecida por psicologia profunda).<sup>13</sup> Quer dizer, é uma forma totalmente diferente de descrever um processo psíquico; parafraseando Freud,<sup>14</sup> é descrevê-lo nas suas relações dinâmicas, tópicas e econômicas. Esses são os três únicos pontos de vista metapsicológicos que Freud descreveu e utilizou em suas principais construções. Mais tarde, foram acrescentados os pontos de vista genético (Hartmann, Kris e Loewenstein) e adaptativo (Rappaport).

Em 1915, Freud lançou quatro dos seus mais importantes trabalhos metapsicológicos de uma vez só, os quais trazem em seu íntimo conceitos fundamentais.

### Sobre o narcisismo: uma introdução

Em termos metapsicológicos estritos, **narcisismo** significa libido investida no ego, ou seja, amor ao ego.

Freud,<sup>15</sup> nesse trabalho, introduz, em definitivo, o conceito de narcisismo na teoria psicanalítica, inclusive como um dos mais importantes, dadas as diversas implicações que contém. Antes disso,<sup>12,16-19</sup> ele já havia observado e estudado o conceito de outras formas, isto é, em um paciente seu muito parecido com Leonardo da Vinci, mas sem o seu gênio; no trabalho sobre o próprio Leonardo, em que aparece pela primeira vez o conceito, que, então, indicava um tipo especial de relação de objeto (homossexual); e no caso Schreber, em que o narcisismo era descrito como uma etapa do desenvolvimento psicosssexual, situada entre o autoerotismo e o amor objetal. Em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*<sup>20</sup> e em *Totem e tabu*,<sup>19</sup> exprime os mesmos pontos de vista. Cabe destacar que é possível encontrar outros e diferentes enfoques ou aplicações para o termo “narcisismo”, além dos citados, tais como perversão, estrutura, ponto de fixação, defesa. Digno de nota, o **masoquismo** seria a antítese do narcisismo, na medida em que se apresentaria como ódio ao ego. De início, o conceito de masoquismo chegou a confundir Freud, que, considerando-o como perversão sexual (prazer em sentir dor), classificou-o dentro das pulsões sexuais. Depois, a verdadeira natureza pulsional do masoquismo foi corrigida para agressiva, o que é o correto. Algo similar ocorreu com o narcisismo, inicialmente visto como pulsão autoconservadora, e não como sexual.

O conceito de narcisismo é central para o desenvolvimento da série metapsicológica interligada de 1915 e, sobretudo, para a evolução dos conceitos de ideal do ego, identificação e agente crítico, que desembocam no conceito de superego.

## Os instintos e suas vicissitudes

Freud<sup>21</sup> desdobra, nesse trabalho, duas teorias – uma geral e outra especializada – para explicar o processo de desenvolvimento do indivíduo em termos pulsionais. Pulsão, aliás, é o termo mais apropriado para a tradução do alemão *trieb*. Mas é clássico mencionar o título do trabalho em questão com o termo “instinto”, o que vem a ser, portanto, uma má tradução do vocábulo alemão.

**Pulsão** deve ser entendida como um produto da própria experiência do sujeito, isto é, das vivências de satisfação ficam resíduos das representações de desejo, que estão sempre dispostas a recuperar a vivência de gratificação.

Quando essas representações inconscientes são investidas, elas se esforçam para obter satisfação, originando-se, então, a pulsão, que é um conceito situado entre o biológico e o psíquico. Ao contrário da pulsão (ontogenética), o instinto é filogenético e se traduz por uma ação que se realiza sem prévia aprendizagem.

É também nesse trabalho que Freud faz a exposição definitiva de seus pontos de vista sobre a pulsão. Antes disso,<sup>7,15,17,22,23</sup> ele percorreu um longo e penoso caminho para estabelecer suas teorias instintivas, que são didaticamente divididas em quatro passos. Nesse trabalho,<sup>21</sup> ele apresenta o terceiro e o quarto passos, sendo este último o que resulta nas clássicas pulsões amorosas e agressivas. Uma teoria instintiva agregada a esta última surge em 1920, com os instintos de vida e de morte.

Em 1905, nos *Três ensaios*,<sup>7</sup> ao apresentar o primeiro passo de sua teoria instintiva (instinto do ego e instinto sexual), Freud traz pela primeira vez o conceito

de **conflito psíquico**, como expressão de duas tendências de sentidos opostos que se chocam; no caso, são os dois instintos. Mais tarde, com a adoção da teoria estrutural, o conflito psíquico (neurótico) é expresso pela clássica fórmula: ego (superego) X id.

Freud examina, também, em *Instintos e suas vicissitudes*,<sup>21</sup> as quatro características de uma pulsão, que dão absoluta primazia à pulsão sobre os demais constituintes da vida mental. São elas: pressão (força), meta (fim), objeto e fonte. Da mesma forma, ele postula as vicissitudes das pulsões. Por vicissitudes, entende-se a sujeição das pulsões a determinadas condições. Freud menciona quatro dessas transformações: reversão de conteúdo, volta contra o *self*, repressão e sublimação.

Por **sublimação** se tem o único mecanismo de defesa exitoso do ego, executado por meio da dessexualização da meta pulsional, que assim se torna aceita pela cultura e pelo seu representante dentro do aparelho psíquico (o superego).

## O inconsciente

O **inconsciente** é uma das descobertas cruciais de Freud, talvez a principal.

Como vimos, por ocasião de *A interpretação dos sonhos*,<sup>6</sup> na hipótese topográfica, o inconsciente toma a forma substantivada para indicar um lugar no aparelho psíquico. Já na segunda tópica (hipótese estrutural), ele parece ser uma qualidade, um adjetivo: o ego inconsciente, o id inconsciente, o superego inconsciente.

Mais do que suplantando a primeira tópica, a segunda a complementa, agregando novos níveis

aos anteriores. Estes não desaparecem, mas são enriquecidos, alcançando explicações que não se incluíam na primeira tópica, tais como o ego, a consciência moral do superego e o sentimento de culpa.

As primeiras aproximações de Freud<sup>1,6</sup> ao conceito de inconsciente ocorrem a partir de grupos psíquicos separados (da consciência), origem dos sintomas neuróticos, e da ideia de que se podia trazê-los à consciência mediante a hipnose. Depois, as representações inconscientes constituem o segundo esboço conceitual do que chegaria a ser o inconsciente reprimido.

No trabalho que dá título a esta seção, Freud<sup>14</sup> caracteriza o **inconsciente dinâmico** ao estudar a sugestão pós-hipnótica, as parapraxias, os sintomas, os sonhos e os esquecimentos. O inconsciente dinâmico é assim denominado por não se extinguir psiquicamente e por apresentar efeitos sobre o comportamento (ao contrário do inconsciente descritivo e topográfico). O próprio método psicanalítico se utiliza do inconsciente dinâmico e procura explorá-lo, desvendando-o por meio de sua permanente e derivada existência, o que inclui sua influência no comportamento do indivíduo. Ao inconsciente dinâmico corresponde o reprimido, o que nos leva a concluir que, do ponto de vista dinâmico (distribuição de forças psíquicas), só existe um inconsciente. Porém, do ponto de vista descritivo, existem dois, o inconsciente propriamente dito (reprimido) e o pré-consciente, já que este último também se encontra fora da consciência em dado momento. E, do ponto de vista sistemático (conjunto de funções), existem três: as partes inconscientes do ego e do superego e o id.

Como se percebe, descritivamente, é fácil definir inconsciente: é tudo que está fora do campo atual da consciência. Já na visão dinâmica, fica mais complicado: designa um dos sistemas da segunda tópica de Freud, constituído por conteúdos aos quais foi recusado o acesso ao pré-consciente pela ação da repressão.

## Luto e melancolia

Freud<sup>24</sup> considerava esse trabalho uma extensão do estudo sobre narcisismo, o qual escrevera um ano antes. Em *Luto e melancolia*, ele desenvolve duas linhas básicas. Por um lado, retoma o tema da instância crítica – que, no trabalho anterior, era responsável pela paranoia – a fim de explicar a melancolia, o que, mais adiante, levou à hipótese do superego e a uma nova avaliação do sentimento de culpa. Por outro lado, faz um exame dos problemas envolvidos com a natureza da identificação, do qual resulta uma evolução desde a ideia de vê-la como associada à fase oral, passando pela concepção que a considera uma fase preliminar da escolha objetal (identificação primária), para, finalmente, descrever sua característica mais importante (e que é a mais destacada no trabalho): um investimento libidinal em um objeto é substituído por uma identificação (p. ex., após uma perda de objeto, como na melancolia).

**Identificação** é um processo inconsciente, não uma simples imitação, expresso em uma apropriação parcial ou total de aspectos de outra pessoa. Assim, em termos conceituais, a identificação se faz só com objetos. Como já referido, a identificação foi adquirindo progressiva importância na obra de Freud – de início, relacionada aos sintomas histéricos, depois, em termos de

incorporação oral, como exemplificado nas fantasias canibalísticas de *Totem e tabu*<sup>19</sup>. Todavia, é, sobretudo, no papel desempenhado por ela na formação do objeto interno, tanto na constituição da melancolia quanto (e principalmente) na formação do superego, que a identificação assume grande magnitude.

## MÓDULO III: AS TRÊS GRANDES REVOLUÇÕES

Freud<sup>25-27</sup> procedeu, em três trabalhos clássicos, o que se poderia denominar de grandes revoluções, exatamente pela propriedade que tais trabalhos tiveram de mudar, de forma extraordinária, a teoria freudiana. Até hoje, a psicanálise reconhece e utiliza seus achados na aplicação do método analítico e em desenvolvimentos teóricos. Quer dizer, se Freud já havia feito muito até aqui pelo conhecimento da vida mental, acabou fazendo ainda muito mais.

### Além do princípio do prazer

Freud<sup>25</sup> apresenta, nessa obra, aquele que seria o seu conceito mais revolucionário (o instinto de morte) e que, pelo seu caráter especulativo, suscitou a maior divisão entre os psicanalistas. Essa elaboração teórica constitui um agregado ao quarto passo da teoria instintiva de Freud.

Como o título sugere, o que levou Freud a essa elaboração teórica foram fatos, observados por ele, que contradiziam o princípio regulador do aparelho mental, o **princípio do prazer**. Este, na realidade, vem a ser o resultado da evolução conceitual em torno da intrigante questão dos

princípios reguladores da atividade psíquica, tema das preferências de Freud. Começa com o princípio da inércia, analisado no *Projeto*,<sup>1</sup> para significar a tendência de retornar ao estado inerte. Segue-se o princípio da constância, presente nos *Estudos sobre a histeria*,<sup>2</sup> de características homeostáticas, isto é, a busca por manter um nível baixo e constante de energia no psiquismo. Em *Formulações sobre os dois princípios da vida mental*,<sup>20</sup> é enunciado o princípio do prazer, em contraposição ao **princípio da realidade**. Nesse trabalho, de acordo com a própria ação do instinto de morte, aparece o princípio de nirvana, tomado por empréstimo do budismo, que buscaria o estado ideal de energia zero.

Foram quatro situações básicas – princípio da realidade, retorno do reprimido, traumas e compulsão à repetição – que levaram Freud à conclusão de que nem tudo na vida psíquica correspondia ao objetivo de evitar o desprazer e proporcionar prazer. Como se constata, embora a noção do princípio do prazer se mantivesse por toda a obra, ficou difícil articulá-la com outras referências teóricas, o que deu lugar a este trabalho.

De acordo com o instinto de morte, todos os seres vivos tendem a retornar ao estado inanimado, alterando, assim, o próprio entendimento do papel do instinto de vida: este não visa a preservar a vida (o que, aliás, não ocorre), mas possibilitar que a morte seja alcançada de forma natural.

*Além do princípio do prazer* é o resultado de trabalhos anteriores, nos quais Freud<sup>1,10,15,18,28,29</sup> percorreu um longo caminho estudando os fenômenos de repetição e os princípios reguladores da atividade psíquica. Nesse trabalho de 1920, a compulsão à repetição é vista como expressão do instinto de morte.

## O ego e o id

Com esse trabalho, Freud<sup>26</sup> formula uma nova e mais completa descrição da mente e de seu funcionamento (teoria estrutural). São apresentadas as três macroestruturas, quais sejam, o **ego**, tanto como **self** quanto como estrutura, com atribuições e funções executivas; o **superego** (primeiro aparecimento do termo) como equivalente do ideal do ego; e o *id*, como depositário das pulsões.

Para chegar a esse resultado, Freud<sup>1,6,12,14,15,17,18,23-25</sup> realizou várias análises detalhadas a respeito da estrutura e do funcionamento do ego (*lato sensu*): começou no *Projeto*,<sup>1</sup> mas, já no capítulo VII de *A interpretação dos sonhos*,<sup>6</sup> aparecem sinais de mudança, com a hipótese topográfica substituindo a do *Projeto*.<sup>1</sup> A hipótese do narcisismo, por sua vez, inclui considerar o ego como tendo funções; por outro caminho, os estudos sobre os sonhos levam aos trabalhos metapsicológicos de 1915, os quais, em seu conjunto, tratam do funcionamento mental e da estrutura. Assim, em *O inconsciente*,<sup>14</sup> o ego passa a fazer parte do sistema inconsciente, o que, na realidade, vem a ser o progenitor do ego estrutural. Já em *Luto e melancolia*,<sup>24</sup> aparece a ação do ideal do ego, o progenitor do superego.

## Inibições, sintomas e ansiedade

Foi por meio desse trabalho que Freud<sup>27</sup> substituiu a primeira teoria da ansiedade (teoria traumática) pela segunda, a teoria da ansiedade-sinal. Tal mudança implica inverter imediatamente a formulação da primeira teoria (“a repressão leva à ansiedade”) para a que encontramos na segunda

(“é a ansiedade que leva à repressão e aos demais mecanismos de defesa”).

A **ansiedade** é o afeto desprazeroso por excelência e o mais comum (os outros são a dor física, a dor psíquica [luto] e o masoquismo moral). O ego não quer senti-la, defende-se dela, e daí surgem as neuroses. Nota-se que o conceito de ansiedade é central em Freud, seja quando teoriza sobre o funcionamento psíquico normal, seja ao se deter no conflito e nas neuroses.

A ansiedade-sinal constitui o uso que o ego faz de uma catexia (quantidade de energia que penetra no aparelho psíquico e é percebida pelo polo percepção-consciência) experimental, a qual aciona o automatismo desprazer-prazer (princípio do prazer), a fim de testar a realidade e evitar o desprazer.

Assim, a consideração básica de Freud em relação à ansiedade, tanto na primeira quanto na segunda teoria, refere-se à noção de perigo, seja interna, seja externa. Na primeira teoria, o perigo externo levava à ansiedade realística, e o interno, à neurótica. Na segunda, o perigo causa a ansiedade automática, se externo, e a ansiedade-sinal, se interno.

## MÓDULO IV: TRABALHOS METAPSICOLÓGICOS COMPLEMENTARES E TRABALHOS CULTURAIS

### Psicologia de grupo e a análise do ego

O destaque a ser feito nesse trabalho recai sobre a explicação dada por Freud<sup>30</sup> sobre

a gradual diferenciação que vai ocorrendo no ego, dando lugar ao **ideal do ego**. Este, mais tarde, dá lugar ao superego, mas não perde sua importância dentro da teoria, além, é claro, de fazer parte do próprio superego.

O ideal do ego constitui a evolução do conceito de agente crítico, o qual se faz presente em *o caso Schreber*,<sup>31</sup> *Sobre o narcisismo: uma introdução*<sup>15</sup> e *Luto e melancolia*,<sup>24</sup> em que Freud examina sua característica e, principalmente, as implicações de sua ação sobre o ego, do que resultam a paranoia e a melancolia. Como se vê, até esse trabalho, Freud<sup>30</sup> explica o ideal do ego de uma forma isolada e separada de outros conceitos, tendo mais uma função do que um lugar em uma tópica. Depois, em *O ego o id*,<sup>26</sup> conceitualiza-o como sinônimo de superego e, finalmente, em *Esboço de psicanálise*,<sup>32</sup> considera-o uma subestrutura dentro do superego, com seus componentes e/ou funções junto à consciência moral e à auto-observação.

O ideal do ego gera uma das máximas do superego: “Assim você deve ser”. Ele é o herdeiro das perfeições do narcisismo original e da sexualidade infantil, que é predominantemente autoerótica e, portanto, reconhecida como narcisista pelo ego. Assim, pode-se dizer que o ideal do ego é o herdeiro do narcisismo original e das identificações com os pais idealizados da infância. Sobre essas identificações primárias se edificarão as secundárias, que terão matizes hostis, ambivalentes e constituirão o superego definitivo.<sup>33</sup>

De qualquer modo, uma vez formado o ideal do ego, o narcisismo sofrerá mudanças, pois o ego buscará, com seus atos, assemelhar-se ao ideal, ou seja, irá se sentir estimado por ele ou com sentimento de culpa, conforme consiga gratificá-lo ou não. Mediante a auto-observação, o supe-

rego exigirá do ego que seja como o ideal, castigando-o pela consciência moral quando ele se situar longe desse objetivo.

Após a instalação do superego, vão se incorporando a ele novas características ao ideal do ego, ao se incluir neste o ideal de uma comunidade, de um grupo, e assim por diante. Os grupos humanos se formam por meio de vínculos identificatórios entre os egos dos indivíduos que os integram. Assim, um deles será eleito como ideal do ego e líder do grupo, à semelhança do pai infantil. A diferença entre identificação do ego com um objeto e substituição do ideal do ego por um objeto é exemplificada, nesse trabalho, por dois grupos artificiais (o Exército e a Igreja), facilitando a compreensão do papel do ideal do ego nos fenômenos grupais.

Como se nota, Freud<sup>30</sup> dá sequência, aqui, aos trabalhos que examinam as questões culturais, além dos problemas metapsicológicos. Dentro da temática da cultura e suas implicações, antes, Freud tratou disso em *Totem e tabu*,<sup>19</sup> e, depois, em *Futuro de uma ilusão*,<sup>34</sup> *O mal-estar na civilização*,<sup>35</sup> *Por que a guerra*<sup>36</sup> e *Moisés e o monoteísmo*.<sup>37</sup>

## O mal-estar na civilização

Esse trabalho ultrapassa bastante a sociologia que seu título sugere. Na realidade, ele discute dois temas da maior importância para a psicanálise:

- a) o antagonismo irremediável entre as exigências pulsionais e as restrições da civilização
- b) a *agressão* ou destruição

Quanto ao primeiro item, muito cedo, Freud, em 1897, afirmou que o incen-

to, como exemplo de exigência pulsional, é antissocial, e a civilização consiste em uma progressiva renúncia a ele, além de conferir-lhe a responsabilidade pela disseminação das neuroses. Porém, uma avaliação clara do papel desempenhado pelos fatores externos e internos nessas restrições só foi possível nesse trabalho,<sup>35</sup> portanto, depois que as investigações sobre a psicologia do ego o levaram às hipóteses do superego e do sentimento de culpa. É com base em tais conclusões que Freud declara ser o sentimento inconsciente de culpa o mais importante fator do mal-estar da civilização.

Por **agressão** entende-se a tendência de levar a cabo a ação de danificar o objeto, destruí-lo, humilhá-lo. Freud começou a estudá-la por meio do sadismo, vendo-o, por exemplo, nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*,<sup>7</sup> como um instinto componente ou parcial do instinto sexual. Só mais tarde, depois de muita relutância e complicações, conforme se constata no desenvolvimento da teoria instintiva, é que Freud<sup>25</sup> admitiu a agressão como independente, ainda que derivada do instinto de morte. Quer dizer, a agressão não só é independente como também se opõe aos esforços civilizatórios. A busca de aniquilação pode se estender a todo o mundo exterior, inclusive o inanimado.

Somada à renúncia ao prazer sexual (descoberto como meio para a felicidade), a inclinação para a agressão é o fator que mais perturba nossa relação com o próximo e obriga a civilização a um grande dispêndio de energia.

Em síntese, o homem civilizado trocou uma parcela de felicidade por uma parcela de segurança.

## MÓDULO V: TRABALHOS SOBRE TÉCNICA

Chama-se técnica psicanalítica um conjunto de procedimentos e recursos utilizados por Freud com seus pacientes, a fim de que eles:<sup>33</sup>

- a) conheçam o seu inconsciente ou os seus desejos inconscientes, preenchendo as lacunas mnêmicas, ocorridas durante o desenvolvimento da sexualidade, pela ação da repressão
- b) obtenham um maior conhecimento do ego, principalmente dos mecanismos de defesas inconscientes e das resistências que deles provêm
- c) tenham maior conhecimento do id e de suas pulsões, bem como do superego, em especial de sua parte inconsciente, pois, do contrário, ele atua como resistência à cura para satisfazer a necessidade de castigo
- d) percebam as distintas partes inconscientes, correspondentes ao id, ao ego e ao superego, por meio da análise do significado dos sintomas, dos sonhos, dos atos falhos, das memórias encobridoras

Essa tarefa vai conduzindo a uma construção de verdades históricas, que foram determinando a forma de estruturação das pulsões e do aparelho psíquico. Quer dizer, as construções e interpretações vão tornando mais próximo o passado primitivo infantil, a pré-história do complexo de Édipo, inclusive pelas repetições na transferência. Esse é o caminho da cura analítica, pela qual o sujeito se sentirá mais unido a seus afetos e desejos, aceitando-os como próprios, porém diferenciando-os da ação, elegendo quando e como conduzi-los, ligando-os e dominando-os por meio de um

ego mais pré-consciente e mais livre das imposições superegoicas.

Do ponto de vista evolutivo, como vimos, Freud,<sup>2</sup> em *Estudos sobre a histeria*, forneceu uma boa descrição sobre sua técnica da época baseada na sugestão e pressão. Disso, rapidamente, ele evoluiu para o que passou a chamar de método analítico (técnica usada na análise do “Homem dos ratos”, em 1909).<sup>16</sup> Por fim, entre 1912 e 1915, ele escreveu seis artigos sobre a técnica, os quais abrangem um grande número de temas importantes e que, até pela escassez, se tornaram clássicos. Desses artigos, vou me ater a três para destacar três outros conceitos fundamentais.

## O manejo da interpretação dos sonhos na psicanálise

É exatamente nesse trabalho que Freud<sup>17</sup> define e integra a **interpretação** na dinâmica do tratamento, isto é, como um procedimento do analista submetido a certas regras técnicas (nível, tipo, ordem, formulação, oportunidade). Antes disso, em *Estudos sobre a histeria*,<sup>2</sup> por exemplo, ela era vista apenas como uma forma de fazer ressurgir as recordações patogênicas.

Assim considerada, a interpretação caracteriza a psicanálise, isto é, evidencia o sentido latente de um material. E foi a atitude freudiana para com o sonho que constituiu o primeiro modelo de interpretação, sendo seu objetivo final desvendar o desejo inconsciente e a fantasia que o envolve, tornando-o consciente. Contudo, a interpretação não é reservada apenas aos sonhos, aplicando-se também a quaisquer produções inconscientes e, mais comumente, a tudo aquilo que traz a marca do conflito psíquico.

A interpretação é o principal instrumento técnico do analista, fruto do trabalho associativo prévio do paciente, dos símbolos universais, dos seus sintomas (como representações) ou dos conhecimentos anteriores de sua história.

## A dinâmica da transferência

A **transferência** é um fenômeno observável na clínica psicanalítica e que apresenta uma explicação fenomenológica e uma metapsicológica. A fenomenológica resulta do traslado do afeto de vivências do passado para o presente, no caso para o psicanalista. Sob o vértice da metapsicologia, o que ocorre é um deslocamento de um *quantum* de energia libidinal de uma representação objetual inconsciente para uma representação-palavra pré-consciente, com a qual mantém um tipo de relação associativa (contiguidade, analogia ou oposição).

De início, Freud<sup>1,6,7,16</sup> tratou da transferência como um simples deslocamento, não a incluindo na essência da relação terapêutica. No trabalho de 1912, ele faz sua primeira exposição de conjunto do fenômeno, o qual adquire um caráter verdadeiramente psicanalítico, por um lado, ao assumir a função de repetir na análise protótipos e imagos – de modo especial, pais e irmãos – na pessoa do analista, o qual se insere em uma das séries psíquicas do paciente; por outro lado, pelo fato de que esse tipo de transferência favorece a resistência.

Freud<sup>10,25,27</sup> ocupou-se outras vezes do conceito, em especial para acentuar as inter-relações com a compulsão à repetição (pelo seu caráter repetitivo) e com a resistência (pelo seu caráter de oposição à cura).

## Recordar, repetir, elaborar

Por resistência entende-se a expressão clínica da defesa inconsciente, realizada automaticamente pelo ego ante a pulsão ou a ansiedade-sinal. Esse acontecimento é frequente no tratamento analítico e dá lugar a períodos negativos no processo analítico, em que o conhecimento do inconsciente do paciente não progride, pois seu ego está mais dedicado a defender-se do que a se conhecer. Uma das formas de instalar-se essa resistência do ego é pela transferência, que passa a ter, então, uma característica negativa e a converter-se em um obstáculo para o desenvolvimento do tratamento. Porém, assim como é um sério obstáculo, a transferência torna-se um dos principais recursos técnicos da análise, pois, por meio

dela, revive-se, no vínculo com o analista, os conflitos reprimidos da infância.

Freud,<sup>27</sup> com base na observação clínica e na teoria estrutural, descreveu cinco tipos de resistência:

- a) do ego: repressão (e demais mecanismos de defesa), transferência e ganho secundário
- b) do superego: reação terapêutica negativa
- c) do id: compulsão à repetição

Na verdade, o conceito de resistência colaborou de forma decisiva para o surgimento da psicanálise, uma vez que foi o reconhecimento da sua natureza obstrutiva ao processo analítico que levou Freud<sup>1,25,27,38</sup> a desenvolver novas técnicas, as quais configuraram novas e importantes teorias.

### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Para compreender a teoria psicanalítica e seu método terapêutico, é preciso conhecer a fundo o freudismo, pois este segue sendo o paradigma unificador de tudo o que se escreveu e se escreve sobre psicanálise.
2. A obra de Freud é extensa, complexa e, por estar baseada em conceitos fundamentais, constitui uma estrutura teórica de difícil apreensão. A razão para tanto é a forma dispersa, evolutiva e de distintas magnitudes pelas quais seus conceitos aparecem e ganham verdadeiro estatuto conceitual.
3. O capítulo divide a obra de Freud em cinco módulos, os quais agrupam textos em torno de um eixo temático comum. Assim, serão cinco eixos, vários artigos e determinados conceitos apresentados dentro dessa sistematização orgânica. Um ordenamento temporal e cronológico dos artigos estudados é também utilizado, a fim de facilitar o acompanhamento e a compreensão da obra freudiana.
4. Mais do que destacar conceitos fundamentais e, por vezes, defini-los, o principal objetivo deste capítulo é contextualizá-los dentro da obra de Freud. Dito de outra forma, conhecer a história de cada conceito.

## REFERÊNCIAS

1. Freud S. Projeto para uma psicologia científica. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 1.
2. Freud S. Estudos sobre a histeria. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 2.
3. Freud S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud

- edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 2.
4. Freud S. As neuropsicoses de defesa. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 3.
  5. Freud S. Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 3.
  6. Freud S. A interpretação dos sonhos. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 4.
  7. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 7.
  8. Freud S. Fragmentos da análise um caso de histeria. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 7.
  9. Freud S. A psicoterapia da histeria. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 2.
  10. Freud S. A história do movimento psicanalítico. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 14.
  11. Giovacchini PL. Roteiro à leitura de Freud. Porto Alegre: Artes Médicas; 1985.
  12. Freud S. Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 11.
  13. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1986.
  14. Freud S. O inconsciente. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 14.
  15. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 14.
  16. Freud S. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 10.
  17. Freud S. O manejo da interpretação dos sonhos na psicanálise. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 12.
  18. Freud S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 12.
  19. Freud S. Totem e tabu. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 13.
  20. Freud S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 12.
  21. Freud S. Os instintos e suas vicissitudes. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 14.
  22. Freud S. Atos obsessivos e práticas religiosas. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 9.
  23. Freud S. A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 11.
  24. Freud S. Luto e melancolia. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 14.
  25. Freud S. Além do princípio do prazer. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 18.
  26. Freud S. O ego e o id. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 18.
  27. Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 20.

28. Freud S. Repressão. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 14.
29. Freud S. O estranho. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 17.
30. Freud S. Psicologia de grupo e análise do ego. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 18.
31. Freud S. O caso Schreber. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 10.
32. Freud S. Esboço de psicanálise. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 23.
33. Valls JC. Diccionario freudiano. Buenos Aires: Julian Yebenes; 1995.
34. Freud S. Futuro de uma ilusão. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 21.
35. Freud S. O mal-estar na civilização. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 21.
36. Freud S. Por que a guerra. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 22.
37. Freud S. Moisés e o monoteísmo. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund

Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 23.

38. Freud S. Construções em análise. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 23.

## LEITURAS SUGERIDAS

---

Freud S. A dinâmica da transferência. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 12.

Freud S. Análise de uma fobia de um menino de 5 anos. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 10.

Freud S. História de uma neurose infantil. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 17.

Freud S. Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 11.

Freud S. Parapraxias. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 15.

Freud S. Recordar, repetir, elaborar. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 12.

Zimernan DE. Vocabulário contemporâneo de Psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

# 4

## CONCEITOS PSICANALÍTICOS FUNDAMENTAIS NA ESCOLA DAS RELAÇÕES DE OBJETO

Elias Mallet da Rocha Barros

Ao me propor a escolher alguns conceitos psicanalíticos fundamentais da teoria das relações de objeto para a psicoterapia psicanalítica, cheguei à conclusão de que deveriam ser os de transferência e contratransferência, da maneira como são entendidos contemporaneamente, isto é, diretamente associados à interação analítica e a seu impacto sobre a subjetividade do analista. Nessa perspectiva, podem ser considerados conceitos fundadores, ou seja, aqueles dos quais os outros decorrem. Ao comentar que uma nova metapsicologia está se constituindo a partir de nossa prática clínica, André Green<sup>1</sup> ressalta o conceito de transferência:

[...] não é mais um dos conceitos da psicanálise a ser pensado como os outros, ela é a condição a partir da qual os outros podem ser pensados. E, da mesma maneira, a contratransferência não se limita mais à pesquisa dos conflitos não resolvidos – ou não analisados – do analista, capazes de falsear sua escuta; torna-se o correlato da transferência, caminhando a seu lado, induzindo-a às vezes e, para alguns, precedendo-a.

Não entrarei na discussão sobre o que diferencia psicanálise de psicoterapia analítica e, por conseguinte, também, propositalmente, não debatarei a questão do número de sessões.

Penso que, desde que estejamos trabalhando bem com a transferência e a contratransferência, estamos mantendo a base analítica de nosso trabalho. Isso será mais fácil, acredito, a partir da experiência clínica, à medida que atendermos nossos pacientes com maior frequência. Entretanto, os fenômenos transferenciais e contratransferenciais estão presentes em toda situação terapêutica, e seu desenvolvimento dependerá de quanto e quão profundamente nós os interpretarmos.

Procurarei mostrar, neste capítulo, que a tarefa do analista ou do psicoterapeuta diante da fala do paciente, do ponto de vista do enfoque transferencial, assemelha-se mais ao trabalho do criptolinguista diante de uma língua desconhecida a ser decifrada do que ao do intérprete diante de uma língua estrangeira. O intérprete tem a chave que permite a tradução da língua

estrangeira, enquanto o criptolinguista não a tem, e sua tarefa consiste em encontrá-la. Este, na sua tentativa de decifrar a língua desconhecida, procura identificar padrões que lhe permitam descobrir o que Chomsky denominou gramática gerativa. A busca de correspondência palavra a palavra entre uma língua conhecida e outra desconhecida seria fadada ao fracasso, pois o significado delas depende, na maioria dos casos, de sua função no contexto sintático, ou seja, gramatical, em que se situam.

Não estou afirmando que o inconsciente se organiza como linguagem, como o faz Lacan. O conteúdo do inconsciente é constituído por significantes não verbais, as representações-coisa mencionadas por Freud, dissociados de seus significados. Assim, não existe relação fixa entre significante e significado, e, portanto, inexistente um código linguístico para constituir uma linguagem. Não havendo código, não há intenção comunicativa que possa ser atribuída ao inconsciente. Este só se abre à comunicação e a um contexto referencial ao integrar a situação analítica. No inconsciente, seus conteúdos estão fechados em si mesmos. É por meio dos relacionamentos e das vivências emocionais indissolúvelmente associadas que se estabelece um processo de comunicação, seja qual for a vontade do sujeito. A transferência, nesse contexto, diz respeito não ao enunciado, o conteúdo do que está sendo dito ou atuado, mas ao processo de enunciação presente, ou seja, a quem está sendo dito.

Na relação com o analista em um ambiente criado para minimizar ao máximo as interferências de tudo aquilo que não seja o subjetivo, o que se expressa na transferência é o mundo dos objetos internos existentes no sujeito. Esse mundo encontra sua expressão em fantasias inconscientes.

Melanie Klein,<sup>2</sup> ao responder à objeção feita por Anna Freud de que a criança não poderia transferir nada para a figura do analista, pois uma nova edição não seria possível enquanto a primeira edição ainda estivesse em curso, aponta:

A análise de crianças pequenas mostrou-me que uma criança de 3 anos já atravessou a parte mais importante do desenvolvimento de seu complexo de Édipo. Por conseguinte, a repressão e a culpabilidade já a distanciaram consideravelmente dos objetos que ela desejou originalmente. Suas relações com esses objetos já sofreram modificações e deformações de tal ordem que os objetos de amor atuais são imagens dos objetos originais.

Klein está, nesse trecho, fazendo afirmações que revolucionaram a psicanálise nos anos seguintes e constituíram os elementos mais originais de seu sistema. Ela afirma, portanto, que a própria relação com os pais reais comporta já um certo grau de transferência. A questão essencial envolvida na transferência não é a relação passado/presente, mas aquela existente entre mundo interno, no qual os significados são gerados, e mundo externo. Decorre dessa concepção a ideia de que o repetido na transferência são as relações de objeto vigentes no mundo interno, e não comportamentos específicos, simples hábitos.

Qual é a natureza desse mundo interno, como é constituído e como é “povoado”? Não se trata de um mundo subjetivo, mas de um mundo no interior do sujeito, como enfatiza Laplanche.<sup>3</sup> Esse mundo de objetos internalizados é constituído desde o nascimento, por meio de uma sucessão de projeções e introjeções. As projeções são desencadeadas pela pressão da ansiedade de aniquilamento. Desse ponto de vista, a

introjeção e a projeção têm um papel estruturante da vida mental.

Gostaria de enfatizar que esse mundo interno não é um decalque, uma cópia subjetiva do mundo externo. Os objetos internos que o constituem têm certa autonomia. Esse mundo no interior do sujeito contém as fantasias inconscientes que expressam as relações objetais, as quais lhe conferem uma identidade; contém também suas estruturas defensivas e é o espaço no qual as vivências emocionais são pensadas e adquirem sentido.

Sobre a existência de um mundo interno com tais características, Laplanche,<sup>3</sup> para enfatizar sua originalidade, assim se expressa:

É neste ponto que falo de escândalo, pois esses objetos são verdadeiros objetos para M. Klein, objetos que, a partir desse tempo de introjeção, levam uma vida própria no interior do sujeito, provocando nele efeitos reais, quase mecânicos, de agressão e de excitação, em particular. O par real/fictício é então substituído pelo par introjetado/projetado ou este par se defasa em relação àquele outro. O que é introjetado não é ilusório, particularmente no sentido de não ser manipulável ao infinito.

Sugiro que as fantasias inconscientes expressem-se pela relação do paciente com o analista, a qual se constitui em discurso (verbal e não verbal), segundo os princípios que regem os processos metafóricos e metonímicos. A metáfora refere-se ao processo de transporte (ou transferência) de um sentido próprio para um sentido figurado, operando por meio de comparações implícitas. A metonímia refere-se a conexões que se dão por semelhança de função ou significação.

Ao se relacionar de forma metafórica ou metonímica com a consciência, o inconsciente está constantemente criando novos significados. É nesse sentido que a transferência assume o caráter de uma *poiesis*, tal como definida na cultura grega clássica. O paciente nos diz coisas com palavras e, além delas, usa uma comunicação não verbal com gestos e atuações. Nesse contexto, as próprias palavras podem tornar-se atuações da forma de operar das relações de objeto prevalentes no mundo interno. Podemos tomar essas manifestações como discursivas (que incluem também o não verbal presente na situação analítica) dirigidas ao analista, como tentativas permanentes de recriação das conexões perdidas entre os significantes não verbais do inconsciente e os significados da experiência emocional que dão sentido a nossa vida psíquica. Esse discurso que permeia a relação do inconsciente com o consciente estrutura-se sob a forma de um código linguístico desconhecido, regido por certos princípios articuladores de significado, o equivalente a sua gramática gerativa. Diante dele, como analistas, nossa função se assemelha à do criptolinguista, que deseja decifrar o código que rege a língua desconhecida, a qual se constitui em transferência.

Penso que Fédida<sup>4</sup> expressou claramente essas ideias em um seminário em São Paulo, ao dizer:

Mas, na situação do tratamento, penso que é por uma palavra ou por um gesto que tem a função de metáfora, a função poética da metáfora, que o outro pode se reconhecer. Por isso, é preciso que as palavras, os gestos, emanem do próprio paciente. É assim que a palavra metáfora toma seu verdadeiro sentido: não a poesia, mas a poética, no sentido de *poiesis* grega, quer dizer, a dimensão poética da recriação constante do sentido, a recria-

ção constante da língua na palavra. O poeta é aquele que cada vez inventa a língua.

Ao descobrirmos a chave que permite decifrar a língua desconhecida, corremos o risco de nos transformarmos em simples intérpretes de uma língua estrangeira, risco a ser evitado a todo custo para preservarmos nossa condição analítica.

Gostaria de definir, também, o campo que nos permite delimitar e atribuir um valor heurístico à noção de transferência em psicanálise. Seriam todas as manifestações do paciente em uma sessão resultado de transferências? Se a resposta for positiva, o que haveria de singular nessa relação propiciada pela situação analítica para o psicanalista moderno que nos permitiria definir o campo da transferência? Em que essa relação transferencial difere de outras relações do cotidiano? Para os psicanalistas que consideram os processos transferenciais como presentes em todas as relações humanas, entre os quais me incluo, dizer que tudo que ocorre em um encontro com o psicanalista tem um caráter transferencial não é suficiente, por não facilitar qualquer discriminação.

Seria preciso, do meu ponto de vista, acrescentar que a situação analítica não existe *per se*, mas é criada pela interpretação sistemática da transferência na relação. Essa resposta exige uma explanação do sentido dado ao conceito de transferência.

A relação mantida por um paciente com seus pais reais ou amigos e com o analista é de mesma natureza. Ele estabelece, em ambos os casos, uma relação dupla, respondendo à natureza tanto real quanto fantasiosa do objeto. O que varia e vai caracterizar e construir a relação analítica é a natureza da resposta do analista, que se diferencia da resposta de pais ou

amigos. Estes vão responder como figuras reais. O analista ficará neutro, não aprovará ou desaprová nenhum comportamento ou atitude, apenas interpretará. Assim fazendo, o analista cria condições para a criança/paciente manifestar em estado puro toda a sua capacidade de transferir suas imagens internalizadas, isto é, as relações de objeto que caracterizam seu mundo interno, para a figura do analista, e é esse movimento que estabelece, no sentido estrito, a situação analítica.

Nessa perspectiva, é a natureza da resposta do analista que cria o campo transferencial específico à situação analítica e que nos permite atribuir um valor heurístico ao conceito na teoria psicanalítica. Desse modo, a neutralidade do analista (que não deve ser confundida nem com passividade, nem com a frieza do cirurgião) não é apenas condição de manifestação de um campo transferencial na situação analítica, ela é a própria criadora desse campo.

Seria a transferência um fenômeno espontâneo?

Os autores de inspiração kleiniana usam com frequência o termo inglês *urges* para se referir ao processo pelo qual as manifestações transferenciais emergem. O termo é de difícil tradução em outras línguas e refere-se a um ímpeto, a uma ânsia, a algo que está sendo impelido ou instigado a se manifestar. Trata-se, portanto, de um processo que se manifesta de forma imperiosa.

Uma característica inegável da psicanálise contemporânea é a preocupação com seu aspecto relacional, consubstanciada em seu interesse pela interação do par. Essa é, seguramente, uma preocupação pós-freudiana. Laplanche<sup>3</sup> nos indica que a definição de psicanálise, para Freud,

concentrava-se, em primeiro lugar, em sua caracterização como método interpretativo fundado nas associações livres, para depois ser entendida como tratamento e, por fim, como teoria.

Na contemporaneidade, enfatizamos a situação clínica, e o encontro analítico passa a ser observado e estudado como uma relação entre duas pessoas que ocorre independentemente de suas vontades e produz um impacto emocional mútuo – um encontro no qual ocorrem trocas de informações, isto é, comunicações em nível verbal e não verbal, intencionais ou não.

Refletir sobre a transferência, hoje, significa preocupar-se com o que é transmitido sobre o funcionamento intrapsíquico do paciente (e, eventualmente, do analista, ou seja, a contratransferência), com o que ocorre na relação paciente-analista durante o encontro. Passamos a enfatizar a interação entre paciente e analista em um nível intrapsíquico.<sup>5</sup>

Recentemente, passou-se a acentuar, além do aspecto relacional, a dimensão intersubjetiva do encontro analítico como uma nova dimensão da interação paciente-analista. Ogden<sup>6</sup> afirma:

Creio que uma importante faceta do presente momento da psicanálise é o desenvolvimento de uma conceituação da natureza do interjogo da subjetividade e intersubjetividade no *setting* analítico e a [consequente] exploração das implicações para a técnica que esse desenvolvimento conceitual traz.

Assim como o sonho era visto por Freud como a via régia de acesso ao inconsciente e, por extensão, ao sintoma, a transferência também passa a ocupar, de modo progressivo, na psicanálise contemporânea, esse espaço ao lado dos sonhos.

André Green<sup>1</sup> considera tão revolucionária essa mudança de polos teóricos que sugere estarmos diante de uma nova metapsicologia, uma espécie de terceira tópica, que se instala sub-repticiamente no pensamento psicanalítico. Green sugere que isso se deu como consequência da prática clínica psicanalítica, que fez os analistas buscarem desenvolver uma concepção teórica, enraizada de forma mais profunda na clínica. Essa nova concepção passou a constituir uma teoria da clínica, uma abordagem diferente da de Freud, e que superou a dicotomia entre teoria e prática existente até então.

Em 1905, no pós-escrito de seu trabalho *Fragmentos da análise de um caso de histeria* (caso Dora), Freud<sup>7</sup> define “transferências” da seguinte maneira:

Que são transferências? São novas edições ou fac-símiles dos impulsos e fantasias que são despertados e tornados conscientes durante o andamento da análise. Possuem, no entanto, uma peculiaridade característica de sua espécie: substituem uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Em outras palavras, toda uma série de experiências psicológicas é revivida, não como algo que pertence ao passado, mas que se aplica ao médico no presente momento.

Nesse trabalho, Freud também defende que o tratamento analítico não cria as “transferências”, apenas as traz à luz. Em 1914, em seu trabalho *Relembrar, repetir e elaborar*, Freud<sup>8</sup> introduz o conceito de “neurose de transferência”, com o sentido de uma neurose artificial que repete a totalidade dos comportamentos patológicos do paciente na relação com a figura do analista. Essa neurose artificial é uma reedição da neurose clínica, que reorganiza as reações de transferência em torno da patologia. An-

teriormente, no mesmo ano,<sup>9</sup> ele já havia usado o termo “neurose de transferência” em seu trabalho sobre o narcisismo, para designar uma entidade nosológica. Nele, as “neuroses de transferência” opunham-se às “neuroses narcísicas”. O que nos interessa aqui é o emprego do termo no primeiro sentido mencionado.

Em 1920, no trabalho *Para além do princípio do prazer*, Freud<sup>10</sup> associa as manifestações transferenciais ao princípio de compulsão à repetição. A partir daí, a ênfase na questão da transferência passa para o caráter repetitivo das manifestações conflituosas. As principais divergências quanto ao conceito de transferência referem-se à questão de como se concebe o que é repetido na situação transferencial:

1. Repetimos comportamentos singulares dirigidos a uma figura específica do passado?
2. Ou repetimos padrões emocionais de comportamentos ou, ainda, tipos de relações de objeto?
3. Qual a relação do passado histórico com a situação presente?

Em que pontos fundamentais Melanie Klein e seus continuadores, os analistas de inspiração kleiniana, diferem de Freud em relação à noção e à utilização do conceito de transferência? Antes de responder diretamente a essa questão, o que farei a partir de uma discussão aprofundada do debate entre Anna Freud e Melanie Klein, realizado em 1927 – “o debate inaugural”, na expressão de Laplanche<sup>11</sup> –, gostaria de tratar de outro ponto de divergência, que se revelará muito importante ao considerarmos as concepções de Anna Freud e Klein e que precisa ser esclarecido para que as outras questões possam ser respondidas. Trata-se da questão do *status* da emoção na estrutura da vida psíquica.

Klein, desde o início de sua obra, não concebe a existência da pulsão desligada de um objeto. O representante mental da pulsão associada ao objeto é a fantasia inconsciente. Como resultado, impulsos, defesas e emoções são representados e vivenciados de modo inconsciente sob a forma de fantasias. A afirmação da existência de emoções no inconsciente é uma consequência natural da posição central que ocupa, em seu pensamento, a noção de relações objetais. O impacto da pulsão sobre o objeto gera a experiência emocional. Assim, se as pulsões só têm existência inconsciente e não podem ser dissociadas de seu objeto, as emoções também estão presentes no inconsciente.

Klein faz da existência da emoção no inconsciente o centro da vida mental, aquilo que a organiza e lhe confere sentido. Para os pós-kleinianos, como Meltzer e Bion, as emoções constituem o núcleo significativo da experiência e requerem uma transformação em forma simbólica para poderem ser pensadas e comunicadas.

Abordaremos, agora, o “debate inaugural” que opôs estas duas grandes figuras da psicanálise: Anna Freud e Melanie Klein. Nesse simpósio, Klein responde às críticas de Anna Freud, e é por meio dessas respostas que podemos apreender certas originalidades de sua concepção. Tais respostas precisam ser examinadas com cuidado, pois, muitas vezes, Klein responde a críticas que nunca foram formuladas contra ela. É somente examinando em detalhes as afirmações de Klein que se pode notar algumas das sutilezas e singularidades que marcam a visão dessa autora e passam a constituir aspectos centrais de sua teoria e da de seus sucessores.

Antes de iniciar nossa análise, é preciso notar que o artigo de Klein sobre essa discussão a respeito das condições envolvidas na psicanálise de crianças assume uma postura de resposta às críticas de

Anna Freud. Klein começa por acentuar a importância de se analisar a transferência negativa. Muitos pensam que aí está a originalidade de sua técnica de análise. Trata-se, entretanto, de um engano. H. von Hug-Hellmuth começou a analisar a transferência negativa antes de Melanie Klein e até mesmo afirmou que essa análise era mais fácil do que a da transferência positiva. O que confunde os leitores é o caráter enfático da defesa da necessidade de se analisar a transferência negativa, por parte de Klein. Ela não podia dizer isso de outra forma naquela época, pois se tratava de uma necessidade interna decorrente de seu sistema. Em 1927, ela acreditava que só os objetos maus eram internalizados. A seguir, ela afirma que a criança desenvolve, tal como o adulto, uma neurose de transferência – ao contrário de Anna Freud, que insistia na impossibilidade de a criança desenvolver uma transferência completa e, sobretudo, uma neurose de transferência. Anna Freud<sup>12</sup> escreveu:

A criança não está pronta, como o adulto, para empreender uma nova edição de suas relações amorosas, porquanto, como se poderia dizer, a antiga edição não se encontra ainda esgotada. Os primeiros objetos de sua afeição, os pais, existem ainda para ela como objetos de amor na realidade, e não, como é o caso dos neuróticos, somente na imaginação.

É preciso notar que, ao responder a Anna Freud, Klein utiliza o termo “neurose de transferência” pela primeira e última vez em toda a sua obra. Em qualquer outra ocasião, ela se referirá à “situação de transferência” ou simplesmente à “transferência”. Petot<sup>13</sup> sugere que, se não fosse pela polêmica, a concepção de “neurose de transferência” seria totalmente estranha ao sistema kleiniano. Mais adiante, constata-

remos o que o termo pode significar para Klein. Petot<sup>13</sup> esclarece:

Mas é claro que, para Melanie Klein, o debate não se dá entre, por um lado, o reconhecimento da transferência e a não-existência da neurose de transferência e, por outro, o reconhecimento da transferência e da neurose de transferência. Para ela, o debate é o seguinte: subestimação (Anna Freud) ou avaliação correta (ela própria) da capacidade de transferência da criança.

Klein responde a Anna Freud afirmando que a transferência da qual ela fala refere-se à externalização de imagos inconscientes nas relações atuais. Ela introduz sua concepção do duplo caráter da relação mantida com os pais e com o analista na sessão. A criança relaciona-se, de forma concomitante, com os pais reais (ou com o analista) e com a imago internalizada desses pais (ou do analista), modificada por sucessivos movimentos de projeção e introjeção.

De onde se origina a transferência? A essa questão, Klein responde que os processos contínuos de projeção e introjeção, intimamente ligados às emoções do bebê, dão início às relações objetais, e daí decorre a teoria kleiniana sobre a origem da transferência.

Sustento que a transferência origina-se dos mesmos processos que, nos estágios mais arcaicos, determinam as relações de objeto. Dessa forma, na análise, temos de voltar repetidamente às flutuações entre objetos amados e odiados, externos e internos, que dominam o início da infância.<sup>14</sup>

O mecanismo de projeção adquire, aos poucos, um novo significado e uma importância crescente nos trabalhos de Klein, à medida que sua experiência clínica se aprofunda. A princípio, em sua obra, a projeção é referida como desenvolvendo-

-se sobre a superfície do objeto (*on* ou *onto the object*). Com a introdução, em 1946, do conceito de identificação projetiva, a preposição que acompanha a palavra “projeção” muda. Torna-se *into*, quer dizer, passa a indicar que a projeção se dá para dentro do objeto, indicando a existência de um espaço interno neste. Ao introduzir o conceito de identificação projetiva, em 1946, Klein modifica e amplia a concepção de transferência até então vigente entre os psicanalistas.

Com a definição do mecanismo de identificação projetiva, é descrito um processo por meio do qual a projeção de partes cindidas do *self* que contêm sentimentos e/ou até mesmo funções mentais para dentro do objeto modifica sua identidade do ponto de vista da percepção de quem projetou.

Ao projetar para dentro, o paciente está ativamente fazendo algo com a mente do analista e, ao fazê-lo, comunica alguma coisa a respeito de sua própria mente, de como se desenvolve seu processo mental.

Podemos pensar essa utilização da projeção em duas linhas. A primeira refere-se a como a identificação projetiva pode ser usada para promover uma atuação na transferência por parte do analista. A segunda, complementar, acentua a função comunicativa da identificação projetiva. Betty Joseph<sup>15</sup> tem chamado a atenção para o fato de que muito da nossa compreensão da transferência advém do entendimento de como os pacientes atuam sobre nós para que sintamos determinadas coisas pelos mais variados motivos. A autora ressalta a importância de considerarmos a transferência como uma situação total, tal como Klein enfatizou em seu artigo de 1952. Que significa essa noção de totalidade? Ela comporta, a meu ver, diversas dimensões.

Klein enfatiza a importância de considerarmos a totalidade do material comunicado pelo paciente como parte da transferência, e não apenas as referências diretas à figura do analista, tendo em vista sua ideia de que a transferência está enraizada nos estágios mais arcaicos do desenvolvimento e nas camadas mais profundas do inconsciente. Segundo a autora, toda a estrutura defensiva é mobilizada na sessão analítica para lidar com a ansiedade. São empregadas, nessa situação, todas as defesas que foram utilizadas no passado para lidar com tais ansiedades. Pelo exame detalhado do sistema defensivo posto em movimento, aprendemos muito sobre a maneira como os objetos internos foram construídos.

Ainda nesse artigo, Klein<sup>14</sup> escreve:

Com isto quero dizer que nosso campo de investigação cobre tudo aquilo que se situa entre a situação presente e as primeiras experiências. Na realidade, é impossível encontrar acesso às emoções e às relações de objeto mais antigas, a menos que examinemos suas vicissitudes à luz de desenvolvimentos posteriores.

Está claro que o desmonte da organização defensiva passa pelo conhecimento de como ela foi construída e que a reconstrução das relações objetais, em especial das primeiras, as fundadoras, é realizada a partir de um exame minucioso de sua operação no presente.

Na época em que esse artigo foi escrito, em 1952, os analistas que não pertenciam à escola kleiniana davam atenção, sobretudo, ao que era comunicado e lembrado verbalmente na sessão, tratando o material segundo o modelo freudiano do conflito. A introdução dos conceitos de cisão e identificação projetiva permitiu dispensar a lembrança verbal, pois eles nos

facilitam um acesso a fenômenos mentais muito arcaicos, alguns dos quais, inclusive, ocorreram em épocas anteriores ao desenvolvimento da comunicação verbal. Essas vivências são comunicadas ao analista por meio de identificações projetivas, e cabe a este colocá-las em palavras. As vivências permanecem na vida mental dos indivíduos sob a forma de “memórias em sentimentos” (*memory in feelings*), conforme a expressão de Klein. A situação total inclui, portanto, também os elementos da vida mental do paciente que são comunicados de forma não verbal e que se referem a vivências ocorridas antes do desenvolvimento da fala ou que permaneceram vivas sob a forma de “memórias em sentimentos”, sem nunca terem sido articuladas de forma verbal.

Há outro aspecto da transferência – como situação total – a ser mencionado. Ele diz respeito a fenômenos mentais que só podem ser entendidos se considerarmos a repetição de determinados padrões ao longo de um conjunto de sessões. A fantasia que subjaz a esse padrão só nos é revelada depois de um cuidadoso exame dos movimentos mínimos que ocorrem nas comunicações e reações do paciente, na sessão, cotejados com os movimentos intrasessões. Elizabeth Rocha Barros<sup>16</sup> refere-se a esse método de exame do material como utilizando-se ora de uma lente com *zoom*, que nos permite o exame dos detalhes dos movimentos nas sessões, ora de uma lente grande angular, que nos permite uma visão do todo.

Betty Joseph<sup>15</sup> ilustra a situação total na transferência com o caso de um paciente que lhe dava muita satisfação quando sessões isoladas eram consideradas. O paciente parecia ouvi-la e, aparentemente, pensava sobre o que era dito; a analista esperava a hora desse paciente com certa excitação.

Aos poucos, a percepção de que as coisas não mudavam na vida interna e externa do paciente foi causando um mal-estar na analista. Ao examinar o conjunto das sessões, e tomando por base um sonho, a analista pôde perceber e interpretar o que estava sendo atuado na transferência. Tratava-se da atuação de uma situação em que o paciente tinha por assegurado ser o paciente/filho preferido pela analista/mãe e referia-se a um sentimento que o paciente tinha de que a analista/mãe se excitava com ele.

A análise detalhada da transferência como situação total permite que, além da natureza das defesas usadas, seja avaliado o nível da organização psíquica dentro da qual o paciente está operando. Betty Joseph<sup>15</sup> mostra que os acontecimentos da sessão são produtos da interação entre a realidade e a percepção dessa realidade por parte do paciente, resultado das fantasias inconscientes enraizadas em sua história. É pelo exame detalhado das pressões do paciente para fazer o analista viver e atuar aspectos de seu mundo interno na transferência que conhecemos o paciente, suas defesas e sua história.

A interpretação contínua e minuciosa desse processo de transferência como situação total nos permite identificar como os objetos internos e o sistema defensivo foram construídos. Esse conhecimento é essencial para que se opere a mudança psíquica.

Acabamos de constatar, ainda que de modo sucinto, como o conceito de transferência ampliou-se, resultando na noção de transferência como situação total e tornando-se indissolúvelmente ligado à noção de contratransferência. Passemos, então, à discussão sobre o que é interpretado no aqui e agora com o passado do paciente. Dito de outra forma, abordaremos qual a relação da criança analítica com a criança

histórica. Convém lembrar que não interpretamos apenas a criança analítica, mas também o adulto analítico. Essa afirmação é igualmente verdadeira para o caso de análise de crianças, quando devemos buscar interpretar suas partes mais adultas.

Em outro texto, escrito em colaboração com Elizabeth Rocha Barros, afirmamos:<sup>17</sup>

Os analistas kleinianos consideram que não existe uma linearidade entre o passado histórico e o passado revivido no presente da transferência. A criança psicanalítica repete alguns aspectos do seu passado histórico, mas sua evolução durante o processo analítico é diferente. A transferência comporta várias dimensões temporais e inclui também uma dimensão a-histórica, pensam estes analistas. Acontecimentos do passado não explicam, por si só, o presente atual. Ao identificarmos a origem de uma determinada maneira de ser em nosso paciente ainda ficamos com uma questão, talvez a mais essencial, para ser respondida psicanaliticamente, qual seja: o que mantém esta maneira de ser passada no presente?

Melanie Klein menciona diversas vezes as idades cronológicas em que certas estruturas mentais estariam presentes. Penso, entretanto, que, ao introduzir o conceito de posições (esquizoparanoide e depressiva), ela rompe, em seu sistema, com a necessidade de referência a um tempo cronológico, adotando uma perspectiva temporal genealógica. Os kleinianos e os pós-kleinianos estão mais interessados em saber que estrutura veio antes de qual outra do que quando isso ocorreu. Essa questão aparece com frequência sob a forma de uma preocupação com o nível mental em que o paciente está operando, se se trata de um funcionamento característico da posição esquizoparanoide ou da depressiva.

O presente interpretado é visto como função do passado, não como o passado. Ruth Riesenber-Malcolm<sup>18,19</sup> escreve sobre esse tema e aponta para o fato de que, ao interpretarmos, estamos interpretando o passado no presente. Ela defende que reconstruir, em análise, trata-se de um constante entrelaçar de eventos lembrados da história com eventos vivenciados na análise.

Por que reconstruir? A resposta mais imediata de um kleiniano seria: antes de mais nada, constitui um trabalho realizado na cabeça do analista que lhe permite reconstruir momentos da história da relação do paciente com seus objetos internos, suas ansiedades e as maneiras como suas defesas foram formadas. Quanto ao momento de comunicar esse conhecimento ao paciente, as respostas variam. Alguns analistas acreditam que o próprio paciente fará as reconstruções necessárias, por meio de sua experiência de análise da transferência. Outros pensam que devem comunicar suas interpretações reconstrutivas sempre que o paciente tiver um conhecimento grande o suficiente de si mesmo, adquirido no aqui e agora da interpretação transferencial, que lhe permita a utilização desse conhecimento de forma não defensiva.

Os kleinianos insistem sobre a importância e a necessidade do contato emocional vivo e imediato entre o paciente e o analista na situação analítica para que a interpretação gere convicção e propicie a mudança psíquica. Daí a cautela com que se fazem interpretações que visem ao passado e permitam que o paciente escape defensivamente do que está acontecendo.

De tudo o que foi dito a respeito da transferência, decorre que, para trabalhar com ela, necessitamos do conceito com-

plementar de contratransferência. Os fenômenos da contratransferência têm sido discutidos com tanta frequência na literatura psicanalítica que dizer algo novo a respeito torna-se muito difícil. Paradoxalmente, contudo, discute-se tanto esse tema porque ainda existem importantes lacunas a serem preenchidas na compreensão do processo e de seu significado na teoria psicanalítica.

Ao me propor a voltar ao assunto, guio-me por uma questão posta por Laplanche,<sup>3</sup> quando ele 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 a reafirmação de uma exigência originária. (grifo nosso)

A constatação forçada pelas circunstâncias da prática analítica de que não é possível estar com outro ser humano de maneira íntima sem passar por uma experiência emocional perturbadora, a meu ver, constituiu a exigência originária que levou Freud a buscar meios de limitar o alcance dessa turbulência com o objetivo de proteger o paciente das possíveis atuações do analista. Para mim, aprofundar esse tema, hoje, consiste em reafirmar a exigência do exame da experiência pela qual passa o analista do ponto de vista da natureza do impacto perturbador do paciente sobre ele e do trabalho mental necessário para superar a perturbação e para transformá-la em interpretações, verbalmente comunicadas. Esse é o aspecto que pretendo examinar.

Compreendo a transferência e a contratransferência como processos dialéticos que não podem

ser dissociados. Não considero a contratransferência apenas como a resposta do analista ao paciente, a qual poderia ser estudada isoladamente da transferência. Minha perspectiva sugere a existência de um complexo processo de elaboração e de transformação dos sentimentos do analista na sessão antes que uma interpretação possa ser construída.

Penso que se tornou consenso entre um grupo importante de analistas a ideia de que a contratransferência se origina nos processos de identificação projetiva. Por meio da identificação projetiva, o paciente projeta aspectos (ou a totalidade de seu *self*) para dentro do analista. Este (receptor das identificações projetivas) se torna, por momentos, os aspectos negados do paciente ao projetar. Ele se transforma no eu com o qual o paciente tem conflitos em ser e, assim, não pode ser. Dessa forma, o analista vivencia, pelo paciente, aquilo com o que ele tem conflitos ou que não tolera vivenciar. O receptor da projeção (o analista) torna-se participante na autonegação do paciente e passa a existir na fantasia deste como um sujeito separado. Ele é, ao mesmo tempo, o eu e o não-eu do paciente. Desse modo, a parte projetada do paciente é objetivada na subjetividade do analista. Ogden<sup>6</sup> refere que o desfecho de negação mútua é a criação de um terceiro sujeito, “o sujeito de identificação projetiva”, que, ao mesmo tempo, é e não é o projetor e receptor. Nesse processo, o receptor (analista) nega-se a si próprio ao render-se ao (criar espaço para o) aspecto negado da subjetividade do projetor (paciente).

A investigação dos aspectos que constituem o sujeito da identificação projetiva permitirá o aprofundamento da compreensão do fenômeno da contratransferência.

Glen Gabbard<sup>20</sup> comenta que a contratransferência hoje representa o campo comum do conhecimento psicanalítico. Isso, basicamente, significa que os analistas 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 em uma interpretação.

Para Canestri,<sup>21</sup> o que melhor caracteriza a psicanálise contemporânea é uma forma de interpretar que incorpora o processo de escuta e o processo subsequente que ocorreu em nossas mentes como função desse tipo particular de escuta. Irma Brenman Pick (1985) escreveu: “Na verdade, é impossível acolher a experiência do paciente sem também passar por uma experiência”. Essa frase sumariza a natureza da problemática envolvida na questão da contratransferência desde sua introdução, quando Freud<sup>22</sup> expressou preocupação com a natureza perturbadora do impacto do paciente sobre o analista, o qual poderia deslocá-lo da posição objetiva análoga à postura do cirurgião, preconizada por ele. Freud, nessa altura, não associou essa perturbação à natureza da escuta psicanalítica, ou seja, à natureza do acolhimento proporcionado pelo analista no contexto transferencial. Provavelmente por não dar ênfase ao caráter relacional da sessão analítica, Freud tomou a contratransferência como uma interferência, uma espécie de ruído perturbador, expressão de conflitos inconscientes não resolvidos do analista. Na perspectiva de sua teoria, todo conflito estava relacionado com a sexualidade e redundaria inevitavelmente, no conflito nuclear, o edípiano, que só poderia ser tratado em análise.

Acolher, nesse caso, consistia em eliminar da sessão toda e qualquer interferência que perturbasse a objetividade do analista e que pudesse se constituir em um convite para uma atuação. Freud não deixava de estar correto, mas o desenvolvimento conceitual da época não lhe permitiu alterar sua noção de acolhimento, na medida em que não concebia o tratamento sobretudo como uma relação intersubjetiva. A psicanálise contemporânea enfatiza a natureza intersubjetiva e dialógica do trabalho interpretativo.

H. Racker<sup>23</sup> e Paula Heimann<sup>24</sup> propõem a transformação dos sentimentos contratransferenciais em instrumentos de pesquisa da personalidade do paciente. Essa sugestão surge da incorporação à psicanálise do conceito de identificação projetiva e da teoria das relações objetais. Acolher, nesse caso, consiste em tomar os sentimentos contratransferenciais como aspectos do paciente projetados para dentro da mente do analista, expressivos da arquitetura de sua vida psíquica. A formulação da interpretação depende do exame desses sentimentos como projeção que modifica a própria percepção que o paciente tem do analista.

Money-Kyrle<sup>25</sup> amplia o escopo da pesquisa propiciada pela contratransferência, apontando para o fato de que as projeções do paciente podem estar intimamente ligadas às reações internas do analista a essas projeções. Dessa forma, Money-Kyrle introduz a ideia de que os sentimentos despertados no analista pela escuta psicanalítica interagem com seu mundo de objetos internos, e, dessa maneira, o fenômeno a ser estudado torna-se muito mais complexo. Acolher, aqui, significa estabelecer associações entre os sentimentos do paciente projetados no mundo interno do analista e identificar as funções que essas projeções exercem no espaço mental daquele.

Bion,<sup>26-29</sup> em lugar do termo “contratransferência”, preferia falar no impacto das identificações projetivas no analista. Com base no mecanismo de identificação projetiva, acreditava que existia um fluxo contínuo de fantasias inconscientes ocorrendo tanto na vigília quanto no sonho e que, na sessão, resultavam em continuados convites para o analista assumir papéis, atuando aspectos do mundo interno do paciente.

Esse fluxo contínuo implica a existência de um comércio entre os mundos internos do paciente e do analista, da mesma forma que ocorre entre o bebê e sua mãe. Essa 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 pela captação dos sentimentos projetados por meio de sua *rêverie*; isso caracteriza, na visão de Bion, uma função continente a ser exercida pelo analista. O modelo de transformações operadas no psiquismo, conforme esse ponto de vista, segue uma analogia com o sistema digestivo e os processos metabólicos. Nessa perspectiva, acolher consiste em transformar os sentimentos intoleráveis do bebê/paciente projetados, exercendo uma espécie de função de diálise mental. Bion hipotetiza uma série de funções, que comentaremos adiante, exercidas sobre as projeções que tornam possível a digestão desses sentimentos intoleráveis.

Acolher o paciente, por meio da experiência contratransferencial, para Bion, consiste em operar uma transformação nos sentimentos deste pela mente do analista, seja lhe dando uma primeira representação mental para estados não mentais (função alfa sintética),<sup>30</sup> seja alterando sua representação mental de estados anímicos in-

suportáveis, tornando a experiência nessa nova representação mais assimilável pelo aparelho mental (função alfa analítica).<sup>30</sup> Em uma de suas conferências no Rio de Janeiro, quando perguntado sobre como utilizar a contratransferência na sessão, Bion<sup>31</sup> respondeu criticando o termo e dizendo que só havia uma coisa a fazer com a contratransferência: analisá-la.

O conceito de transferência como situação total, inicialmente mencionado por Klein<sup>14</sup> e, na sequência, desenvolvido por Betty Joseph,<sup>15</sup> chama a atenção para a importância da escuta minuciosa do paciente: não só do ponto de vista do conteúdo da narrativa, mas, sobretudo, da perspectiva de como ele nos está usando na relação estabelecida no quadro analítico transferencial. O paciente nos convida a sentir certas emoções para atuar determinados papéis e, dessa forma, nos atrai para dentro de seu sistema defensivo. Betty Joseph<sup>15</sup> sugere que o paciente, por meio de suas descrições de experiências emocionais, não está apenas falando sobre a maneira como estas são vividas, mas criando, no espaço analítico, a própria arquitetura que subjaz à organização de sua vida psíquica em cada momento. Esta se torna disponível para o analista pelo exame minucioso de sua contratransferência. O analista, inconscientemente, é instado a participar dessa construção, constituindo, dessa maneira, um espaço intersubjetivo. Acolher, nessa perspectiva, consiste em uma atitude ativa de exame analítico da contratransferência e na construção de uma interpretação que coloque em palavras o significado defensivo dos convites para além destas, expressivos da estrutura das fantasias inconscientes, que nos são feitos pelo paciente.

Pierre Fédida,<sup>32</sup> preocupado com a possibilidade de transformação da psicanálise em uma psicologia da comunicação

ou das relações interpessoais, adverte para a necessidade de se construir uma metapsicologia da contratransferência. No caso, esta teria como modelo de elaboração a metapsicologia do sonho. Seu alvo, ao fazer essa crítica, eram as descrições dos fenômenos contratransferenciais em termos limitados aos processos de comunicação em curso, deixando para um segundo plano a problemática de cenários inconscientes que estavam sendo atuados na relação com o analista.

O artista Giacometti, citado por Fédida,<sup>33</sup> comenta que o desenho de um rosto tem menos a ver com a aptidão de um traço para representar o que a vista recebeu do que com o poder das palavras de engendrar esse rosto, guiando o lápis a seu encontro. O que está sendo acentuado, da perspectiva psicanalítica, é que a imagem que temos do rosto torna-se evocação e constitui fonte de inspiração mais profunda, com raízes no inconsciente, do que a visão de qualquer rosto. O desenho inspira-se em uma representação evocada, que já operou uma seleção dos traços que a estruturam a partir da ressonância que a contemplação produziu em nós e que forma uma espécie de desenho interior.

A menção que Fédida faz a Giacometti e a outros pintores leva-me a acentuar o papel da evocação como forma de apreensão de complexas redes de relação na constituição das representações mentais. A evocação estabelece uma concepção não discursiva dessa rede de relações e se expressa em uma captação imagética vivencial dos sentimentos envolvidos.

As palavras do paciente, seu comportamento na sessão e seus convites implícitos para o analista atuar papéis que exercem determinadas funções em seu sistema defensivo constituem o plano evocativo que resulta na contratransferência. Da mesma forma que na arte, a riqueza do conceito de

contratransferência não se reduz à produção do análogo aos sentimentos do paciente na mente do analista, mas ao seu aspecto evocativo de metáforas expressivas de estruturas inconscientes.

A evocação é uma forma de expressão não discursiva, ainda que seja permeada pelo discurso verbalizado do paciente, permitindo, dessa forma, que apareçam conexões outras que não as próprias da lógica discursiva, mediada por palavras, ampliando, assim, as formas de representações de relações afetivas. Nessa perspectiva, a evocação opera uma desconstrução, uma desorganização que permite a manifestação dos elos inconscientes que interferem na elaboração do significado da experiência emocional.

Laplanche,<sup>3,11</sup> discutindo a linguagem, aponta para uma dupla função por ela exercida. De um lado, uma função de abertura à comunicação – enquanto o inconsciente, por definição, é fechamento – e, de outro, uma função de simbolização definida como sua possibilidade de fazer entrar em conjuntos relacionais mais amplos, mais flexíveis e mais abertos o que estava encerrado nos ciclos rígidos das fantasias inconscientes.

A função da evocação, nesse contexto, é garantir uma nova corporificação das emoções constituidoras das fantasias inconscientes, em um plano qualitativo que combina elementos discursivos e não discursivos. Dessa maneira, a imagem interior evocada é análoga, mas não idêntica, aos sentimentos do paciente. Essa presentificação das redes de afeto torna visível algo que não estava evidenciado em seu discurso. Os sentimentos do analista, evocados pelo paciente durante a sessão por meio da identificação projetiva, necessitam sofrer um complexo trabalho de transformação para tornar visível algo que não estava previamente lá e que não se esgota na mera des-

crição analógica do sentimento projetado na subjetividade do analista.

Fédida,<sup>33</sup> ao mencionar a condição de trabalho do analista e a 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)tor-na e dá razão. Razão aqui não é utilizada no sentido de intelectualização, mas refere-se à capacidade do indivíduo de dar sentido, encontrar uma significação para suas vivências emocionais. A linguagem, nesse contexto, não é cópia de uma vivência, mas aquilo que lhe dá sentido a partir de uma ressonância. Fédida<sup>33</sup> afirma:

Quando a coisa retorna à fonte das palavras, nomeá-la equivale a tomar o visual como desejo de 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.

Gostaria de continuar ainda por um momento a construção proposta por Fédida. Ele avança em sua ideia, 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”.<sup>33</sup> Nessa afirmação, podemos perceber com clareza que a tela é uma analogia não discursiva – mas de forma alguma idêntica – à representação da paisagem na mente do pintor. A imagem da tela é uma apreensão de outras conexões por uma forma que articula significados em um plano não mediado 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 a ação, nos moldes descritos por Betty Joseph, que o convidam a sentir determinadas emoções e/ou a atuar de certas maneiras na transferência. Esse 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, dessa forma, pela própria indizibilidade da palavra, manifestando-se por evocações.

Penso que a interpretação contém um lado subjetivo referente à experiência do analista (sua consciência subjetiva), o qual se expressa primeiramente em um 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. Esse discurso favorece redes relacionais mais amplas e menos rígidas, estruturas enquadrantes atribuidoras de significado às experiências emocionais existentes no inconsciente.

Tal perspectiva abre espaço para uma pesquisa da intersubjetividade, na medida em que se enfatiza que, na sessão analítica, é construído um espaço comum a partir de algo que não é só o paciente nem só o analista, mas o produto da interação entre ambos naquele momento. O analista não é concebido nessa função como expectador dos processos mentais do paciente, uma vez 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.

Penso que a noção de que o intrapsíquico pode ser mais bem observado pela relação estabelecida com o analista, isto é, pelo intersubjetivo, tem sua origem no

artigo de Heimann,<sup>24</sup> inspirado pela teoria da identificação projetiva exposta por Klein, em 1946. A contratransferência se alimenta de todos os sentimentos vividos na sessão pelo analista, mas constitui-se como tal, isto é, como contratransferência, somente quando apreendida como a parte do processo transferencial vivida pelo analista. Portanto, ela é, concomitantemente, uma forma de escuta (aberta também para os aspectos não discursivos) e um modo de ação transferencial.

A contratransferência transmitida via identificação projetiva é um campo de articulação não discursiva da vida mental do paciente da forma como está operando no aqui e agora da transferência. Para que a contratransferência se transforme em uma interpretação, ela necessita percorrer um longo caminho, que inclui autoanálise, reflexão, familiaridade, relação com a teoria analítica, entre outros aspectos. Ao interpretar, o analista parte de um campo não discursivo das vivências e das imagens evocadas para o campo da interpretação formulada em linguagem discursiva descritiva de significados.

A psicanálise coloca em paralelo, como regras necessárias para criar a situação analítica e que constituem um todo metodológico, de um lado, a associação livre a ser seguida pelo paciente e, de outro, a atenção igualmente flutuante como método de escuta analítica. Associar livremente consiste em uma atitude de renúncia consciente a buscar articular de forma lógica as conexões discursivas e não discursivas a partir daquilo que surge de modo espontâneo, estimulado pela presença e pela escuta do analista. Assim, a sensibilidade abre-se para conexões que não aquelas da ordem lógica consciente.

A atenção igualmente flutuante (*gleichschwebende Aufmerksamkeit*) tem por

objetivo restabelecer igual equilíbrio entre os aspectos discursivos e não discursivos (não verbais) da fala do paciente. Ela é a forma sugerida para permitir o acesso às articulações emocionais que envolvem, ao mesmo tempo, elementos discursivos e não discursivos que são expressivos da organização interna do paciente. Se o sentir humano é uma concepção emocional não discursiva que permeia o discurso articulado consciente e heterogêneo, necessitamos de uma forma de escuta especial. Esta é importante para termos acesso à significação e ao sentido do discurso do paciente, na medida em que a própria descrição dos sentimentos é heterogênea em relação ao sentir.

Penso que, nessa perspectiva, a contratransferência, que opera como uma forma de *rêverie* do analista, e os sonhos do paciente adquirem um papel preponderante na compreensão de como este articula o significado de suas emoções e o sentido, portanto, de sua vida psíquica. Creio que é essa semelhança entre os processos de *rêverie* e do sonho que leva Fédida a propor que qualquer metapsicologia da contratransferência será baseada na metapsicologia da vida onírica.

Por meio da *rêverie* do analista e do sonho do paciente, temos acesso aos centros de atração do inconsciente ou, dito de outra maneira, aos objetos internos, em torno dos quais gravitam as relações emocionais, ou, ainda, ao que Meltzer chama de núcleos significativos da vida emocional.

A escuta analítica envolve algo mais do que ser capaz de se “colocar na pele do outro”, pois a natureza da relação que mantemos com nosso paciente é diferente da que ele mantém conosco. Temos por função precípua na situação analítica a apreensão de significados. Eu diria,

no entanto, que é de um tipo particular de empatia que precisamos. Eu arriscaria chamá-la de empatia metaforizante. É um sentir como o outro que, ao mesmo tempo, transforma esse sentir em outra coisa, por meio de um ato de apreensão de seu significado via comparação de estados emocionais análogos, sem, contudo, serem isomórficos. Não procuramos identidades entre significados de experiências emocionais nossas, como analistas, e do paciente.

Não se trata nunca de dizer “se é assim em mim, é assim no paciente”. Envolve um exame das experiências emocionais evocadas em nós pelo impacto da relação com o paciente, as quais produzem, mediante uma apreensão da função exercida por esse estado emocional em nós, metáforas expressivas do significado inconsciente de suas formas de relação.

O inconsciente não é idêntico nem análogo ao conteúdo latente, da mesma forma que o psicodinamismo inconsciente do paciente não está explícito nos sentimentos contratransferenciais evocados em nós. O inconsciente pode ser apreendido por meio do trabalho psíquico que opera a relação entre conteúdo manifesto e conteúdo latente do sonho, bem como pela relação entre a contratransferência e a natureza da relação transferencial. A contratransferência, diretamente, não nos dá acesso ao inconsciente. É preciso haver um trabalho analítico sobre a relação transferência-contratransferência para a construção da interpretação. A função de *rêverie*, nessa perspectiva, é um componente essencial do processo de elaboração da contratransferência, na medida em que constitui o processo pelo qual são criadas metáforas que dão forma à experiência do analista das dimensões inconscientes da relação com o paciente.<sup>34</sup>

Sugiro que, ao formularmos uma interpretação a partir da elaboração da con-

tratransferência, operemos o que os linguistas denominam de “transmutação da base simbólica”. Na sessão, o paciente conta um sonho, elicia sentimentos em nós ou nos convida a atuar um papel. Essa narrativa e suas expressões atuadas evocam metáforas que combinam articulações discursivas e não discursivas que dão forma aos sentimentos que estão sendo projetados em nós na transferência. Ao interpretarmos, colocamos essas experiências evocadas em outra base simbólica, ou seja, transmutamos a linguagem evocativa dos símbolos visuais do sonho das metáforas ou das vivências expressivas da contratransferência em linguagem verbal descritiva de significados e, assim, ampliamos a capacidade de pensar as experiências ao atribuímos significado aos sentimentos envolvidos. É nesse sentido que arrisquei a terminologia empatia metaforizante para descrever o tipo de empatia necessária para a operação de nossa função analítica. Esse consenso que está se formando sobre a importância da subjetividade do analista no processo analítico amplia, de um lado, nossos instrumentos de trabalho, mas, por outro, nos defronta com certos perigos, que, a meu ver, podem alimentar a descrença pela qual passa atualmente o conhecimento psicanalítico por favorecer possibilidades de banalizá-lo.

A contratransferência, como estado mental do analista utilizado a serviço da investigação da personalidade do paciente, da forma como foi introduzida por Paula Heimann<sup>24</sup> e H. Racker,<sup>23</sup> representou um grande avanço nas fronteiras das expectativas de desenvolvimento propiciadas pelo conhecimento analítico. Não se limitou a ser um instrumento técnico, pois modificou a própria concepção do tipo de conhecimento obtido por meio da psicanálise.

A relação emocional estabelecida na sessão entre analista e analisando, permeada pelos processos de identificação projetiva

e investigada pela análise da contratransferência, permitiu-nos compreender melhor a maneira como nossos pacientes moldam (e moldaram no passado) suas vidas. Ao mesmo tempo, defrontamo-nos, paradoxalmente, com a complexidade da vida emocional humana e com os perigos de adotarmos posturas simplistas que a banalizem.

A partir da teoria das relações objetais e de um conhecimento mais aprofundado dos mecanismos de identificação projetiva, a psicanálise teve um melhor acesso à maneira como o passado atua no presente, permitindo-nos hipotetizar sobre o futuro da organização mental que domina o paciente. A ênfase da tarefa analítica move-se do explicar para o compreender o significado da experiência em curso.

A psicanálise amplia seus objetivos para além da compreensão da natureza das experiências traumáticas que afetaram aquela personalidade e da reconstrução das vivências marcantes que a estruturaram. A contratransferência nos dá acesso à maneira como a identificação projetiva molda a subjetividade, pela interpenetração de processos emocionais que ocorrem nas relações interpessoais.

Ferro<sup>35</sup> descreve um modelo que caracteriza como bioniano, mas que, a meu ver, já estava presente no trabalho kleiniano, no qual os personagens, criados na história narrada na sessão, são nós de uma rede narrativa interpessoal que nascem como hologramas da inter-relação emocional atual estabelecida entre analista e paciente. Uma utilização superficial desse modelo contém o risco de reduzir a psicanálise a uma psicologia das relações interpessoais, traduzida em interpretações que se limitam a revelar uma fenomenologia das emoções. O analista limita sua fala, por exemplo, à menção da raiva que o paciente colocou dentro dele por não poder senti-la, para citar um caso clínico recentemente relatado.

Nada é dito nessa interpretação que aprofunde nosso entendimento sobre o psicodinamismo inconsciente do paciente que dê conta da função exercida por essa raiva como organizadora de um padrão mental, que poderia estar a serviço do sadismo ou do masoquismo; também não faz menção à função exercida pela não expressão da raiva, como seria de se esperar no contexto de uma abordagem psicanalítica que levasse em consideração os aspectos dinâmicos intrapsíquicos presentes na interação. O conceito de contratransferência, nessa perspectiva simplificadora, torna-se praticamente sinônimo daquilo que o analista sente quando está com seu paciente e que, com frequência, utiliza de maneira bruta na sessão, sob a forma de interpretações indiretamente confessionais.

O perigo implícito de tratarmos repetidas vezes de um tema tão discutido como a contratransferência decorre de um sentimento de banalização do conceito que gera uma sensação de que não há mais nada de novo a ser investigado. Widlöcher<sup>36</sup> nos adverte para o efeito devastador que tem tido para a psicanálise o sentimento de excesso de familiaridade com seus conceitos. Esse sentimento cria a impressão de que, com meia dúzia de conceitos, podemos explicar a mente humana. Widlöcher<sup>36</sup> ainda comenta que, nas universidades, os estudantes não são contra a psicanálise, até pelo contrário, simpatizam com ela, mas simplesmente não acreditam que valha a pena pagar o preço para ter a experiência psicanalítica, pois não têm o menor contato com aquilo que lhe é essencial como situação analítica e com seu caráter de experiência única.

Ogden<sup>6</sup> defende que o processo analítico, se bem-sucedido, envolve a reapropriação das subjetividades individuais de analista e analisando, que foram transformadas, por meio de sua experiência, no

terceiro analítico recém-criado (o “sujeito da identificação projetiva”). Esse processo de resgate envolve a apropriação de si mesmo como sujeito (a transformação de um *me-ness* em *I-ness*) por meio de processos simbólicos de captação e transformação da experiência emocional, como venho sugerindo. Nesse processo, novas individualidades estão sendo construídas, pois o paciente, com as interpretações, desenvolve uma subjetividade caracterizada especialmente pela existência de um eu-intérprete que passa a acompanhá-lo em suas experiências.

Quais seriam, então, as condições necessárias para o analista desenvolver ou manter sua subjetividade, sua capacidade de ter vivências, observá-las e interpretá-las, dando-lhes significado, do ponto de vista emocional? Sugiro que o processo de construção de interpretações depende, em essência, da maneira como a situação edipiana foi (e é) elaborada dentro do analista em cada sessão. O analista confronta-se novamente com a questão edipiana na situação analítica, pelo constante chamamento a ser, ao mesmo tempo, o observador e o participante de uma relação.

As qualidades emocionais metabolizadas na resolução do complexo de Édipo são: capacidade para desenvolver uma subjetividade própria, sentido de historicidade, amor pelo objeto, capacidade de pensar adotando diferentes pontos de vista e, sobretudo, de ser, concomitantemente, o participante e o observador de uma

relação. Podemos dizer que é pela situação edipiana que o *self* negocia o desenvolvimento de uma capacidade crítica, ao formar um espaço interno que permite a observação de suas relações no mundo, e cria, dessa maneira, um eu-intérprete, ou seja, um eu que é capaz de observar-se e atribuir significados aos sentimentos e condutas.

O resgate da objetividade em uma situação na qual o analista tem um duplo papel, de observador e de participante da interação, repete, de certa forma, a triangulação edipiana. A objetividade depende do resgate da subjetividade capaz de observar e interpretar, descolando-se do fato em si, ou seja, do senso comum.

Segundo Ogden:<sup>37</sup>

[...] o processamento (metabolização) de uma identificação projetiva por um terapeuta pode entender-se como o intento de restabelecer um processo dialético psicológico no qual é possível vivenciar os sentimentos induzidos, pensar sobre eles e entendê-los mediante um sujeito-intérprete. Esse processo dialético tem dimensões tanto intrapsíquicas como interpessoais, o que quer dizer que dele participam subjetividade e intersubjetividade.

Penso que essa concepção sintetiza o plano no qual o conceito de contratransferência se insere na psicanálise atual.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Os conceitos de transferência e contratransferência são centrais nos desenvolvimentos kleinianos e pós-kleinianos.

2. Para Melanie Klein, pode-se observar a presença da transferência desde a infância, pois, para ela, o elemento essencial é considerar a transferência como situação total e como expressão do mundo interno do paciente.
3. Desde que formulou o conceito de identificação projetiva, Klein e seus seguidores, em especial Bion, foram capazes de descrever a microscopia da relação analítica e psicoterápica como uma sucessão de identificações projetivas e introjetivas.
4. A contratransferência, ao contrário do que antes era considerado, passa a ser um instrumento essencial na relação terapêutica, e cada vez mais se observa e se estuda o funcionamento da mente do terapeuta, em contínua interação com a do paciente.
5. As relações de objeto, base da formação do psiquismo, estão presentes desde o início da vida, e sua observação e análise vão constituir parte essencial do trabalho terapêutico.
6. Com a progressiva resolução do complexo de Edipo, várias qualidades emocionais são desenvolvidas: capacidade para estabelecer uma subjetividade própria, capacidade de pensar adotando diferentes pontos de vista, sentido de historicidade, amor pelo objeto e a noção de ser um observador e o participante de uma relação ao mesmo tempo.
7. Tanto a mente do paciente como a do terapeuta oscilam entre as posições esquizoparanoide e depressiva, assim como entre momentos de compreensão e não compreensão, sendo um dos principais objetivos do tratamento de orientação analítica a integração das partes cindidas da personalidade e a possibilidade de a pessoa tornar-se progressivamente mais que ela de fato é, como sugeriu Bion.

## REFERÊNCIAS

1. Green A. Narcisismo de vida, narcisismo de morte. São Paulo: Escuta; 1988.
2. Klein M. The psycho-analysis of children. In: Klein M. The psycho-analysis of children. London: Hogarth; 1975.
3. Laplanche J. Le barquet: la transcendence du transfert. Paris: Presses Universitaire de France; c1987.
4. Fédida P. Clínica psicanalítica. São Paulo: Escuta; 1988.
5. O'Shaughnessy E. Words and working through. Int J Psychoanal. 1983;64(Pt 3):281-9.
6. Ogden TH. The analytic third-working with intersubjective clinical facts. Int J Psychoanal. 1994;75(Pt 1):3-19.
7. Freud S. Fragments of an analysis of a case of hysteria. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1905. v. 7. p. 3-112.
8. Freud S. Remembering, repeating, and working through. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1914. v. 12.
9. Freud S. On narcissism: an introduction. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1914. v. 12.
10. Freud S. Beyond the pleasure principle. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1920. v. 18.
11. Laplanche J. Faut il bruler Melanie Klein? Psychanalyse à l'Université. 1987;1.
12. Freud A. Le traitement psychanalytique des enfants. Paris: PUF; 1975.
13. Petot JM. Melanie Klein: premières découvertes et premier système, 1919-1932. Paris: Dunod; 1979.
14. Klein M. Los orígenes de la transferencia. In: Klein M. Envidia y gratitud y otros ensayos. Buenos Aires: Paidós; 1952. (Obras completas, v. 3).
15. Joseph B. Transference: the total situation. Int J Psychoanal. 1985;66:447-54.
16. Barros ELR. A transformação das experiências emocionais através dos sonhos. Boletim da SBPSP. 1990. Boletim interno.

17. Barros EMR, organizador. Melanie Klein: evoluções. São Paulo: Escuta; 1989.
18. Riesenberg-Malcolm R. Interpretation: the past in the present. *Int Rev Psychoanal.* 1986; 13:433-43.
19. Riesenberg-Malcolm R. Constructions as reliving history. *European Psychoanalytical Federation Bulletin.* 1988;31:3-12.
20. Gabbard GO. Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal.* 1995;76(Pt 3):475-85.
21. Canestri J. Transformations. *Int J Psychoanal.* 1994;75:1079-92.
22. Freud S. The future prospects of psycho-analytic therapy. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1910. v. 11.
23. Racker H. Transference and counter-transference. New York: International Universities; 1968.
24. Heimann P. On counter-transference. *Int J Psychoanal.* 1950;31(1-2):81-4.
25. Money-Kyrle RE. Normal counter-transference and some of its deviations. *Int J Psychoanal.* 1956;37(4-5):360-6.
26. Bion WR. Group dynamics: a re-view. *Int J Psychoanal.* 1952;33:235-47.
27. Bion WR. On hallucination. *Int J Psychoanal.* 1958;39:341-9.
28. Bion WR. A psycho-analytic study of thinking. *Int J Psychoanal.* 1962;43:306-10.
29. Bion WR. Learning from experience. London: William Heinemann Medical Books; 1962.
30. Capier R. Uma teoria sobre o continente. In: França MO, organizador. Bion em São Paulo: ressonâncias. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
31. Bion WR. Brazilian lectures I. Rio de Janeiro: Imago; 1973.
32. Fédida P. Communication et représentation: nouvelles sémiologies en psychopathologie. Paris: PUF; 1986.
33. Fédida P. Nome, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica. São Paulo: Escuta; 1991.
34. Ogden T. Reverie and metaphor: Some thoughts on how I work as a psychoanalyst. *Int J Psychoanal.* 1997;78(Pt 4):719-32.
35. Ferro A. A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista: da relação ao campo emocional. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
36. Widlöcher D. Psychoanalysis: challenge in university and research. In: IPA Meeting; 1997; Buenos Aires.
37. Ogden TH. The matrix of the mind: object relations and the psychoanalytic dialogue. London: Karnak; 1992.

## LEITURAS SUGERIDAS

- Money-Kyrle RE, Joseph B, O'Shaughnessy E, Segal H, editors. The writings of Melanie Klein. London: Hogarth; 1975. v. 1. p. 139-69.
- Laplanche J. Nouveaux fondements pour la psychanalyse: la séduction originaire. Paris: PUF; c1987.
- Pick IB. Working through in the countertransference. *Int J Psychoanal.* 1985;66(2):157-66.

# 5

## CONCEITOS FUNDAMENTAIS NA ABORDAGEM DO EGO E SUAS DEFESAS\*

Isacc Sprinz

As noções de ego e de defesa estão presentes desde os primeiros escritos de Freud,<sup>1</sup> ainda que ele tenha utilizado o termo “ego” de modo diverso em vários momentos da sua obra, o que gerou margem para dúvidas e discussões sobre seu significado. Não se pretende, neste capítulo, discorrer sobre essas controvérsias,<sup>\*\*</sup> e sim sobre a definição e a evolução desses conceitos. No primeiro período da obra de Freud, o ego foi descrito como uma organização de neurônios que permitia ao indivíduo distinguir seus processos internos da realidade externa e estava presente nas primeiras elaborações propostas do conflito psíquico, representando o polo defensivo da personalidade. Para Hartmann,<sup>2</sup> duas razões levaram Freud, a partir de 1900, a colocar

o ego no “limbo”: primeiro, seu interesse pelo inconsciente e pelas pulsões; segundo, não querer misturar suas ideias com as dos filósofos, pois, para estes, o termo “ego” estava sobrecarregado de significados metafísicos. Poderiam ser acrescentadas mais duas razões: seu desencanto pela teoria da sedução e pelo fato de não conseguir pensar sobre o ego a não ser em termos neurológicos, como expôs no *Projeto*.

O período de 1900 a 1915 pode ser caracterizado como de hesitações quanto à noção de ego.<sup>3</sup> Questões como narcisismo, identificações, dissociação do ego, melancolia e outras conduziram a viragem para a teoria estrutural. Nesta, o ego ressurgiu em importância como mediador entre exigências contraditórias advindas da realidade externa, do id e do superego. Passa a englobar partes que antes não estavam bem definidas, tanto a consciência como o pré-consciente, tendo sua maior parte inconsciente e envolvendo funções defensivas.

O conceito de defesa foi definido por Freud como a pedra angular da teoria psicanalítica. Freud também utilizou o termo “resistência” para diferentes fenômenos (p. ex., a interrupção da livre associação do paciente), de modo que a diferença entre defesa e resistência podia ser simplesmente a forma como eram observadas.

\* Toda a bibliografia consultada para a realização deste capítulo é de autoria de analistas e dirigida a analistas. Por isso, ao incorporarmos as ideias, tomamos a liberdade de alterar o termo “analista” por “psicoterapeuta” e “análise” por “psicoterapia psicanalítica”.

\*\* Remetemos o leitor aos textos de Laplanche e Pontalis<sup>3</sup> (*Vocabulário da psicanálise*), Hartmann<sup>2</sup> (*El desarrollo del concepto del yo en la obra de Freud*, cap. 14, em *Ensayos sobre la psicología del yo*) e Gill e Rapaport<sup>4</sup> (*Um exame histórico da psicologia psicanalítica do ego*, cap.II, em *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*).

Uma breve pesquisa sobre a evolução do conceito de defesa pode servir tanto para clarificar seu significado quanto para explicar algumas das controvérsias com seu uso. Freud introduziu o termo pela primeira vez em *As neuropsicoses de defesa*.<sup>1</sup> Nesse trabalho, escreveu que, para manter fora da consciência ideias ou sentimentos inaceitáveis capazes de causar afetos penosos, a pessoa recorria inconscientemente a processos mentais que se opunham àqueles conteúdos. A esses processos mentais, que aconteciam fora da consciência, chamou de *defesas*. Esta foi das primeiras colocações de Freud sobre o conflito na mente, uma parte da qual tem desejos ou sentimentos que outra parte considera objetáveis, opondo-se à continuidade da sua presença na consciência. Para opor-se a eles, a parte da mente conhecida como ego estabelece defesas contra a consciência dos conteúdos inaceitáveis.

Em 1896, nos *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa*,<sup>5</sup> Freud propôs a hipótese de que a escolha da neurose estava associada à defesa predominante na situação de conflito. Continuou a escrever sobre esses tipos de defesas particulares e definiu outros, como formação reativa, anulação e isolamento, e seu interesse passou da defesa ao recalque, que veio a ocupar lugar central na gênese das neuroses. Ele se valia do termo “recalque” em lugar de “defesa”. Entendia o recalque como o mais importante processo defensivo, que mantinha fora da consciência ideias inaceitáveis mediante considerável gasto de energia, que denominou *contracatexias*. Essa energia, proveniente do ego, era necessária, pensava, para opor-se à pressão das ideias e aos impulsos inconscientes que pressionavam por descarga.

A introdução da teoria estrutural em *O ego e o id*,<sup>6</sup> e a revisão da teoria da an-

gústia em *Inibições, sintomas e ansiedade*<sup>7</sup> constituíram um grande avanço. Antes, a angústia era considerada como resultado do recalque. Agora, entendia-se que o recalque era causado pela angústia, e não sua causa. Ficou claro que as defesas consistiam em processos inconscientes e que o recalque era apenas uma defesa entre muitas. O conceito de defesa ganhava um lugar mais adequado no novo modelo estrutural. As ideias inaceitáveis, que Freud mencionara desde o início, tornavam-se representantes mentais de uma das duas pulsões básicas, libido e agressão. Essas pulsões, que pressionavam constantemente para a descarga na conduta e no pensamento, constituíam a estrutura da mente que denominou *id*. As diversas defesas, por sua parte, mantinham afastados os derivados pulsionais – pensamentos e ideias por meio dos quais as pulsões se expressavam. As defesas foram definidas como funções do ego, estrutura da mente que mediava entre as pulsões e o mundo exterior.<sup>8</sup> Às vezes, o *ego/self* (Freud utilizou esses termos como sinônimos) permitia que os impulsos do *id* e suas representações mentais encontrassem formas de expressão e satisfação; outras vezes, quando julgava sua aparição perigosa, se opunha a eles, processo em sua maior parte inconsciente.

Os perigos que faziam emergir as operações defensivas do ego foram enumerados por Freud: a perda do objeto, a perda do amor do objeto, o temor à castração e a condenação pela própria consciência. Freud estabeleceu uma sequência com ansiedades específicas para cada uma das fases do desenvolvimento. *Defesa* passa a ser um termo geral para descrever a forma como o ego se protegia contra os perigos enumerados. Também descreveu o sinal de angústia, pequenas quantidades de ansiedade que ativavam inconscientemente as

operações defensivas, ao anteciparem uma temida situação de perigo.

As defesas são processos mentais inconscientes, instituídos pelo ego, para se proteger de afetos dolorosos como a angústia e a depressão. Estão presentes no conflito psíquico, mas também fazem parte da adaptação normal e do desenvolvimento do caráter. As defesas são utilizadas desde muito cedo na vida, de forma normal e adaptativa; porém, se persistirem sem se modificar à medida que o desenvolvimento prossegue, poderão tornar-se parte de uma formação de compromisso. A formação de compromisso foi descrita por Freud<sup>7</sup> como o modelo psicanalítico do sintoma neurótico: na neurose, está presente um conflito que produz ansiedade; essa ansiedade aciona mecanismos de defesa que levam a um compromisso entre duas instâncias: o id e o ego. Assim, surge uma *formação de compromisso*, que tanto defende o indivíduo contra o desejo que emerge do id como gratifica parcialmente esse mesmo desejo.

Por ser tão básico e fundamental, o conceito de defesa vem sendo alterado, revisado e refinado, à medida que a experiência clínica vai moldando a compreensão das complexidades do desenvolvimento psicológico e do conflito psíquico. A maneira de lidar com as estruturas defensivas é alvo de discussões acaloradas entre psicoterapeutas psicanalíticos. Isso se dá, em parte, pela diversidade de visões teóricas e, sobretudo, pela relevância das defesas para o campo da psicanálise. Logo, as aplicações clínicas sobrepujam os desacordos teóricos, pois, no fim, o que mais importa é o efeito que elas têm no encontro entre terapeuta e paciente. Tal debate foi inaugurado por duas formidáveis senhoras – ambas sucessoras de Freud e pioneiras da psicanálise infantil –: Anna Freud e Melanie Klein.

## CONTRIBUIÇÃO DE ANNA FREUD

No ano de 1936, nos 80 anos de seu pai, Anna o presenteou com uma cópia do livro *O ego e os mecanismos de defesa*,<sup>9</sup> um dos mais influentes da psicanálise. Ela aprofundou e clarificou o conceito de defesa em relação não só à teoria do conflito psíquico como também à técnica da psicoterapia. Enfatizou que as defesas eram processos inconscientes que deviam ser entendidos e analisados. Na terapia, não era apenas mostrar ao paciente quais as suas defesas, ali onde os desejos inconscientes emergiam; devia realizar-se um esforço para que o paciente ficasse consciente das defesas utilizadas. Além disso, terapeuta e paciente deveriam pesquisar a história evolutiva dessas defesas. Mencionou que os sintomas eram formações de compromisso, nas quais o ego tinha o papel de usar invariavelmente um método especial de defesa, quando confrontado com uma demanda pulsional específica.<sup>9</sup>

Anna Freud<sup>9</sup> elaborou uma lista de métodos especiais de defesa, os quais a partir daí, foram chamados de *mecanismos de defesa*: recalque, regressão, formação reativa, deslocamento, projeção, isolamento, anulação, negação, inversão contra o eu e reversão. Acrescentou, ainda, os mecanismos de identificação com o agressor e entrega altruísta, observando que também havia defesas contra os afetos e contra as percepções da realidade que produziam afetos dolorosos. Por último, descreveu as defesas de negação em fantasia, em palavras ou em atos.

Quanto mais o terapeuta for bem-sucedido em trazer as defesas à consciência, mais impotentes estas se tornam, e, assim, e, mais progride sua compreensão em relação ao id do paciente. Estudando situações

que instigam reações defensivas, considerou as defesas em termos dos três tipos de ansiedade, esboçados por Freud em *Inibições, sintomas e ansiedade*.<sup>7</sup> ansiedade objetiva, ansiedade pulsional e ansiedade do superego. Em termos de prognóstico, defesas que resultam da ansiedade do superego são propensas a ter um resultado favorável. Defesas contra a ansiedade objetiva também teriam boa probabilidade de sucesso. Os únicos estados que mais fracassam em responder à psicoterapia são as defesas contra as forças dos instintos.

Anna Freud apresentou também três novas ideias:

1. o psicoterapeuta pode observar, na superfície da consciência, os conflitos intrapsíquicos no instante em que o ego se opõe a eles e os reprime;
2. vinhetas clínicas exercem um grande efeito no aprimoramento do processo técnico do psicoterapeuta, pois este, de modo gradual, desbravará, por intermédio da transcrição do que fez e da leitura de casos, o reino misterioso dos elementos inconscientes;
3. a transferência como defesa: quando se analisam os conflitos, descobre-se que um impulso emergiu até a superfície e que o paciente regrediu, assumindo antigos meios de se defender.

Tais momentos concedem oportunidades para que se estude a transferência defensiva, que confronta o terapeuta com um desafio técnico maior, porque a forma em que emerge na consciência do paciente é egossintônica.

Mesmo que Anna Freud tenha parado de escrever sobre técnica, isso não a impediu de acreditar na existência de uma janela para o inconsciente. Tornou-se mais convicta e veemente em relação à presença dos conflitos na superfície da consciência,

enquanto, na Hampstead Clinic, discutia e revisitava o livro *O ego e os mecanismos de defesa*,<sup>9</sup> ao lado do colega Joseph Sandler.<sup>10,11</sup> Foi nas discussões com Sandler e colaboradores<sup>10</sup> que Anna Freud deixou claro o uso de conceitos topográficos para detectar os conflitos. Ela cresceu acompanhando o desenvolvimento da teoria topográfica e, aos poucos, passou a incorporar os paradigmas estruturais. Em suas palavras:

Eu pertenço definitivamente ao grupo dos que se sentem à vontade em ir e voltar aos aspectos topográficos quando as circunstâncias são convenientes... A propósito, esse meu péssimo hábito de viver entre os dois modelos de referência, o topográfico e o estrutural, é muito recomendado, pois clareia os pensamentos e, quando necessário, simplifica os relatos e as descrições clínicas.<sup>11</sup>

Na medida em que aprendeu a se sentir confortável com a teoria estrutural, passou a usar os dois aportes teóricos como ferramentas de trabalho:

Pensar o inconsciente, o pré-consciente e o consciente em termos de qualidades em vez de lugares ou áreas, não os relega ao segundo plano; pelo contrário, os fatores qualitativos parecem ser a única explicação real para a luta travada entre as partes da mente.<sup>12</sup>

O ego se importa apenas com os impulsos ameaçadores no momento em que se tornam conscientes, e o id e o ego não são apenas antípodas: ambos são dotados de linguagens peculiares, têm intenções distintas e agem por meios diferentes um do outro. Entretanto, é claro que, quando o acordo é cumprido e o conflito não é de todo evidente, o ego arranja um meio de garantir um destino seguro aos impulsos vindos do id:

O ego fornece um auxílio enorme aos instintos. Ao se manifestar no mundo externo, o ego pode guiar os instintos a terem uma gratificação adequada à demanda. O ego leva em consideração a realidade e não se governa a partir do princípio do prazer. No entanto, por insistir na realização do desejo de uma forma segura, conivente com a realidade e com o bom senso, tende a inibir, com os processos de pensamento, a gratificação total do instinto. Então, por um lado, o ego é, em algum grau, parceiro do id e, por outro, mostra-se como adversário.<sup>10</sup>

As primeiras sugestões de Anna Freud são a de reconhecer o derivado da pulsão e, logo, interpretar a resistência. A próxima tarefa é a de desfazer o que foi feito em relação à defesa, sendo imperativo reconstruir a sequência da manifestação do impulso de acordo com o contexto. Depois, investigar a resistência inerente ao impulso e identificar o elo entre o derivado do id e a defesa específica utilizada, complementando:

Nós preenchemos os hiatos presentes na memória instintual do paciente [...]. Enquanto interpretamos o primeiro e o mais comum tipo de transferência – a do id –, adquirimos informações que completam as lacunas referentes ao desenvolvimento do ego ou, colocado de outro jeito, temos um histórico das transformações sofridas pelos instintos.<sup>9</sup>

Anna Freud apontou que, quando os derivados da pulsão vêm à superfície, eles só o fazem porque há um observador de prontidão. Ela assiste de perto às reações expressas pelo ego, e suas técnicas priorizam o impulso e a defesa. Uma das suposições básicas é a de que o conflito só existe no ego e, por conseguinte, na consciência, embora surja do inconsciente. No id, sabe-se, os elementos contraditórios coexistem sem conflito entre si.<sup>13</sup>

Apesar de Sandler e colaboradores<sup>10</sup> insistirem na formação de compromisso, Anna Freud vê o ego como uma instância que, inicialmente, permite a expressão dos derivados da pulsão e, depois, tenta refrear qualquer manifestação pulsional. Centralizou todas as luzes no ego para, então, voltar-se para o id. Contestando Sandler e colaboradores,<sup>10</sup> diz:

[...] se você quiser, pode persistir na sustentação do modelo de conflito inconsciente e de formação de compromissos, mas, desse jeito, você não será capaz de ver o ego e o id como instâncias separadas.

As diferenças essenciais envolvidas entre uma abordagem que analisa as defesas *versus* a análise da formação de compromissos são, entre outras:

1. o uso de reconstruções breves *versus* a interpretação dos componentes da formação de compromisso;
2. a suposição de que a psicoterapia cura a partir do *insight versus* a crença fundamental na estimulação de novos meios de formação de compromissos, muitas vezes sem que o *insight* seja um dos fatores vigorantes.

As possibilidades heurísticas presentes em sua obra só se destacaram em 1973, quando Gray decidiu revisitar os conceitos de Anna Freud.

## CONTRIBUIÇÃO DE OTTO FENICHEL

É sabido que as formulações estruturais de Freud<sup>6,7</sup> ofereceram novas possibilidades de identificar e de representar a gama de conflitos mentais. Seu modelo estrutural favoreceu a compreensão dos conflitos dos pacien-

tes, e os teóricos reverdeceram as esperanças na evolução da técnica do atendimento clínico. A década de 1930 deflagrou a hegemonia do ego sobre o id e, em paralelo, a importância das defesas e dos traços de caráter na constelação neurótica. W. Reich<sup>14</sup> começou a mudança da análise de sintomas para a análise da personalidade; enfatizou que as operações defensivas se fixavam à personalidade, ou caráter, e que os traços de caráter deviam ser analisados junto com o conteúdo de associações, recordações, sentimentos e sonhos. Escreveu que os traços se tornavam tão fixos e rígidos que funcionavam como uma blindagem caracterológica, difícil de modificar ou analisar. Reich também indicou que os traços de caráter funcionavam como poderosas resistências à mudança e ao tratamento psicoterápico. R. Sterba<sup>15</sup> explicou a necessidade de uma “aliança do ego”, entre o ego auto-observador do paciente e o ego do analista. H. Nunberg<sup>16</sup> demonstrou como a “função sintética” do ego podia resolver conflitos interiores.

Fenichel<sup>17</sup> realizou uma reformulação geral da teoria clássica e da técnica, com a qual a psicologia do ego foi reintegrada à corrente principal da psicanálise. Sua abordagem sistemática foi construída a partir dos cânones clássicos da técnica e da tradicional análise das defesas, que vigoram até os dias de hoje, como se percebe nos escritos de Brenner. Preconizou que a abordagem clássica para analisar a defesa segue o modelo da superfície à profundidade,<sup>18</sup> visualizando a organização mental em camadas. Cada camada protegeria conteúdos aninhados em camadas mais profundas, e assim sucessivamente.

Fenichel empenhou-se em livrar o trabalho analítico da influência da sugestão, que enfraquecia o ego ao deixá-lo passivo e vulnerável a uma figura autoritária investida de poderes mágicos. O problema da sugestão tem inquietado os analistas

desde o início. Há os que afirmam ser esse elemento o que impede a psicanálise de ser científica. Em contrapartida, existem os que consideram difícil de imaginar a condução do tratamento sem a presença da sugestão. Na atualidade, reconhece-se que a sugestão não pode ser eliminada totalmente da situação clínica. Fenichel considera que a fala do paciente acaba por disfarçar ou encobrir os conflitos inconscientes, acrescentando que a psicanálise é a psicologia que desvela disfarces. O psicoterapeuta deduz o que o paciente quer exprimir e transmite o que lhe foi confiado por meio da interpretação. Para descobrir o que as palavras do paciente significam, é importante que se instaure uma intensa empatia para com ele, e, para tanto, o psicoterapeuta se vale de sua principal ferramenta, o próprio inconsciente.

Fenichel deu ênfase ao interesse do psicoterapeuta pelas formas em que o inconsciente influencia e se traduz nas atitudes defensivas do ego. Supôs que o terapeuta deveria surpreender a pulsão e desmascarar o disfarce em conluio com o ego defensivo, pois o inconsciente seria sua única ferramenta de trabalho.

## **CONTRIBUIÇÃO DE PAUL GRAY**

Em 1973, Gray retomou algumas das premissas de Anna Freud com o que chamou de processo de análise das defesas vistas de perto. Gray<sup>19</sup> detalha as tendências em voga entre os analistas, para explicar o porquê de o modelo estrutural de Freud e da segunda teoria da angústia não terem sido operacionalizados na prática clínica. Alude à fascinação que o id atrai e delata a preferência dos terapeutas na compreensão dos instintos e de seus derivados, e não na procura dos mecanismos defensivos que inibem sua expressão. Os psicólogos do ego falavam que a análise das defesas era a es-

sência do tratamento, mas não haviam desenvolvido nenhum método para efetua-la.

O que Gray demonstrou foi que, em vez de analisar sistematicamente as defesas, se preferiu confiar na transferência baseada na autoridade do analista, que influenciava o acesso ao material inconsciente do id. A despeito de ter aderido à teoria estrutural, a técnica psicoterápica psicanalítica continuava atada ao modelo topográfico, cujo objetivo é o de contornar as defesas do paciente para tornar consciente o inconsciente. Gray<sup>20</sup> acreditava que a sugestão não pode ser evitada. No entanto, apostava em sua minimização e no fato de que os resultados poderiam ser alcançados de forma efetiva a partir da análise das defesas.

Defende que muitas das técnicas interpretativas, consideradas infalíveis, não conseguiram acompanhar os avanços da teoria estrutural de Freud e nem as contribuições sobre os mecanismos de defesa feitos por Anna Freud. Tudo o que se manifesta durante a consulta diz respeito ao funcionamento da mente do paciente, ou seja, tudo o que acontece em ato alude à qualidade do vínculo e dos objetos que povoam o mundo interno do paciente. O principal objetivo da abordagem clínica de Gray é ampliar a capacidade de auto-observação do paciente, em especial quando se trata da eclosão das defesas ante os conflitos intrapsíquicos.<sup>21</sup> Explora o papel da realidade externa usada como um meio defensivo, propondo que se enfoquem o discurso e as atividades mentais emergentes do paciente. É importante ressaltar que o objetivo de Gray é o de focar a emergência, *in loco*, do processo defensivo no paciente, sendo necessário ficar atento ao que se produz e ao que é omitido no diálogo do aqui-e-agora da psicoterapia.

Ao examinar o superego, Gray utiliza o método e a perspectiva que Anna Freud usou para lidar com a transferência de defesa. A análise do superego se tornou proeminente no pensamento de Gray, porque aí descortinou o significado da influência do superego sobre a origem das defesas que o ego usa contra as pulsões agressivas. Em seus escritos, chamou a atenção para aspectos fundamentais da técnica que aliviavam ou reforçavam as defesas contra a agressão; defesas que, ao serem trabalhadas, permitiam ao paciente apoderar-se plenamente de seus impulsos agressivos para usá-los de forma salutar e produtiva.

Segundo Gray,<sup>22</sup> os psicoterapeutas tinham a propensão de reduzir a intensidade do impulso agressivo com interpretações precoces, de teor genético, e, assim, desarmavam e desviavam de si toda a carga sádico-destrutiva da agressão. Era como se os psicoterapeutas se esquivassem dos próprios impulsos agressivos ou não quisessem se sujeitar à transferência negativa, que poderia ou não contrastar com o potencial destrutivo que cada um carrega dentro de si. A ênfase de Gray<sup>22</sup> na análise do superego concentra-se nas atividades do superego que inibem os derivados da agressão.

A começar por Freud, a metodologia empregada pela maioria dos analistas consistia no uso da força autoritária, derivada das transferências do superego, para sobrepujar, em vez de analisar, as resistências que barravam o acesso aos conteúdos reprimidos do id. Gray compreendeu que a transferência derivada da autoridade poderia despistar as defesas e trazer à consciência o conteúdo reprimido e que, para muitos pacientes, isso representava a ação terapêutica no tratamento. Todavia, sentiu que, para outros, os que conseguiam ter uma participação plena no processo psicoterápico analítico, essa modalidade de tratamento deixava a desejar.

Com tais pacientes, era preferível apostar no *insight*, pois demonstravam uma maturidade do ego que favorecia o gerenciamento da vida instintiva e, logo, não se beneficiariam com a incorporação da autoridade vinda do terapeuta, a qual incrementaria ainda mais o poder do superego, limitando a possibilidade de o paciente se sentir mais autônomo. Assim, recomendou que os terapeutas não explorassem as transferências do superego, por mais tentadoras que fossem, pois investigá-las seria um meio, por si só, de acioná-las no paciente. Para tanto, o analista deveria assumir uma postura o mais neutra possível, a fim de evitar ser alvo das projeções das transferências do superego.

Gray vê a confirmação dos materiais genéticos como secundária e encoraja o processo de auto-observação para que a necessidade de erigir defesas diminua no decurso do tratamento.<sup>23</sup> A persistência na interpretação das defesas e na investigação dos elementos sugestivos está entre as principais contribuições de Gray. É por esse motivo que suas ideias embasam a prática de muitos analistas e de psicoterapeutas de orientação psicanalítica.

Em relação ao ponto mais geral na teoria da técnica, que é o de se dirigir à função observadora do ego, Gray enfatiza ser necessário encontrar vias plausíveis de comprometer o ego com o tratamento. A crença de que o paciente tem maturidade e algum grau de autonomia em uma das partes do ego é a pedra basilar de todos os seus postulados teóricos e técnicos. A partir desse pressuposto, Gray desenvolveu uma metodologia que ajuda o paciente a exer-

cionar suas funções autônomas do ego, com o objetivo de aprender e observar a regressão e as mudanças psíquicas em resposta a sentimentos irracionais de perigo, oriundos da infância. É por isso que o cabedal de técnicas de Gray é considerado, por ele mesmo, inapropriado ou ineficaz para certos pacientes mais limitados. Acredita que esses procedimentos têm um lugar importante no campo de conhecimento da psicoterapia e que podem, dependendo da necessidade, passar por ajustes ou alterações em vista de prover benefícios terapêuticos aos pacientes.

São pontos centrais das hipóteses de Gray:

1. a análise da defesa é a melhor forma de se chegar ao núcleo do conflito que está em jogo;
2. ajudar os pacientes a expandir a consciência em relação aos conteúdos inconscientes proporciona que seu modo de viver seja menos neurótico;
3. é necessário analisar qualquer espécie de modificação feita pelo paciente em se tratando do processo terapêutico.

O esforço empreendido por Gray foi o de reformular a técnica analítica e convertê-la em um método eficaz para a investigação das defesas e de suas respectivas manifestações.

Conforme Gray, citado por Levy<sup>23</sup> para perscrutar o inconsciente, o terapeuta deve aprimorar a escuta, como se fosse dotado de um terceiro ouvido, capaz de apreender os derivados do id e buscar fontes de conhecimento que tenham ressonância com o conflito. Em vez de comparar a escuta à arte e elevá-la à categoria da intuição e da criatividade, Gray preferiu pensar o ofício do terapeuta como algo mais artesanal, uma inclinação para ouvir

de perto e com redobrada atenção às ondas do conflito e da defesa. No instante em que os derivados da pulsão vêm à tona, o perigo, caudatário do conflito, instala-se no ego e tende a acionar medidas defensivas automáticas para remover da superfície da consciência o que se deflagrou.

*Em A narrativa de um sonho e a memória como resistência,<sup>24</sup> Gray subverteu as noções mais apreciadas sobre o papel da memória e dos sonhos no tratamento. Por exemplo, o ato de recuperar as memórias e de contar os sonhos seria uma espécie de desvio espaço-temporal e tangenciaria as metas do tratamento. Quando o paciente relata um sonho na sessão, ele eclipsa a realidade e se transporta para outras temporalidades. Conforme o autor, o foco nas memórias e nas associações poderia se caracterizar como um deslocamento defensivo, pois levaria o paciente para fora do espaço e do tempo da sessão.*

A restituição das memórias, fora de uma estratégia defensiva, demonstra o progresso da psicoterapia, pois alude à aquisição da capacidade de reviver, de modo consciente e em outro papel, os derivados da pulsão e a conquista de maior tolerância aos impulsos agressivos. Na visão de Gray, o conteúdo genético é relevante para a ação terapêutica porque apresenta o histórico das medidas defensivas que o paciente usou para lidar com certos derivados da pulsão. O psicoterapeuta deve ter em mente o que transmitir ao paciente, sem enfatizar o que sente durante a intervenção. A contratransferência pode ser uma espécie de contrarresistência. Na verdade, Gray atribuiu grande parte do atraso na técnica psicoterápica psicanalítica à contrarresistência.

A concepção de Gray sobre a análise do conflito intrapsíquico deixa o ego em um plano privilegiado. A problemática principal não culmina nas pulsões, mas na parte irracional do ego, o qual, ao não avaliar bem a noção de perigo e as ameaças vindas das pulsões, possibilita o surgimento de defesas inconscientes ultrapassadas e desnecessárias – caso a parte madura do ego não consiga administrar conscientemente as pulsões. Estas têm uma tendência natural de vir à superfície da consciência, à medida que os mecanismos inibitórios do ego são analisados de forma progressiva.

O terapeuta não necessita fazer interpretações do conteúdo inconsciente; em vez disso, pode trabalhar nas fronteiras da superfície, confiante de que, com a análise das defesas, as pulsões encontrariam menos obstáculos para adentrarem nos umbrais da consciência. Quando as pulsões migram para a consciência, o paciente tem a chance de pôr à prova suas capacidades de ego para assimilar, de forma cognitiva e experimental, as pulsões.

## CONTRIBUIÇÃO DE CHARLES BRENNER

Em oposição a Anna Freud e ao interesse pelo conflito em seu estado nascente, descrito por Gray, Brenner<sup>25</sup> enfatizou o conflito inconsciente infantil. Diz-nos que o terapeuta interpreta as forças do inconsciente e realiza inferências sobre as tendências do id, do ego e do superego. A tarefa envolve uma dissecação interpretativa das possíveis formações de compromisso. Brenner realiza uma abordagem funcional das defesas, tomando-as como posturas mentais que barram e ameaçam

o acesso do material inconsciente à consciência, podendo ser entendida como uma extensão das ideias de Hartmann e Kris, enquanto Anna Freud observa o processo de instauração do conflito manifesto na superfície.

A teoria dos mecanismos de defesa de Brenner enfatiza mais as funções do que as motivações ou os conteúdos abordados nos estudos sobre as defesas. Brenner<sup>26</sup> argumenta que a defesa é um aspecto do funcionamento mental definido apenas por suas consequências: a redução da ansiedade e/ou dos afetos depressivos associados aos derivados da pulsão ou às funções do superego. Sem essa visão, não há nada de especial nos mecanismos de defesa.

Considera, ainda, que as defesas são as responsáveis pela diminuição ou pelo desaparecimento da ansiedade e dos afetos depressivos na vida mental e supõe que as funções do ego são o eixo principal de tudo. Elas servem para reforçar as proibições do superego, assim como para mediar, prevenir ou, até mesmo, opor-se às gratificações. A despeito disso, Brenner percebe que nenhum aspecto do funcionamento do ego é exclusivamente voltado aos propósitos da defesa.

Em concordância com Fenichel, assume que qualquer defesa pode, ao mesmo tempo, facilitar gratificações vindas dos derivados da pulsão. Os esforços do indivíduo de, a um só tempo, evitar o desprazer ou reduzir o efeito das ameaças culminam no prazer. Sua principal postulação é o fato de que a defesa nunca se torna uma função especializada ou exclusiva do ego. De modo concomitante, as mesmas funções do ego podem servir aos derivados da pul-

são, às defesas, às demandas do superego e às exigências de adaptação. Assinala ser um erro definir ou identificar a defesa pelo modo como se defende, pois cada função do ego tem múltiplas maneiras de atender aos variados propósitos em questão. Ressalta que, ao definir a defesa estritamente pela função exercida na economia psíquica como um componente de conflito, é possível dispensar a consequente ambiguidade que acompanha as definições de defesa, as quais incluem as formações de compromisso, as fantasias e os sintomas.

Apesar da parcimônia teórica aventada por Brenner,<sup>26</sup> sua análise do que o ego dispõe como defesa é bastante ampla – tão ampla que pode até mesmo superar o que os estudiosos das relações de objeto consideram como fenômenos defensivos. Por exemplo, segundo ele, as defesas podem ser vistas como atitudes do ego que repercutem nas percepções, na produção de fantasias e nas identificações. O ego converte as identificações e as fantasias em maneiras de se defender. O objetivo de Brenner é enfatizar a plasticidade do ego em se tratando do uso das defesas. Em meio a isso, traça quais as funções específicas constituem as defesas, as chamadas funções psíquicas de oposição ou de estancamento dos impulsos, que tendem a acionar a ansiedade ou os afetos depressivos.

Ante o paciente, o terapeuta é capaz de investigar a mente, assim como de identificar e explicar as formações de compromisso: elementos instintivos, influências do superego, recrutamento das defesas, considerações da realidade e de como é percebida.

A defesa é um aspecto do funcionamento mental que se define apenas por suas consequências: a redução da ansiedade e/ou do componente depressivo que se associa à dinâmi-

ca do superego ou aos instintos derivados da pulsão.<sup>26</sup>

Não há funções específicas do ego responsáveis pelas defesas por si só e não existe nenhum mecanismo perito na habilidade de implantar ou de promover defesas.<sup>26</sup>

A atenção, a percepção, o pensamento, a memória, o afeto e as demais funções são, pura e simplesmente, arsenais defensivos próprios das funções do ego. Para Brenner, o ego tem a aptidão de evocar qualquer conteúdo situado na mente. Todas as defesas apresentam em comum o fato de se oporem aos impulsos. A defesa é um elemento pertencente à esfera da negação ou da contradição. Toda defesa voltada contra os impulsos e seus respectivos derivados gera ansiedade e/ou depressão e impõe uma proibição aos aspectos do id.<sup>26</sup>

Quando há o deslocamento do presente para o passado, ou vice-versa, o paciente tende a restituir o equilíbrio. Mudanças nos objetivos ou nos focos que imantam a atenção indicam perigo. Modulações sutis do tom de voz, ênfases impressas em determinados assuntos e atribuições dadas a eles, entre outros fenômenos, são dignos de atenção e demonstram o tipo de sensações desconfortáveis desencadeadas na consciência e que, de algum modo, ajudam a resgatar o senso de segurança no processo psicoterápico psicanalítico. As simples variações no discurso do paciente, ocorridas de momento a momento, quando percebidas pelo terapeuta, podem ser utilizadas para reduzir a ansiedade gerada pelo conflito. São esses os alvos do trabalho psicoterápico psicanalítico no entender de Brenner. Em um caso clínico, mostra que, para se defender da raiva provocada por uma pessoa que o ofendeu, o paciente acabava

por se culpar, para evitar a consciência do episódio que o frustrou. Enquanto a ênfase das interpretações se centrava no fato de que o paciente estava se culpando e criticando a si mesmo, o foco de atenção se dividia, visto que a indignação e a raiva eram destinadas a outra pessoa. O fato é que cada interpretação continha referências aos propósitos da defesa e aos derivados da pulsão.

Brenner entende a defesa como um processo que regula a economia psíquica e que as defesas são acionadas para atenuar ou reduzir a ansiedade ou afetos depressivos resultantes da excitação pulsional. Ele caracteriza a função das defesas como eventos exclusivamente intrapsíquicos, identificados por suas funções, e não por suas motivações. Na verdade, argumenta que não há mecanismos de defesa particulares, apenas funções do ego que podem ou não ter finalidades defensivas.

Em resumo, descreve as intervenções que nomeiam os componentes da formação de compromisso e que são responsáveis por pensamentos, planos, atitudes, fantasias e emoções. Coleta minuciosamente as atitudes que vê diante de si. Os elementos que nomeia ao paciente não pertenciam à consciência, e, de certa forma, essa ideia conserva afinidade com as reconstruções e com alguns dos preceitos de Anna Freud. Porém, nomear conteúdos que estão alojados nas profundezas do inconsciente é o que Brenner enxerga por detrás da defesa presente nos compromissos, e isso se opõe à técnica de Anna Freud, que visa a flagrar a defesa no ato. As duas técnicas têm objetivos distintos. As intervenções de Brenner têm como alvo desestabilizar o equilíbrio das forças em conflito na mente

do paciente. Seu propósito é o de provocar uma reestabilização mais saudável.<sup>25</sup> Um resultado desejável nesse processo incluiria o registro de novas possibilidades de resolução dos conflitos evidenciados nas formações de compromisso.

## **OUTRAS CONTRIBUIÇÕES IMPORTANTES**

Melanie Klein pensava diferente de Anna Freud, supondo que as defesas não se configuravam como entidades distintas e separadas, mas como partes integrantes da constelação psíquica. Logo, as ansiedades e as defesas teriam de ser interpretadas em conjunto. Descreveu defesas “primitivas” como clivagem do objeto, clivagem do ego, idealização, negação da realidade interna e externa, projeção, introjeção, onipotência e identificação projetiva.

Também destacou que algumas dessas defesas, tais como a projeção e a identificação, eram, ao mesmo tempo, processos mentais fundantes, mediante os quais a estrutura do ego se desenvolvia. Os seguidores de Klein consideram as defesas não tanto como processos psicológicos transitórios, acionados quando necessários, mas como configurações psicológicas que se condensam para formar um sistema rígido e inflexível, descritos como organizações narcisistas por Hebert Rosenfeld ou organizações patológicas por John Steiner. Essa noção de sistemas de defesa da personalidade, associados a poderosos controles dos objetos internos, foi igualmente aplicada à dinâmica de grupos e sistemas sociais por Elliot Jacques, Wilfred Bion, Robert Hinshelwood e outros.

Klein pontuava a transferência como o principal agente das mudanças terapêuticas. A transferência, seja negativa, seja hostil, condensa as defesas e as ansiedades e deve ser interpretada no início do tratamento. Isso, por si só, aliviaria o paciente e favoreceria o trabalho psicoterápico. Segundo ela, o psicoterapeuta tinha o compromisso de mostrar ao paciente que havia entendido suas angústias recônditas e suas defesas e que não o abandonaria nessa jornada em direção ao que o amedrontava. Os críticos de Klein argumentam que havia algo de hostil no ato de interpretar defesas no início do tratamento. Para eles, as intervenções assumiriam conotações perturbadoras ou até mesmo traumáticas, no momento em que desmantelariam, de forma abrupta, o equilíbrio das estruturas defensivas, responsáveis pela manutenção psíquica do paciente. Dito de um modo menos dramático, interpretações feitas no início da psicoterapia poderiam causar um fortalecimento das estruturas defensivas, em vez de miná-las aos poucos, visto que o paciente as encararia como ataques ou as registraria como algo fora de seu alcance mental. Entretanto, Klein considerava uma inaptidão não interpretar as ansiedades profundas e as defesas contra elas logo de início. Na visão da autora, não se deve comprometer o potencial da psicoterapia com o prolongamento desnecessário do sofrimento apresentado pelo paciente.

Desde os debates e as confrontações aqui citados, muitas formulações em relação às defesas ganharam forma. Winnicott<sup>27</sup> colheu dessas divergências a matéria para fomentar sua abordagem. Ele se valeu de aspectos teóricos e técnicos tanto de Anna Freud quanto de Melanie Klein.

Criticou algumas posturas e adotou outras.

Em seu construto sobre o falso *self*, Winnicott argumentou a respeito da necessidade de se trabalhar, nem que seja por um tempo, com as estruturas defensivas, pois foi o próprio falso *self* que levou o paciente ao tratamento. Contudo, alertou que essa prática não deve se estender e que ela só existe para que a aliança com o verdadeiro *self* se processe depois. Uma das críticas de Winnicott a Anna Freud é a seguinte: se o analista se concentrar muito nos elementos presos às superfícies do ego, talvez negligencie as camadas mais profundas do *self*. Ademais, o excesso de intervenções “suaves” tende a incrementar um conluio do analista para com o falso *self* do paciente. A terapia poderá se tornar interminável, porque o verdadeiro *self* estará sempre à margem dela.

A pluralidade das visões e das opiniões sobre a análise das defesas tem como emblema os psicanalistas norte-americanos. Primeiramente, influenciados pelos estudos de Anna Freud e Otto Fenichel sobre o ego e as defesas, realizaram abundantes publicações em torno das defesas no contexto da psicologia do ego. Insistia-se que a análise da defesa fosse conduzida de acordo com os moldes paradigmáticos indicados por Anna Freud. Porém, contribuições subsequentes influenciaram os pensamentos dos psicanalistas norte-americanos em relação à análise das defesas. O que ilustra essa mudança de rumo é a visão contrastante entre Heinz Kohut<sup>28</sup> e Otto Kernberg.<sup>29</sup> Na psicologia do *self* de Kohut, é dada importância à análise das defesas narcisistas; o progresso do paciente dependerá, entre outros fatores, da tolerância e

do bom convívio do terapeuta com tais traços de caráter e com as defesas, e aí residem inúmeras controvérsias sobre a idealização do psicoterapeuta. Para Kohut, as defesas narcisistas não se configuram como resistências e, por conseguinte, não precisam ser interpretadas. Elas vão se dissolver sozinhas, sem interpretações. Em contrapartida, Kernberg, inspirado em Klein, entende a posição de Kohut como uma receita para o fracasso, insistindo que, para pacientes *borderline* e narcisistas, seja essencial um confronto interpretativo direto das defesas em jogo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Freud tinha uma compreensão pluralista da técnica e aplicava um espectro amplo de meios terapêuticos. Foi o primeiro a modificar sua técnica de acordo com o tipo de paciente e de patologia. O Freud dos escritos técnicos não é o mesmo de sua própria prática, nem os terapeutas deixam de fazer intervenções diferentes das que oficialmente admitem. Existe uma dissociação entre a prática idealizada e a prática real, que deve ser considerada a sério pela influência que pode ter sobre a teoria e a teoria da técnica. É preciso ter ciência da variedade e da multiplicidade das formas defensivas e das formas indiretas que o paciente usa para disfarçá-las, respeitando as defesas que estruturam e sustentam as referências dos pacientes. Não se pode assegurar que tipo de intervenção o paciente aceitaria melhor. Em determinado caso, é mais produtivo ir da superfície à profundidade, noutra seria mais efetivo uma intervenção direta no conflito.

Ataques frontais às defesas podem deixar os pacientes com duas opções:

1. a abdicação das defesas, sem que tenham sido desenvolvidos mecanismos vicários para preencher os hiatos e gerar uma sobrecarga de ansiedade e culpa, ou
2. o impulso de deixar um tratamento que ameaça seu estabelecido método de levar a vida

A técnica psicoterápica psicanalítica não pode ignorar a intuição, nem descartar o manancial de sentimentos irracionais que promovem a empatia para com os pacientes: a realidade psíquica não pode ser substituída por uma imagem conceitual. Adotar uma única teoria da técnica não implica nenhuma garantia de acertos.

O conceito de ego oferece estratégias para distinguir as defesas bem adaptadas e as sublimações dos colapsos e suas implicações. Dispor de um conceito de ego orienta a intervenção e fornece múltiplas formas de reconhecer quando o paciente está preparado para receber a interpretação. Seu papel principal e mais conhecido é o de criar, no processo analítico, um esquema de entendimento das defesas intrapsíquicas e das resistências. A multiplicidade de situações, inerentes ao processo psicoterápico, não permite que se formulem regras ou diretrizes capazes de serem aplicadas em todos os contextos.

O que está em questão não é a interpretação da defesa antes do impulso e nem os meios criativos de lidar com as falhas do ego.<sup>30</sup> Não é a interpretação da transferência. Não é a reconstrução. Não são as reações da contratransferência, nem mesmo as interpretações dos *enactments* presentes na transferência e na contratransferência. O foco não está no vínculo do

aqui-e-agora de duas pessoas em interação. Também não é a atual realidade psíquica ou subjetiva do paciente que está em xeque. Na verdade, é tudo isso, dependendo do paciente e de suas particularidades. A “interpretação da defesa” é fundamental para o trabalho analítico, mas, vale lembrar, que nada mais é do que uma parte do todo.

O conceito de defesa foi designado inicialmente como recurso para evitar a manifestação dos derivados das pulsões (tais como as fantasias e os desejos). Depois, foi modificado por Anna Freud,<sup>9</sup> ampliando as perspectivas quando somou à definição já existente a hipótese de que a defesa se opunha aos afetos. Mais tarde, Arnold Modell<sup>31</sup> remodelou as dimensões das ideias anteriores e incluiu o aspecto de que as defesas se voltam para as relações de objeto.

Talvez a contribuição mais forte e unificadora entre as formulações tenha sido plasmada por Jacob Jacobson,<sup>32</sup> que sugeriu que os afetos dolorosos fazem todas as teorias psicanalíticas convergirem. Diante dessa perspectiva, a psicanálise se sustenta a partir da fundamentação de que a mente está sujeita a afetos dolorosos, que devem ser combatidos pelas defesas. As teorias psicanalíticas se diferenciam pela compreensão da natureza e da fonte de origem do sofrimento psíquico, assim como pela maneira segundo a qual o indivíduo lida com afetos dolorosos, mas, no fim, o trabalho é essencialmente o mesmo em todos os modelos psicanalíticos: a defesa contra os afetos.

Não se veem mais as defesas como simples sinais de resistência que se inter põem à realidade. A defesa é vista agora como reflexo das relações dinâmicas com o mundo interno; seu grau de significân-

cia é equivalente ao de outros elementos da vida mental e deve ser analisada com rigor e seriedade. Os conceitos de resistência e de defesa seguem em paralelo ao desenvolvimento da teoria da técnica. No início, eram vistos como obstáculos de se chegar ao cerne das fantasias e dos desejos inconscientes emanados das pulsões sexuais. Hoje, com a maioria das psicoterapias enfocando o caráter, a defesa e sua manifestação em modos de resistência são os fatores que levam o paciente a lançar um olhar panorâmico a todas as funções e dimensões que compõem sua existência, tanto conquistas quanto fracassos. No entanto, há sempre mais de uma maneira de entender o que se oculta no conteúdo associativo do paciente. A interpretação à luz da defesa e o manejo dos afetos desagradáveis são modos de levar o tratamento adiante, mas ainda assim são apenas uma parte do processo.

Vale a pena lembrar Melanie Klein citada por Spillius:<sup>33</sup>

A partir do que disse agora, espero que fique claro que não quero afirmar que o processo terapêutico seja levado a cabo só por meio de interpretações, nem que o terapeuta deva interpretar todo o tempo. Primeiro, deve dar ao paciente a oportunidade suficiente de expressar seus pensamentos e sentimentos, ao mesmo tempo em que coleta o material que irá interpretar. Em condições normais, não deve interromper o paciente, mas deixá-lo ir adiante durante certo tempo [...].

Muitos psicoterapeutas continuam a seguir as orientações técnicas da escola que elegeram. Entretanto, as diferenciações entre os referenciais teóricos e técnicos já não são tão tumultuadas quanto antes. Cada escola conquistou sua identidade, ou seja, desenvolveu métodos específicos para tra-

tar os pacientes, e isso só se concretizou pelas críticas existentes, tal foi seu modo de aprimoramento. Todos esses aspectos provocaram grande impacto na análise das defesas.

Hoje, os psicoterapeutas estão menos inclinados a aderir a uma abordagem clínica tradicional ou ortodoxa. Há uma tendência à flexibilidade e à integração das diferenças. Os terapeutas estão mais abertos a viver a atmosfera singular criada pelas vicissitudes da transferência e da contratransferência. Sentem-se mais autorizados a experimentar novas situações. Não existem privilégios de uma só escola ou de um único pensador: todos acabam se unindo em prol do bem-estar do paciente. Nenhum paciente é igual a outro. Qualquer psicoterapeuta responsável e apto a escutar as flutuações psíquicas compreenderá que é preciso contemplar as particularidades de seus pacientes.

As distinções entre as correntes psicoterápicas não desapareceram, mas a impressão é a de que se encontram mais flexíveis e versáteis, pois a psicanálise está mais generosa e aberta às novidades. No fim, há mais recompensas e ganhos para os psicoterapeutas e para seus pacientes do que em outros tempos. É preciso ter o cuidado de não fazer do trabalho psicoterápico uma “linha de montagem”. O excesso de teoria pode levar os pensadores a se perderem em especulações infrutíferas. Nem o paciente, nem o terapeuta podem ser escravos da teoria, mas a teoria deve estar a serviço de ambos. Entender o modo como a pessoa se defende do sofrimento é fundamental para decifrar a conflitiva íntima dos pacientes que nos chegam, não importando a teoria. Aprender como transmitir tal compreensão, sem que as defesas se recrudescam ou distorçam a realidade, é essencial à arte da psicoterapia.

### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. A noção de ego e de defesa está presente desde os primeiros trabalhos de Freud, evoluindo ao longo de sua obra.
2. Anna Freud aprofundou o conceito de defesa, enfatizando a importância de que o paciente ficasse consciente das defesas utilizadas e da história destas.
3. Fenichel preconizou que a abordagem clássica para analisar a defesa seguia o modelo da superfície à profundidade.
4. Paul Gray formulou que a análise da defesa é a forma mais adequada de se chegar ao núcleo do conflito e que ajudar os pacientes a expandir a consciência em relação aos conteúdos inconscientes proporciona um modo de viver menos neurótico.
5. Brenner propôs analisar os conteúdos inconscientes que subjazem às defesas presentes nas formações de compromissos; suas intervenções têm como alvo desestabilizar o equilíbrio das forças em conflito na mente do paciente e provocar uma reestabilização mais saudável.
6. É fundamental entender como a pessoa se defende do sofrimento para decifrar a conflitiva íntima dos pacientes, não importando a teoria.
7. Aprender como transmitir tal compreensão, sem que as defesas se recrudescam e distorçam a realidade, é essencial à arte da psicoterapia.
8. O conceito de defesa vem sendo alterado, revisado e refinado à medida que a experiência clínica tem moldado a compreensão psicanalítica das complexidades do desenvolvimento psicológico e do conflito psíquico.
9. As aplicações clínicas da compreensão do ego e dos mecanismos de defesa sobrepujam os desacordos teóricos, pois o que mais importa é o efeito que eles têm no encontro entre terapeuta e paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Freud S. As neuropsicoses de defesa. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 3. p. 41-61.
2. Hartmann H. El desarrollo del concepto del yo en la obra de Freud. In: Ensayos sobre la psicología del yo. México: Fondo de Cultura Económica; 1969. cap. 14.
3. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. 2. ed. Santos: Martins Fontes; 1970.
4. Gill MM, Rapaport D. Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica. México: Pax-México; 1962.
5. Freud S. Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 3.
6. Freud S. O ego e o id. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 17. p. 13-80.
7. Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 20. p. 95-201.
8. Blum HP. Defense and resistance: historical perspectives and current concepts. New York: International Universities; c1985.
9. Freud A. O ego e os mecanismos de defesa. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Popular; 1968.
10. Sandler J, Kennedy H, Tyson RL. The technique of child psychoanalysis: discussions with Anna Freud. London: Hogarth; 1980.
11. Sandler J, Freud A. The analysis of defense: the ego and mechanisms of defense revisited. New York: International Universities; c1985.

12. Young-Bruehl E. Anna Freud, uma biografia. Rio de Janeiro: Imago; 1992.
13. Murray J. Anna Freud: a beacon at the centre of psychoanalysis. In: Ekins R, Freeman R, editors. Centres and peripheries of psychoanalysis. London: Karnac; 1994.
14. Reich W. Análise del caráter. In: Fliess R. Escritos psicoanalíticos fundamentales. Buenos Aires: Paidós; 1981. p. 106-23.
15. Sterba R. The fate of the ego in analytic therapy. *Int J Psychoanal.* 1934;15:117-26.
16. Nunberg H. The synthetic function of the ego. *Int J Psychoanal.* 1931;12:123-40.
17. Fenichel O. The study of defense mechanisms and its importance for psycho-analytic technique. In: Fenichel H, Rapaport D. The collected papers of Otto Fenichel. New York: W.W. Norton; 1954. p. 183-97.
18. Fenichel O. Problems of psychoanalytic technique. Albany: Psychoanalytic quarterly; 1969.
19. Gray P. Psychoanalytic technique and the ego's capacity for viewing intrapsychic conflict. *J Am Psychoanal Assoc.* 1973;21:474-94.
20. Gray P. The ego and analysis of defense. Northvale: J. Aronson; c1994.
21. Levenson LN. Paul Gray's innovations in psychoanalytic technique. *Psychoanal Q.* 2007;76(1):257-73.
22. Gray P. On the technique of analysis of the superego--an introduction. *Psychoanal Q.* 1987;56(1):130-54.
23. Levy S. Book review: the ego and analysis of defense. By Paul Gray. Northvale, NJ: Janson Aronson. 1994. pp. 254 +xxvi. *Int J Psychoanal.* 1995;76:646-8.
24. Gray P. Memory as resistance, and the telling of a dream. *J Am Psychoanal Assoc.* 1992;40(2):307-26.
25. Brenner C. Psychoanalytic technique and psychic conflict. New York: International Universities; c1976.
26. Brenner C. The mind in conflict. New York: International Universities; c1982.
27. Winnicott DW. El processo de maduración el el niño: (estudios para una teoría del desarrollo emocional). Barcelona: Laia; 1975.
28. Kohut H. The analysis of the self; a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. New York: International Universities; [1971].
29. Kernberg OF. Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Barcelona: Paidós; 1975.
30. Pine F. Diversity and direction in psychoanalytic technique. New Haven: Yale University; c1998.
31. Modell A. Psychoanalysis in a new context. New York: International Universities; 1984.
32. Jacobson JG. Signal affects and our psychoanalytic confusion of tongues. *J Am Psychoanal Assoc.* 1994;42(1):15-42.
33. Spillius EB. Uma visão da evolução clínica kleiniana: da antropologia à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 2007.

## LEITURAS SUGERIDAS

- Gray P. "Developmental lag" in the evolution of technique for psychoanalysis of neurotic conflict. *J Am Psychoanal Assoc.* 1982;30(3):621-55.
- Hartman H. The genetic approach in psychoanalysis. *Psychoanal Study Child.* 1945;1:11-30.
- Rangell L. Defense and resistance in psychoanalysis and life. *J Am Psychoanal Assoc.* 1983;31(Suppl):147-74.
- Rapaport D. The scientific methodology of psychoanalysis. In: Merton MG, editor. Collected papers of David Rapaport. New York: Basic Books; c1967.
- Reik T, Ochs E. *Ecouter avec le troisième oreille: l'expérience intérieure d'un psychanalyste.* Paris: C. Tchou pour la Bibliothèque des introuvables; 2004.

Como funciona a psicoterapia de orientação analítica? Por meio de quais mecanismos atua sobre o paciente? Onde, no psiquismo do paciente, seus efeitos se fazem presentes? Estas e muitas outras questões a respeito da ação terapêutica da psicoterapia de orientação analítica são levantadas com frequência quando se estuda o tema e têm importância fundamental para a compreensão do que fazemos com nossos pacientes, do alcance dessa tarefa e de suas limitações. Como a teoria da técnica em psicoterapia de orientação psicanalítica (assim como seu corpo teórico) parte dos conceitos psicanalíticos, as teorias sobre sua ação terapêutica terão que partir das ideias sobre os mecanismos de ação da psicanálise, antes de se deter em suas especificidades, e é essa linha que procuraremos traçar neste capítulo.

Assim como outros temas, este é controverso, e a maneira como a ação terapêutica vai ser pensada depende do modelo de funcionamento da mente utilizado, das noções sobre mudança psíquica e dos objetivos da psicoterapia. Neste capítulo, a linha teórica enfatizada corresponde aos principais referenciais que caracterizam a psicoterapia de orientação psicanalítica em nosso meio, que segue o eixo Freud-Klein-Bion.

## UM BREVE HISTÓRICO

Em seu trabalho *Uma breve descrição da psicanálise*, Freud<sup>1</sup> faz uma espécie de revisão das ideias sobre a ação da psicanálise até aquele momento. Refere que, no início, a psicanálise pretendia apenas entender alguma coisa da natureza das doenças nervosas, procurando superar a impotência que caracterizava seu tratamento. Os médicos não sabiam o que fazer com o fator psíquico e o deixavam aos filósofos, aos místicos e aos charlatões. A partir do hipnotismo, verificou-se que notáveis mudanças somáticas podiam ocorrer por influências mentais, colocadas em ação pelo próprio hipnotizador, abrindo espaço para a maior percepção da existência de processos inconscientes sujeitos à experimentação.

O próximo passo viria com Breuer, em 1881, ao perceber como os sintomas surgiam no lugar de alguma ação não efetuada e da qual não havia memória. Por meio da hipnose, era possível recuperar essa memória com intensa liberação de afetos, levando ao desaparecimento do sintoma. Dessa maneira, um só e mesmo procedimento servia ao propósito de investigar o mal e livrar-se dele, e esse método recebeu o nome de catarse, que é a precursora da

psicanálise e que, segundo Freud, continuou em seu núcleo.

Após algum tempo, verificou-se que nem todos os pacientes eram suscetíveis à hipnose e que os sintomas desaparecidos sob seu efeito retornavam, o que levou ao abandono de tal método. Era necessário algo que substituísse o efeito da hipnose de recuperar memórias esquecidas, o que acabou levando à associação livre, até hoje um dos pontos mais importantes para a compreensão do mundo psíquico. Freud percebeu que o discurso do paciente não seguia uma associação casual, ao contrário, era determinado por material inconsciente, trazendo sempre pistas do que fora esquecido e que, com alguma interpretação do médico, poderia ser reconstruído. Assim, a associação livre e a interpretação substituíram a hipnose, formando a base do método psicanalítico de acesso aos conteúdos inconscientes, sempre com ênfase no preenchimento de lacunas de memória, considerado, até então, o mecanismo de ação, por excelência, da psicanálise.

No trabalho de revelar o que havia sido esquecido, tornou-se evidente que se lutava contra uma resistência inconsciente muito intensa por parte do paciente, chegando à teoria da repressão: as mesmas forças que agora lutavam contra tornar determinadas lembranças conscientes deveriam ter atuado anteriormente, causando sua repressão, a saída da consciência. Porém, o fato de serem inconscientes não eliminava sua força, apenas fazia com que atuassem de outra forma, disfarçada, mediante sintomas. Assim, o conceito de “resistências” passa a ocupar uma posição central no mecanismo de ação da psicanálise, e a ênfase é colocada no trabalho de superação das resistências que levaram à repressão.

Um passo importante acompanha os avanços de Freud na compreensão da

transferência. Percebe, então, que ela é a principal resistência à recordação, porque, com ela, o paciente procurava repetir as situações passadas, em vez de lembrá-las. A transferência seria, assim, um fragmento de repetição, fazendo serem experimentados como atuais sentimentos que têm origem no passado. Ao mesmo tempo, percebe que é por meio dela que se dá a maior possibilidade de superar as resistências. Essa dupla visão da transferência, como principal obstáculo e como principal instrumento de ação terapêutica, acompanha todo o pensamento de Freud. De qualquer forma, a centralidade da transferência está claramente estabelecida.

Na visão de Freud,<sup>2</sup> não se pode prever quais os resultados que serão obtidos pelo analista. Este coloca em andamento um processo de solução de repressões existentes, procurando afastar os obstáculos em seu caminho, mas, em geral, uma vez desencadeado, esse processo segue o próprio rumo. O analista deve estar preparado para uma luta perpétua com o paciente para tentar manter na esfera psíquica todos os impulsos que este gostaria de dirigir para a esfera motora. A transferência é considerada uma “área intermediária” entre a doença e a vida real, por meio da qual a transição de uma para outra é feita, já que assume todas as características da doença e é acessível a nossa intervenção. A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados até o despertar das lembranças que aparecem sem dificuldade após a resistência ter sido superada. Entretanto, não basta nomear as resistências, elas precisam ser elaboradas, processo que efetua as maiores mudanças no paciente e distingue o tratamento psicanalítico de outros tratamentos. Dito de outra forma: a tarefa terapêutica consiste em recolocar as forças libidinais, centradas nos sintomas, a serviço do ego. Para resolver o sintoma,

seria necessário remontar ao conflito que lhe deu origem, renovando-o e tornando-o acessível mediante a transferência para, então, levá-lo a outro desenlace.

Assim, o trabalho terapêutico desenvolve-se em duas fases. Na primeira, procura-se concentrar toda a libido na transferência; na segunda, trava-se uma batalha em torno desse novo objeto e outra vez se liberta a libido deste, pelo trabalho de interpretação, que transforma em consciente o que era inconsciente. Mais tarde, ao introduzir a segunda tópica, Freud<sup>3</sup> diria que o objetivo seria trazer o id para a esfera do ego e, em 1940, descreve o trabalho psicanalítico como traduzir processos inconscientes em conscientes, preenchendo lacunas da percepção consciente.

Assim, nessa trajetória esboçada brevemente, apesar da ênfase na recuperação de memórias, podem-se localizar outros elementos básicos com relação aos mecanismos de ação da psicanálise: aumentar a capacidade perceptiva da consciência; acessar os conflitos por meio da transferência, que confere a eles atualidade e intensidade afetiva para procurar novas soluções; a associação livre como método fundamental de acesso ao inconsciente e sua contrapartida no terapeuta, a atenção flutuante; a relação com o terapeuta como essencial para a mudança psíquica.

A respeito desse último fator, nota-se que Freud já havia-se dado conta de que apenas o tornar consciente não bastava e de que a força que impulsionava o tratamento não era o desejo de melhora do paciente, mas o elemento de sugestão, o que deixa clara a importância do papel desempenhado pelo relacionamento interpessoal. Ferenczi foi um dos autores a enfatizar a necessidade de uma experiência afetiva na análise, expressa via transferência, para que

se tornassem possíveis novas configurações intrapsíquicas.<sup>4</sup>

Seguindo nessa linha de tempo, a próxima contribuição fundamental a ser considerada é a de Melanie Klein.<sup>5-7</sup> Para ela, a análise age no equilíbrio entre as pulsões de vida e de morte, determinadas constitucionalmente, buscando um abrandamento da inveja, considerada a principal representante da pulsão de morte. A partir de seus estudos sobre mecanismos primitivos de funcionamento da mente e de seu modelo de desenvolvimento (posições esquizoparanoide e depressiva), Melanie Klein defende o trabalho psicanalítico como auxiliar do paciente na passagem de uma posição a outra, buscando a integração no ego dos aspectos cindidos e projetados. Dessa forma, muda-se a ênfase, da resolução de conflitos para o processo de integração do ego. A interpretação das fantasias inconscientes primitivas permite que os mecanismos de dissociação, projeção, característicos da posição esquizoparanoide, deem lugar a mecanismos da posição depressiva, ou seja, a integração dos componentes agressivos possibilita a experiência de dor e luto. Assim, há uma ênfase nos mecanismos de introjeção e projeção como veículos da ação terapêutica. O instrumento é a interpretação das fantasias inconscientes, percebidas mediante a transferência, que, com Klein, se torna um conceito mais abrangente, de transferência como situação total, em que são transferidos fantasias, afetos, defesas.<sup>8</sup> Nesse processo, é importante o paciente perceber que o analista aceita tais sentimentos agressivos (principalmente a inveja), não se assustando com eles, o que faz perderem seu caráter onipotente.

O analista funcionaria como um superego mais tolerante, abrindo caminho para que o paciente aceite esses sentimentos como seus, possibilitando o caminho da reparação. Em 1934, Strachey desenvolveu

essa ideia em seu clássico trabalho sobre a ação terapêutica da psicanálise, introduzindo o conceito de interpretação mutativa, aquela que seria responsável pela mudança psíquica. A interpretação mutativa relaciona o que é percebido na transferência com a situação infantil que lhe teria dado origem. O primeiro passo seria o analista ajudar o paciente a perceber a discrepância entre o objeto da fantasia e o analista real, pela análise e interpretação dos mecanismos de projeção e introjeção que deram origem a essa percepção distorcida. Em um segundo momento, haveria, então, a interpretação genética, relacionando com o significado infantil.<sup>9</sup> Como se pode notar, ainda é considerado básico na interpretação o remeter ao passado, mas já se percebem alguns sinais de que a recuperação de memórias passadas não seria tão essencial.

Talvez uma das maiores contribuições de Klein ao tema do mecanismo de ação da psicanálise tenha sido seu conceito de identificação projetiva, um mecanismo defensivo intrapsíquico, mediante o qual o paciente projeta, no objeto, aspectos cindidos que não pode tolerar como seus, passando a se identificar com esse objeto-alvo da projeção.

Bion desenvolveu o aspecto comunicativo da identificação projetiva, mostrando como o mecanismo não existe apenas na fantasia, mas tem o potencial de produzir no objeto o sentimento que se está experimentando. Como se verá adiante, a identificação projetiva é considerada o principal instrumento para se ter acesso ao mundo psíquico do paciente.

No início da década de 1950, Racker<sup>10</sup> e Heimann<sup>11</sup> dedicaram-se a estudar a contratransferência, destacando sua importância dentro do processo psicanalítico e a forma como os sentimentos do analista participam ativamente desse pro-

cesso. Transferência e contratransferência vão sendo, cada vez mais, consideradas fenômenos indissociáveis, levando à noção de *campo*,<sup>12</sup> em que o relacionamento analista-paciente passa a delimitar uma nova estrutura.

Percebe-se, portanto, que a tendência, dentro do pensamento psicanalítico, é, cada vez mais, considerar a importância dos vários aspectos envolvidos na relação entre duas pessoas, de modo que o psiquismo de uma influi na outra, e é justamente esse trânsito, via identificação projetiva, que vai possibilitar o entendimento do que está se passando e a possibilidade de mudança psíquica.

Nessa trajetória, outras contribuições de Bion<sup>13-17</sup> tiveram influência na forma de se entender o mecanismo de ação da psicanálise. Para ele, *as experiências emocionais* são a base para a formação de um aparelho mental capaz de pensar. Na infância, pela capacidade de *rêverie* da mãe, fornecendo um continente capaz de conter a emoção e dar-lhe um significado, esse aparelho vai se estruturando e formando elementos alfa, utilizáveis para sonhar e pensar, em vez de apenas evacuar a emoção. Ao analista cabe proporcionar esse continente, dentro do qual o paciente se sinta mais seguro para enfrentar a dor psíquica que acompanha o contato com a realidade, tanto interna quanto externa. As resistências não são apenas contra o afeto reprimido, mas contra a dor psíquica, e o trabalho psicanalítico não busca apenas evidenciar repressões, mas expandir a capacidade da mente de transformar suas emoções em elementos pensáveis. Destacam-se os requisitos essenciais ao estado mental do analista para promover esse processo: sem memória e

sem desejo (próximo da atenção flutuante de Freud) e com capacidade negativa (tolerância à falta de significado).

Há, portanto, uma mudança de ênfase no objetivo da psicanálise, que passa a ser possibilitar uma transformação por meio da qual o analista coloca em palavras a emoção surgida na experiência da sessão, possibilitando que se expanda a capacidade do paciente de pensar sobre suas emoções.

A análise configuraria, então, um processo afetivo-cognitivo, em que emoção e pensamento não estariam em oposição – ao contrário, um seria a matéria-prima do outro. A contratransferência é o meio pelo qual o analista trabalha e transforma a identificação projetiva do paciente e o que esta ativa em si próprio como resposta emocional.<sup>18</sup> Assim, os processos mentais do analista e a capacidade de “ler” suas respostas emocionais se apresentam como o principal instrumento de ação terapêutica.

Essa centralidade das emoções tem sido corroborada pelos estudos das neurociências, que mostram como elas têm papel fundamental em todo processo de determinação de quais vias sinápticas serão mais estimuladas, coordenando mente e corpo, organizando percepções, pensamento, memória, fisiologia e interação social, sendo capazes de desencadear um processo de ativação de vias neuronais.<sup>19</sup>

Novos conhecimentos, oriundos da observação das relações mãe-bebê, também têm contribuído com as teorias sobre a ação terapêutica da psicanálise. Stern<sup>20</sup> traça um paralelo entre o processo terapêutico e o processo diádico mãe-bebê: o par desenvolve um conjunto de padrões microrinterativos, em que os passos incluem

erros, perturbações e reparos, formando determinada “relação implícita compartilhada”.<sup>20</sup> No processo terapêutico, destaca dois momentos mutativos: a interpretação, que faz um reordenamento consciente dos dados, e, como pano de fundo, um movimento de perceber, compartilhar e promover mudanças nessa relação, estabelecendo uma nova “forma de estar com”.<sup>20</sup>

Avanços no estudo da memória destacam-se na discussão dos mecanismos de ação da psicanálise, principalmente as descobertas sobre a existência de dois sistemas de memória: uma declarativa, explícita, que corresponde à memória consciente, e outra, chamada procedural, implícita, totalmente inconsciente e que se evidencia somente pelo desempenho, e não pelas recordações conscientes. Fonagy,<sup>21,22</sup> a esse respeito, considera que a remoção de repressões não pode mais ser considerada a chave da ação terapêutica. A mudança psíquica ocorre por uma nova ênfase entre diferentes modelos de relações de objeto. Muitas das alterações ocorridas no processo terapêutico não estariam no campo da compreensão consciente, e sim no campo dos comportamentos e conhecimentos não verbais do inconsciente procedural, e momentos de significação que ocorrem na interação paciente-terapeuta permitem o alcance de um novo grupo de memórias implícitas, ocasionando um progresso que se reflete na maneira como o paciente passa a interagir com outros.

Tais estudos deixam claro o interesse em aprofundar os conhecimentos sobre os modos de ação terapêutica, utilizando, inclusive, subsídios de outras ciências. De qualquer forma, o assunto continua suscitando polêmicas, principalmente no tocante ao papel do levantamento de repressões e na recuperação de memórias passadas como mecanismo de ação.<sup>23</sup>

Assim, vemos como a evolução no corpo teórico da psicanálise trouxe mudanças na forma de se pensar os mecanismos de ação da psicanálise, em especial os estudos do desenvolvimento infantil, do papel das experiências pré-edípicas e da relação interpessoal analista-paciente.

A ideia defendida é a de que se deve aceitar um modelo de multicausalidade, em que a orientação teórica de cada um e as particularidades de cada paciente darão mais destaque a um ou outro elemento.<sup>24</sup>

Gabbard e Westen<sup>25</sup> considera que, em linhas gerais, há uma tendência a se pensar no mecanismo de ação de uma forma mais humilde, optando por falar de mecanismos de ação, no plural. Essa maior tolerância com as incertezas, tanto nas formulações teóricas quanto nas sessões, também teria um potencial mutativo, ao considerar um psicoterapeuta que aceita as limitações de seu método, adotando uma postura não onipotente.

O que parece ser inquestionável é a importância da nova relação estabelecida com o terapeuta, não como experiência corretiva, mas pela possibilidade do paciente de desenvolver outro repertório de respostas diante de um objeto que mostra novas atitudes em relação a ele e o convida a pensar antes de repetir os padrões até então utilizados. Soma-se a isso a experiência de ser escutado e compreendido por um outro, de uma forma única, em um modelo de escuta com um referencial implícito que busca o que está mais além da narrativa formal.<sup>26</sup>

Nessa linha evolutiva (que certamente prosseguirá agregando novos conhecimentos), é importante que se possa perceber cada elemento estudado nos mecanismos de

ação da psicanálise como um degrau para o passo seguinte, sem, no entanto, ser necessariamente descartado.

## E A PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA?

As semelhanças e diferenças entre psicanálise e psicoterapia de orientação psicanalítica constituem matéria de constante discussão. Para os propósitos deste capítulo, consideramos que ambas as formas de tratamento partem de um mesmo corpo de conhecimentos e utilizam o *insight* e a interpretação como ferramentas básicas de trabalho. Cada uma, no entanto, dá origem a processos particulares, que se desenvolvem em *settings* diferentes, resultando, principalmente, em graus diferentes de profundidade de emergência da transferência.<sup>27</sup> Há diferenças relacionadas à formação de um psicoterapeuta e de um analista e aos objetivos propostos: na psicoterapia, há um foco central, enquanto, na análise, não há o comprometimento com algum aspecto em particular da vida do paciente.

Assim, considera-se que a psicanálise se caracteriza por um método que torna possível a observação ordenada do mundo psíquico e que serve também de base para o método psicoterápico. Na psicoterapia de orientação psicanalítica, faz parte do método a delimitação de determinadas áreas preferenciais (focos) de atenção do trabalho interpretativo. Quais seriam as características desse método? Antes de tudo, a criação de um campo em que essa observação do mundo psíquico possa se processar e no qual a comunicação entre ambas as partes, terapeuta e paciente, possa ocorrer, o que se refere à criação de um *setting* específico de trabalho.

Para nos aproximarmos do que se passa no relacionamento paciente-terapeuta em uma sessão, é importante considerarmos que a comunicação humana se dá em diferentes níveis: um nível metalinguístico, em que a comunicação é feita por meio da linguagem; e um nível metacomunicativo, segundo o qual se comunicam as emoções dos participantes acerca da relação, o que é feito mediante elementos não verbais. Assim, na comunicação paciente-terapeuta, as mensagens transmitidas e captadas pelos participantes da dupla vão muito mais além do que é dito em palavras. Além disso, as próprias palavras vão ser entendidas de acordo com o clima emocional do momento, e, assim, as interpretações terão seu valor determinado pelo marco psicológico no qual são oferecidas.<sup>28</sup> Dessa forma, a questão do *setting* ganha destaque como determinante da ação terapêutica. *Setting* entendido não apenas em seus aspectos formais, mas, principalmente, em relação ao que é determinado pela atitude do psicoterapeuta, em que se destacam a neutralidade e a postura receptiva, reflexiva e não crítica, que formam um continente capaz de conter as angústias do paciente, considerado o mecanismo de base de ação da psicoterapia.

Nesse contexto, a regra da abstinência não é uma simples lei técnica a ser seguida. Ela provém de uma compreensão do terapeuta acerca dos limites de sua tarefa, recusando uma posição onipotente de ser capaz de curar o paciente, não compartilhando da fantasia de que trabalhar elaborativamente significa desfazer-se de partes indesejáveis de sua personalidade. Capen<sup>29</sup> salienta que uma das dificuldades em manter a regra da abstinência é que a atividade peculiar do analista/terapeuta parece artificial, não podendo oferecer conselhos ou consolos, causando certa dose de sofrimento real para poder alcançar o objetivo principal, que

é a integração psicológica. De forma paradoxal, aquilo que leva o paciente a sentir a relação como artificial é justamente a insistência do analista em ser real, não correspondendo às fantasias e mantendo-se nos limites de sua função: não podemos decidir pelo paciente nem privilegiar um ou outro ponto de vista que nos pareça mais saudável; só podemos ajudá-lo a perceber melhor.

Assim, aquilo que transmitimos, muito além das palavras, em nossos gestos, na entonação da voz, na atitude de compreender e não julgar ou aconselhar, é que formará o contexto dentro do qual o paciente possa se sentir encorajado a pensar sobre seus sentimentos. Os aspectos formais do *setting* funcionam como uma organização do espaço de trabalho, lembrando que há uma realidade externa à qual ambos os participantes devem se sujeitar.

Assim, podemos considerar que a primeira ação terapêutica provém da atitude do terapeuta, ao propor uma aproximação reflexiva, ordenadora, que, em vez de julgar, procura um sentido para o que o paciente sente.

O elemento verbal do método psicanalítico é a interpretação, que procura mostrar para o paciente outros vértices de aproximação de seus conflitos. Na psicanálise, a interpretação transferencial é o principal instrumento. Na psicoterapia, as interpretações que privilegiam o foco escolhido são prioritárias, mas somente um acompanhamento dos movimentos transferenciais-contratransferenciais pode fornecer elementos para que o terapeuta compreenda o que se passa, estabelecendo uma constante tensão entre transferência e foco. Interpretações que não sejam baseadas na percepção do clima emocional da sessão

serão intelectualizadas e distantes. Assim, o trabalho interpretativo seria o segundo responsável pela ação terapêutica.

Mas, com que intenção interpretamos, que efeito procuramos?

Desde observações muito simples, que apenas procuram dar nome a determinadas sensações confusas, a interpretação procura novas formas de aproximação, novos sentidos para as experiências emocionais do paciente.

Paula Heimann<sup>30</sup> defende que buscamos aumentar a capacidade perceptiva do ego do paciente e que é para ele que interpretamos, a fim de que possa perceber com mais clareza seus processos intrapsíquicos e interpessoais. Apesar de muitos processos primitivos só poderem ser expressos em palavras de forma aproximada, a formulação em palavras é importante, porque estas promovem pensamento crítico e são o veículo de comunicação clara e explícita entre paciente e terapeuta. A interpretação atrai para a região da palavra aquilo que se dá na dimensão do ato, da fantasia, do sentimento. Ela não é apenas a tradução de algum significado, mas instrumento de modificação da relação entre forças psíquicas, por meio da comunicação ao paciente, na circunstância apropriada, da compreensão alcançada pelo terapeuta quanto a essa relação.<sup>31</sup>

Entretanto, interpretar, por si só, não produz efeito terapêutico, como Freud<sup>32</sup> já destacava ao falar do trabalho de elaboração, que, de alguma forma, pode ser aproximado ao trabalho do luto.<sup>33</sup> Ambos os trabalhos acontecem aos poucos e envolvem a capacidade de tolerar dor. Na psicoterapia, trata-se da dor que acompanha a percepção de determinadas realidades externas e

internas. Nesse processo, é fundamental o papel do terapeuta como representante de figuras de importância na vida do paciente. O que poderíamos chamar de poder da sugestão deve ser usado pelo terapeuta de outra forma, não para influenciar opiniões, mas para ajudar a vencer resistências à dor e às mudanças.

Assim, podemos imaginar que o paciente chega à psicoterapia com algumas teorias acerca de si mesmo e do que está lhe acontecendo. Como está buscando ajuda, sabemos (mas o paciente às vezes não tem consciência) que as formas usadas até então para enfrentar as várias situações de sua vida não estão mais funcionando de modo adequado. Nosso paciente chega com dois objetivos: um, manifesto, de mudança; outro, latente, de evitar mudanças, já que estas sempre se acompanham de medo e insegurança. Ambos os objetivos são verdadeiros, e a existência de um não exclui o outro. Em psicoterapia, escolhemos algum foco que nos pareça corresponder à área de maior sofrimento para o paciente e com cuja importância ele concorde. Esse foco pode ir dando lugar a outros, ir se desmembrando. O foco não significa que todas as interpretações serão centradas aí, mas delimita uma zona de trabalho, para a qual estabeleceremos estratégias de aproximação, de acordo com as resistências que vão surgindo, tendo como guia o que se percebe na relação que o paciente estabelece conosco. Esta ainda é a melhor referência para identificarmos os padrões de resposta do paciente, a transferência-contratransferência, mesmo que as interpretações sejam predominantemente extratransferenciais. A partir da identificação gradual desses padrões, sempre procurando relacioná-los com o foco, formulam-se interpretações, uma espécie de descrição dos fatos psíquicos. Todavia, essa descrição tem algumas

características particulares, já que procura apresentar uma outra forma de perceber o mesmo fenômeno, apontando contradições, distorções e, principalmente, estabelecendo as diferenças entre mundo externo e realidade psíquica, o que cria, portanto, um paradoxo entre modos de sentir e pensar e o que pode ser percebido. É a possibilidade de perceber as contradições e tolerar esses paradoxos que abre caminho para o *insight*, uma mudança de nível lógico do pensamento em direção a uma maior abstração.<sup>28,34</sup>

A atitude do terapeuta, de compreensão não crítica, de aproximação imparcial de qualquer conteúdo apresentado, cria a atmosfera necessária para que o paciente se sinta acompanhado na tarefa de submeter suas teorias a uma reavaliação. Mediante a neutralidade, essas teorias podem ser questionadas, contrastadas e, inclusive, redefinidas.<sup>34</sup>

Supomos que as teorias do paciente e os padrões de resposta baseados em suas premissas foram formados na infância e passaram a vigorar como verdades inquestionáveis, mesmo com o desenvolvimento e a aquisição de novas capacidades. Assim, detectamos modos de funcionamento que

continuam se guiando por mecanismos primitivos, regidos pela onipotência do pensamento, por uma postura superegoica severa (característica do superego mais primitivo), por ideais de ego distanciados da realidade, impondo expectativas inatingíveis. Seja qual for o foco escolhido, boa parte do trabalho e dos efeitos obtidos acontecerá em torno destas questões: abrandamento das críticas do superego, por meio da aceitação das próprias limitações e da percepção de que as exigências correspondem a uma onipotência infantil; busca por resolver conflitos por meio de modos mágicos, que envolvem a negação da realidade interna ou externa.

Em psicoterapia, além do trabalho sobre o foco escolhido, esperamos que o paciente possa identificar e introjetar algo da atitude reflexiva do psicoterapeuta, de busca de compreensão, e que possa utilizar esse modelo em outras situações de sua vida. Dessa forma, o terapeuta deve transmitir, em sua atitude geral, a aceitação implícita de seus limites e dos limites de seu método, abrindo mão de uma postura onipotente, de quem teria as respostas certas e definitivas: as interpretações são hipóteses, e é importante poder mostrar de onde elas partiram.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

A paciente, de 32 anos, procura atendimento por problemas conjugais, uma queixa frequente em adultos, já que é no trabalho e nas relações afetivas que mais se manifestam as consequências de conflitos mal resolvidos. Apresenta-se com uma profusão de queixas, repetidas exaustivamente, que procuram mostrar como o marido não a valoriza, não faz planos conjuntos, trata apenas de seus próprios interesses, vive para o trabalho, escuta mais os colegas do que ela mesma, e assim por diante. Mesmo que seu relato apresente o marido como alguém que não a trata bem, o terapeuta sente certa irritação, já que parece não ter outra saída além de se aliar a ela na constatação de que o marido a maltrata. O terapeuta sente-se pressionado

(*Continua*)

*(Continuação)*

a tomar um partido, e é possível que essa seja a intenção inconsciente inicial da paciente. Apesar de seu sofrimento com a situação e do desejo de que possa haver uma melhora, evidencia-se que a única saída que procura é o apoio do terapeuta em relação a sua teoria de que o problema é o marido que a desvaloriza e a possibilidade de que ambos possam mudá-lo e fazê-lo adaptar-se às suas expectativas. Não há, ainda, a possibilidade real de que possa pensar de forma mais ampla sobre detalhes de sua situação conjugal e muito menos de sua participação nas dificuldades que enfrentam, já que não tem a menor crítica sobre suas atitudes em relação a ele, claramente despóticas e controladoras. É claro que a paciente não tem consciência de todo esse processo. Manifestamente, está procurando alguém que a ajude nos problemas com o marido, o que corresponde a determinado nível de seu desejo. Em outro nível, o desejo é não pensar. Um dos guias importantes para o terapeuta é a irritação que suas queixas provocam, apesar de o conteúdo parecer plausível. O terapeuta precisa realizar a tarefa inicial de conter, não atuar esse sentimento para poder pensar sobre ele, ou corre o risco de maltratar a paciente.

Qualquer tentativa de fazer com que pense sobre si mesma é, de início, rechaçada, com a queixa de que o terapeuta está do lado do marido e duvidando do que ela conta. É necessária uma outra via, que justamente mostre como está assustada com a possibilidade de pensar no que está ocorrendo, procurando, portanto, um aliado nas queixas, alguém para lhe dar razão. É importante que a paciente saiba que acolhemos seu sofrimento, mas que talvez ele não provenha da fonte que lhe parece mais provável. A solução procurada não existe, pois não poderemos mudar o marido e induzi-lo a corresponder às suas expectativas. Muito tempo de trabalho foi necessário para que percebesse seu desejo de poder controlar de modo onipotente a realidade e as pessoas, como uma forma de se sentir protegida, já que parecia não se sentir capaz de enfrentar o mundo sem tal recurso.

O foco inicial da psicoterapia foi amplo: suas dificuldades conjugais. Dentro desse foco, foram necessários níveis de abordagem diferentes, começando pelo que parecia a resistência mais presente: a dificuldade em aceitar que não poderia modificar tudo e todos que lhe causassem sofrimento. Assim, pôde-se conhecer, aos poucos, os anos que passou tentando, das formas mais variadas e descabidas, evitar que o pai, psicótico, tivesse surtos, e a dor de reconhecer que não tinha esse poder. Podia ajudar o pai, não transformá-lo em outra pessoa. Da mesma forma, foi ficando mais perceptível sua intensa desvalia e a fantasia de que o casamento com um homem de um nível socioeconômico mais alto que o seu a resgatasse dessa família profundamente desvalorizada por ela, bem como a queixa de que ele, como era de se esperar, não cumpriu a missão e era apenas uma pessoa como qualquer outra, com defeitos e qualidades. Assim, aos poucos, foi se delineando um esboço de uma teoria que não era consciente para ela, mas estava atuante: "sou uma pessoa sem valor e incapaz, porque não consegui transformar meu pai e minha mãe em outras pessoas, evitando toda a minha dor e decepção; minha saída é que este homem (o marido) resolva essa angústia, bastando para isso que eu consiga que ele me valorize de forma total, irrestrita, todo o tempo". Essa formulação funciona como uma hipótese de trabalho, que não pretende compreender integralmente o mundo psíquico da paciente.

Podemos perceber como o terapeuta, de início, correspondia a uma figura superegoica que lhe negaria o direito a essa solução, a única que parecia possível. O clima das sessões era preponderantemente paranoide, tenso e queixoso, tendo como único assunto suas queixas do marido e do psicoterapeuta, o qual, supostamente, não a apoiava. A percepção, via identificação projetiva, dos sentimentos provocados pela paciente, se contidos e compreendidos, é essencial para que se estabeleça uma outra atmosfera e um outro modelo de aproximação de suas angústias. Podemos considerar este o primeiro mecanismo de ação da psi-

*(Continua)*



### (Continuação)

coterapia, a constituição de um *setting* neutro, no qual a paciente pudesse, neste caso muito lentamente, sentir-se menos assustada para examinar outros aspectos antes negados. As interpretações se limitavam a mostrar como era difícil admitir que não tinha superpoderes, como isso a fazia sentir-se frágil, procurando colocar em palavras o que estava latente em sua postura belicosa.

Ao conversarmos sobre as circunstâncias de sua vida, o que foi se tornando possível após um longo período, a ideia não era recuperar memórias passadas, mas aumentar sua capacidade de percepção de suas angústias atuais, mostrando-lhe como continuava tentando resolvê-las de forma mágica, para evitar o sofrimento. Por exemplo: era necessário conversar longamente sobre sua revolta caso chovesse nos dias em que ia para a praia, a incapacidade de aceitar que não controlava o clima e, passo seguinte, mostrar-lhe o pânico ao se imaginar no mundo sem esses poderes, a clara fragilidade subjacente ao desejo onipotente de poder ter o controle absoluto sobre tudo. Assim, dentro do foco mais amplo, foram se sucedendo focos parciais, visando a abordar a resistência mais presente no momento, sempre procurando, com as interpretações, apontar outras formas de pensar sobre o que sentia. O guia para determinar a pertinência de uma linha interpretativa é dado pela percepção do clima que predomina no momento: interpretações com conteúdos que podem ser considerados corretos, mas feitas em um clima emocional inadequado, não poderão ser assimiladas. No início da psicoterapia, seria inoperante mostrar, por exemplo, sua própria desvalorização, projetada no marido, apesar de esse mecanismo já estar perceptível desde o começo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se, na psicoterapia, assim como na análise, só conhecemos a abertura e o final (na conhecida analogia de Freud com o jogo de xadrez), podemos pensar que o método utilizado coloca em ação um processo cujo curso não pode ser determinado com precisão, dependendo tanto de fatores individuais de paciente e terapeuta como das características da dupla que formarão. Há sempre o desejo de que se possa encontrar uma teoria de ação geral, mas é importante que tenhamos em mente, para futuros estudos, que as particularidades de cada grupo de pacientes devem ser levadas em consideração.

De maneira geral, percebe-se uma tendência de colocar mais peso nos fatores afetivos do que nos cognitivos, apesar de essa ser uma contradição apenas aparente. O afetivo fornece a base para conhecer

o que se passa com o paciente e conosco, além do que podemos acessar pelos órgãos sensoriais ou pela razão; além disso, é o tipo especial de relacionamento que o *setting* psicoterápico procura criar, com seu clima emocional específico, tornando possível que o trabalho interpretativo, o elemento cognitivo, possa ter sentido, não se limitando ao fornecimento de alguma informação intelectualizada ao paciente. A interpretação, correspondendo a determinada organização de dados que o terapeuta formula, veicula mensagens verbais e não verbais, ambas essenciais, já que os elementos não verbais formam a moldura dentro da qual as mensagens verbais podem, ou não, ser compreendidas. Parte importante da ação terapêutica da psicoterapia de orientação psicanalítica se dá por meio do modelo de funcionamento mental que o terapeuta oferece, um modelo de contenção das angústias, de abordagem reflexiva, não críti-

ca e não onipotente. É sob essa influência que o passo seguinte se torna possível: a expansão na capacidade do paciente de perceber sua realidade, interna e externa, revisando antigas teorias, admitindo no-

vas formas de pensar suas experiências e abandonando, em alguma medida, modos de funcionamento mais primitivos, mais onipotentes e, portanto, menos adequados.

### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. A psicoterapia de orientação psicanalítica coloca em ação um método de conhecimento do mundo psíquico do paciente.
2. A relação estabelecida entre paciente e terapeuta é a base sobre a qual o trabalho psicoterápico se desenvolve e a possibilidade de mudança psíquica se apoia.
3. A modalidade de relação paciente-terapeuta é definida pelo *setting*, que tem como um de seus principais constituintes a atitude do terapeuta de neutralidade e continência das emoções, além dos aspectos formais.
4. Na comunicação paciente-terapeuta, atuam aspectos verbais e não verbais.
5. A interpretação relacionada ao foco escolhido é o instrumento preferencial e, apesar de ser uma verbalização, também comunica aspectos não verbais.
6. O acompanhamento dos fenômenos transferenciais é essencial, mesmo quando as interpretações transferenciais não são priorizadas, porque é o que determina o tipo de relacionamento que está se estabelecendo.
7. A identificação projetiva é a via principal para a percepção do clima emocional da sessão, captada pelos sentimentos contratransferenciais do terapeuta; é o guia para a escolha da melhor forma de interpretar.
8. O mais provável é que vários elementos entrem em cena na determinação dos modos de ação da psicoterapia, localizados dentro do espectro entre a ênfase no relacionamento e a ênfase no *insight*; a formação de cada terapeuta fará um ou outro fator ser priorizado. As características de cada paciente também o fazem mais suscetível a um ou outro fator.<sup>33</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Freud S. Uma breve descrição da psicanálise. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 19.
2. Freud S. Sobre o início do tratamento. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 12.
3. Freud S. O ego e o id. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 19.
4. Ferenczi S. Transferência e introjeção. In: Ferenczi S. Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1991. (Obras completas).
5. Klein M. Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. In: Klein M. Contribuciones al psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós-Hormé; 1975.
6. Klein M. Amor, culpa y reparación. In: Klein M. Amor, culpa y reparación. Buenos Aires: Paidós; 1975. (Obras completas, v. 1). p. 135-72.
7. Klein M. Envidia y gratitud. In: Klein M. Envidia y gratitud y otros ensayos. Buenos Aires: Paidós; 1975. (Obras completas, v. 3). p. 9-100.

8. Klein M. Las orígenes de la transferencia. In: Klein M. *Envidia y gratitud y otros ensayos*. Buenos Aires: Paidós; 1975. (Obras completas, v. 3). p. 261-72.
9. Strachey J. The nature of therapeutic action of psycho-analysis. *Int J Psychoanal.* 1934; 15:127-59.
10. Racker H. A contribution to the problem of counter-transference. *Int J Psychoanal.* 1953;34(4):313-24.
11. Heimann P. On counter-transference. *Int J Psychoanal.* 1950;31(1-2):81-4.
12. Baranger W, Baranger M. *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargiemman; 1969.
13. Bion WR. *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
14. Bion WR. *Elementos de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
15. Bion WR. *Transformações*. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
16. Bion WR. *Atenção e interpretação: o acesso científico a intuição em psicanálise e grupos*. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
17. Bion WR. Bion em Nova Iorque e em São Paulo. In: Bion WR. *Conversando com Bion: quatro discussões com W. R. Bion: Bion em Nova Iorque e em São Paulo*. Rio de Janeiro: Imago; 1992.
18. Ferro A. *Na sala de análise: emoções, relatos, transformações*. Rio de Janeiro: Imago; 1998.
19. Pally R. Emotional processing: the mind-body connection. *Int J Psychoanal.* 1998;79(Pt 2):349-62.
20. Stern D. Mecanismos não interpretativos na terapia psicanalítica. “Algo mais” além da interpretação. In: *Livro anual de psicanálise*. São Paulo: Escuta; 2000. v. 14. p. 197-214.
21. Fonagy P. Memory and therapeutic action. *Int J Psychoanal.* 1999;80(Pt 2):215-23.
22. Fonagy P. Rejoinder to Harold Blum. *Int J Psychoanal.* 2003;84(3):503-9.
23. Blum HP. Repression, transference and reconstruction. *Int J Psychoanal.* 2003;84(Pt 3):497-503;discussion 503-13.
24. Cooper AM. Concepts of therapeutic effectiveness in psychoanalysis: a historical review. *Psychoanalytic Inquiry.* 1989;9(1):4-25.
25. Gabbard GO, Westen D. Repensando a ação terapêutica. *Rev Psiquiatr RS.* 2003;25(2): 257-73.
26. Eizirik C. On the therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanal Q.* 2007;76 Suppl: 1463-78.
27. Ornstein P. Multiple curative factors and processes in the psychoanalytic psychotherapies. In: Rothstein A. *How does treatment help?: on the modes of therapeutic action of psychoanalytic psychotherapy*. Madison: International Universities; c1988. p. 105-26.
28. Bateson G. Las categorías lógicas del aprendizaje y la comunicación. In: Bateson G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lúmen; 1998. p. 309-38.
29. Caper R. El psicoanálisis cura? Una contribución a la teoría da técnica psicanalítica. In: *Libro anual de psicoanálisis*. [S.l.: s.n.]; 1992. v. 8. p. 69-80.
30. Heimann P. Dynamics of transference interpretations. *Int J Psychoanal.* 1956;37(4-5): 303-10.
31. Mezan R. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.
32. Freud S. Recordar, repetir e elaborar. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 12.
33. Modell A. On the protection and safety of the therapeutic setting. In: Rothstein A. *How does treatment help?: on the modes of therapeutic action of psychoanalytic psychotherapy*. Madison: International Universities; c1988. p. 95-104.
34. Ahumada JL. *Descobertas e refutações: a lógica do método psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago; 1999.

## LEITURA SUGERIDA

Freud S. *Esboço de psicanálise*. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1975. v. 23.

# 7

## CAMPO E INTERSUBJETIVIDADE

Paulo Henrique Favalli

A clínica psicanalítica e psicoterápica estruturou-se, desde suas origens, sobre bases essencialmente empíricas. A situação de tratamento constituiu-se, assim, em um campo de observação e produção de conhecimentos sobre a vida psíquica do paciente. A suposição de um terapeuta isento, capaz de observar de forma objetiva os processos mentais que ocorrem na mente de seu paciente, consagrou o modelo positivista clássico<sup>2-3</sup> adotado pela maioria dos que se dedicaram à prática da psicoterapia. Nesse modelo, a influência do clínico restringe-se ao uso da interpretação como forma de revelação de conteúdos até então inacessíveis à consciência do paciente. No entanto, a própria experiência clínica tem-se encarregado de questionar essa proposta, na medida em que constata serem a “neutralidade” ou a “receptividade passiva” do terapeuta condições teóricas distantes das ocorrências reais vividas no consultório.

A proliferação de trabalhos sobre os fenômenos contratransferenciais dá testemunho desse fato. O mais isento e sagaz dos terapeutas não poderia estar imune à reciprocidade dialética que se estabelece entre o sujeito e o objeto do conhecimento, a qual tem merecido dedicada atenção dos teóricos que se ocupam desse tema.<sup>4</sup>

Nos dias atuais, há consenso quanto à impossibilidade de uma observação de cunho psicanalítico caucionada pela soberana objetividade do terapeuta observador. Sua inerente subjetividade impõe-se no ato de observação, estruturando-se um campo intersubjetivo dinâmico no qual ambos os participantes não podem mais ser compreendidos separadamente. O que quer que aconteça a um dos participantes, necessariamente, produz efeito sobre o outro.

Barros e Barros<sup>3</sup> reconhecem a impossibilidade de acolher a experiência do paciente sem que o terapeuta passe por uma experiência. Essa experiência pessoal decorre também do acervo das vivências emocionais que vieram a compor seu mundo interno e que, de alguma maneira, se mobilizam no momento específico daquele encontro com o paciente. Os autores citados indagam o que fazer com essas experiências.

Ignorá-las? Considerá-las fruto de idiosincrasias pessoais? Considerá-las fruto de manifestações neuróticas e, assim, descartá-las? Buscar entendê-las como formas de comunicação que nos contam algo sobre o paciente e parte do contexto relacional vivido? Como processá-las? Deveríamos nos

tornar atentos observadores do que se passa em nosso mundo interno e tentar colocar em palavras os sentimentos despertados em nós pela presença do paciente?<sup>3</sup>

Isso implica uma mudança de paradigma, visto que os referenciais técnicos construídos sob as bases de uma psicologia unipessoal cedem lugar ao pressuposto da ocorrência de um contexto bipessoal, no qual o funcionamento mental do terapeuta é estruturado também pelo paciente e, ao mesmo tempo, estruturador deste último.<sup>5</sup>

Essas constatações, no entanto, não surgiram de súbito à percepção dos clínicos. É necessário destacar que as transformações que a teoria do método psicanalítico (e psicoterápico, por consequência) têm suportado encontram correspondência com as evoluções do pensamento filosófico sobre o conhecimento e a constituição do sujeito. Uma revisão sobre esse tema foi recentemente apresentada por Schwartz.<sup>2</sup> Mesmo que se preservem as invariantes básicas na estrutura do método, nota-se uma linha evolutiva nas diferentes abordagens sobre a situação terapêutica. O que se pretende, neste capítulo, é expor algumas tendências dessa evolução, as quais passaram a delinear os conceitos de campo e intersubjetividade. Como não são ainda conceitos consagrados dentro do corpo teórico da psicanálise, deparamo-nos com várias outras formas de nomear a mesma gama de fenômenos. Abstenho-me, então, de buscar uma definição fechada que apenas restringiria as diversas alternativas de reflexão sobre ocorrências que brotam diretamente do trabalho diário com pacientes.

Cumpre ressaltar, mais uma vez, que os pressupostos aqui referidos decorrem da experiência clínica da psicanálise. Esta tem fornecido o lastro teórico sobre o qual se desenvolvem as técnicas psicoterápicas de

orientação dinâmica. Como nos situamos no âmbito dos fundamentos teóricos da psicoterapia, é impossível, ao longo do texto, estabelecer distinções do que se aplica a essa técnica ou à psicanálise *stricto sensu*. Sou da opinião de que é o conhecimento amplo e profundo dos conceitos psicanalíticos fundamentais que melhor habilita o clínico a fazer as adaptações exigidas para cada caso em tratamento.

## AS ORIGENS

Nos artigos de técnica, em sua maioria escritos entre 1910 e 1915, Freud é explícito quanto à atitude do analista como observador neutro e distante de seu objeto de estudo, a mente do analisando. São recomendações coerentes com os propósitos proferidos para a terapia e expressos na consagrada formulação: tornar consciente o inconsciente, preenchendo as lacunas de memória. O descobrimento arqueológico dos conteúdos reprimidos da mente, visando à reconstrução de uma suposta verdade histórica, exige uma postura livre de quaisquer interferências externas e, principalmente, daquelas originadas na própria mente do pesquisador. Assim colocada, a tarefa analítica seria consumada com simplicidade, se não fossem as resistências interpostas pelo paciente.

Foi na batalha contra os baluartes resistenciais que Freud pôde reconhecer, pela primeira vez, que a atitude do paciente em relação a ele, dentro da sessão, não decorria de qualquer elemento da realidade, pois se enlaçava com o processo associativo, obstruindo-o no intuito de proteger arduamente a lembrança retida no inconsciente. Ele observou que as associações não eram tão livres como supunha, pois tendiam a ser desviadas para a própria relação com o

analista, buscando atuar com este o então chamado complexo patogênico reprimido. Porém, se a atuação implica resistência ao método, pois o paciente repete para não lembrar, ela também é reveladora, já que situa o terapeuta como verdadeiro protagonista da cena inconsciente que ele tenta descobrir. Configuram-se aí alguns paradoxos, pois a “resistência mais poderosa ao tratamento” é, também, um poderoso instrumento do método, já que “não se pode vencer um inimigo ausente ou fora do alcance”.

Sob outro enfoque, ao revelar o inconsciente, a transferência induz a novas resistências, pois é particularmente difícil admitir um impulso reprimido se ele tem que ser revelado diante da própria pessoa com quem se relaciona. Essas observações de Freud definem a fragilidade de sua proposta inicial de um analista-observador neutro, visto que sua simples presença interfere no campo observado. Surge, mais uma vez, a problemática da sugestão, e foi para contrapor-se a ela que Freud agregou a seu método as conhecidas recomendações técnicas. No entanto, a tentativa de criar um analista isento, “purificado” em seu funcionamento mental, revela-se inviável. Assim, a análise, até então ocupada com o campo intrapsíquico, volta-se, forçosamente, para o estudo do contexto relacional como via possível de acesso ao mundo interno.

Penso que o momento no qual Freud melhor apreende aquilo que mais tarde viria a constituir o conceito de campo está na proposição de que a comunicação entre o paciente e seu terapeuta possa ocorrer de inconsciente para inconsciente. Essa parece ser uma noção aceita com facilidade por qualquer um que tenha feito a experiência de atender pacientes no âmbito psicoterápico. O que não encontramos em Freud

é a definição dos mecanismos psíquicos que regem essa comunicação. Tal definição será um marco decisivo no entendimento da situação de tratamento e origina-se da expansão ocorrida na psicanálise com o advento da teoria das relações de objeto.

## OS DESENVOLVIMENTOS

A tentativa de expor uma história “natural” do tema que estou abordando passa, necessariamente, pelas contribuições de Melanie Klein. Se, para Freud, a transferência surge, na análise, como poderosa resistência, mas converte-se em um valioso instrumento da cura, para Klein, esse *status* amplia-se de forma radical. Da condição de simples auxiliar no processo analítico, a abordagem da transferência passa a confundir-se com a essência desse processo. A ideia básica é a de que a *relação* permeia a totalidade da vida mental do paciente, atraindo sobre si o foco do trabalho da análise. Isso significa que devemos buscar compreender o que a análise está representando, inconscientemente, para o analisando, a cada momento específico.<sup>6,7</sup>

Essa posição baseou-se em um modelo teórico divergente daquele exposto por Freud, visto que parte da ideia de que o conteúdo transferido não se restringe apenas a eventos ou personagens pretéritos que são reeditados na relação atual com o terapeuta. O modelo kleiniano decorre de uma noção de mundo interno como um espaço, ou “cenário”, onde se relacionam “personagens” – objetos – construídos e coloridos pelos contínuos processos de introjeção e projeção, presentes desde o início da vida. Transferência, portanto, é a reprodução, na situação de tratamento, das relações mantidas entre os objetos constituintes do mundo interno.

Do ponto de vista metapsicológico, pode-se dizer que o destaque dado, até então, ao mecanismo de repressão cede espaço aos processos projetivos. O conceito de identificação projetiva, introduzido em 1946, amplia a percepção sobre os processos mentais que agem na relação terapêutica. Isso, no entanto, não foi intuído diretamente por Klein, e sim por aqueles que seguiram seu pensamento. Ao perceber a ação da identificação projetiva no material de algum paciente, ela interpretava, sempre, como uma ocorrência restrita à mente deste; nenhuma menção era feita aos sentimentos despertados no próprio terapeuta.<sup>8</sup> Paradoxalmente, a conceitualização da identificação projetiva revela os fenômenos intersubjetivos à psicanálise como um novo e vasto campo de sua investigação. Ocorre, assim, uma importante transformação no entendimento da cena analítica, voltando-se as atenções para o estudo da contratransferência.

É consenso que o marco dessa transformação foi o trabalho publicado por Paula Heimann, em 1950, sob o título *On Counter-transference*.<sup>9</sup> A partir daí, a mente do analista passa a compor, junto com a do paciente, os objetos da observação. Essa autora desfaz a ideia de um analista impassível e emocionalmente imune às manifestações do paciente. Ela considera que, sob o termo “contratransferência”, reúnem-se todos os sentimentos que o analista vivencia em relação a seu paciente, os quais devem ser vistos como uma criação deste último, uma parte de sua personalidade. Heimann funda a chamada concepção totalística da contratransferência. Sua posição é coerente, pois ela se mantém fiel ao postulado freudiano de neutralidade, visto que o analista, mesmo reconhecendo os sentimentos que lhe são provocados, deve subordiná-los à tarefa analítica, na qual *será sempre o reflexo do paciente em um espelho*.<sup>9</sup>

Simultâneos ao trabalho de Heimann e igualmente inovadores foram os estudos desenvolvidos por Heinrich Racker sobre a contratransferência.<sup>10,11</sup> Ele unifica, em definitivo, o binômio transferência/contratransferência, pois define a função ativa da mente do analista na criação do contexto relacional. Este fora sempre pensado (inclusive por Heimann) como uma ação centrífuga, isto é, o paciente é quem transfere, é quem projeta; mesmo que sua projeção desencadeie um movimento “contra” dentro do analista, é ainda o paciente o sujeito dessa reação. Racker, por sua vez, é inequívoco ao afirmar que, apesar de sua própria experiência de tratamento, o analista não está livre de seus conflitos inconscientes: “parte de sua libido ficou ligada na fantasia – aos objetos introjetados – e, portanto, continua disposta a ser ‘transferida’”.<sup>10</sup> Assim, postula que a transferência pode ser encarada como “[...] uma função das transferências do enfermo e das contratransferências do analista”.<sup>10</sup>

Defende que, com frequência, se misturam, no paciente, projeção e verdadeira percepção. Esta última detecta, seja no tom de voz, seja na formulação da interpretação, o estado emocional do analista, o que, sem dúvida, interfere na expressão transferencial. Constitui-se, dessa forma, uma verdadeira

[...] neurose interpessoal – *la névrose à deux* – que costuma surgir na situação analítica, embora, em geral, com diferente intensidade em um e outro dos dois participantes.<sup>11</sup>

Portanto, ao reconhecer que determinada expressão transferencial incita uma reação contratransferencial específica, Racker não deixa de referir que esse é sempre um movimento de dois sentidos, ou seja, uma situação transferencial também corresponde a determinado contexto contra-

transferencial. Dessa forma, lança as bases do que, mais tarde, viria a se conceituar como o “campo psicanalítico”, ainda que não o tenha nomeado de forma explícita.

Outros autores também se ocuparam das possíveis alterações surgidas no campo por interferência da patologia contratransferencial. Entre eles, despertam especial interesse os trabalhos de Money-Kyrle e Grinberg, principalmente por sua tentativa de elucidar ocorrências perturbadoras da situação de tratamento, observando o funcionamento interpessoal à luz de conceitos que até então se restringiam ao âmbito intrapsíquico, ou, de forma mais específica, o conceito de identificação projetiva.

Money-Kyrle<sup>12</sup> toma como ponto de partida o que os recíprocos processos de identificação projetiva e introjetiva podem causar no funcionamento mental de cada um dos componentes da dupla. Esses processos, até aí abordados apenas em sua expressão patológica, agem, igualmente, sobre o que o autor chama de contratransferência normal. A capacidade do terapeuta de estar identificado introjetivamente com o paciente permite senti-lo e compreendê-lo dentro de si e, por consequência, reprojeta-lo sob forma de interpretação. O processo se perturba quando o *self* do paciente ou seus objetos internos correspondem, de forma demasiado próxima, a algum aspecto do terapeuta que este ainda não alcançou compreender, envolvendo-os em um contexto de não entendimento e confusão propício a gerar desvios no andamento da terapia.

León Grinberg, em uma série de trabalhos correlatos,<sup>13-16</sup> ocupa-se com uma reação específica provocada no analista quando este se situa como receptor *passivo* da projeção maciça que o paciente faz de seus próprios objetos internos. Nessa ocorrência, que ele denomina “contraidentificação projetiva”, o analista se vê leva-

do a desempenhar o papel que, de forma ativa – ainda que inconscientemente –, o analisando forçou para dentro dele. A proposição de Grinberg (e a própria concepção totalística de contratransferência) tem recebido críticas de alguns autores, como Etchegoyen,<sup>17</sup> quando afirma que:

[...] por mais forte que seja a projeção do paciente, o analista não tem que sucumbir necessariamente a ela; se sucumbe é porque há algo nele que não lhe permite receber o processo e desenvolvê-lo.

O mesmo pondera Stefania T. Manfredi,<sup>18</sup> quando argumenta que tais ideias sugerem ser apenas o paciente ativo, enquanto o analista é apenas um alvo. Diz ela que, embora a contratransferência tenha-se tornado um instrumento, não deixou de ser um inconveniente e como tal deve ser estudado em seu continente natural, que é a mente do analista, antes de passar à interpretação.

De qualquer forma, os desenvolvimentos sobre a contratransferência revelam-se de muita utilidade na prática clínica, pois advertem sobre a necessidade de o terapeuta manter-se alerta àquilo que pode, por algum momento, lhe soar como estranho (*Unheimliche*) em sua reação afetiva ou conduta. Esse estranho pode estar indicando um contexto acionado pela força das intensas fantasias do paciente, mas que, em última instância, remetem o terapeuta ao estranho dentro de si, seu próprio inconsciente.

Um aporte decisivo para a compreensão dos eventos da situação terapêutica foi determinado pelo pensamento criativo de Wilfred Bion. Ainda que não se tenha ocupado especificamente com trabalhos sobre a técnica, ele propõe uma ruptura com o modelo clássico de observação psicanalíti-

ca. O analista entra em cena não mais como um mero observador e tradutor da vida mental do paciente, mas contribui com sua própria vida mental para as ocorrências dentro da sessão, sendo um dos fatores constituintes das transformações que ali se operam. A intersubjetividade não é percebida apenas como inevitável, impõe-se como única via possível de aproximação com a realidade psíquica; esta última perde a condição de facticidade tangível, saturada de nexos de causalidade, para configurar-se como uma construção possível que só tem significado na relação emocional única entre analista e analisando. A meu ver, a ruptura trazida pelo modelo bioniano tem como fundamento central a ideia condensada na afirmação de Bertolone, retirada do texto de Gaburri e Ferro:<sup>19</sup> “A mente é alguma coisa que se estende além dos limites do sujeito”.

A experiência de análise de psicóticos permitiu a Bion realizar uma reviravolta no modo de entender a identificação projetiva, valorizando sua função comunicativa. Isso nos é apresentado de maneira arguta no artigo *Sobre a arrogância*,<sup>20</sup> por meio de um relato clínico em que a percepção do contexto de campo bipessoal permite ao analista a compreensão do impasse em que estava envolvido juntamente com seu paciente. Ele descreve uma experiência de incomunicabilidade e não entendimento:

O estabelecimento de um forte relacionamento analítico por meio da comunicação verbal parecia, assim, impraticável. Analista e paciente formavam um par frustrado.<sup>20</sup>

A capacidade do paciente de associar-se com o analista assentava-se na oportunidade de cindir e afastar partes de sua psique, projetando-as dentro deste. A intolerância do analista em ser receptáculo de tais projeções era vivida pelo enfermo como ataques deferidos contra essa espé-

cie extremamente primitiva de elo entre paciente e analista. Bion conclui sobre a possibilidade de um uso normal de identificação projetiva, o qual será o alicerce de toda a sua teoria sobre o processo de pensar e, por consequência, sobre as ocorrências dentro da situação analítica.

No artigo seguinte, *Ataques ao elo de ligação*,<sup>21</sup> essas propostas surgem mais explícitas e sistematizadas, enfocando a importância da mãe real (e, portando, da atitude objetiva do analista) como promotora de equilíbrio ou de catástrofe psíquica. Fixa-se aí a necessidade de uma relação com outra mente como base da formação do pensamento, como produto da união entre partes da mente ou entre dois objetos.

Tendo concebido uma dimensão “funcional” da identificação projetiva como meio para a comunicação de determinado estado mental, Bion parte para a elaboração do arcabouço de sua teoria do processo de pensar, ou seja, o aparelho para pensar os pensamentos.<sup>22-24</sup> Este se constrói sobre o modelo de uma relação dinâmica entre algo que é projetado – *contido* – e um receptáculo que o contém – *continte*. Essa relação é representada pelo símbolo  $\sigma \leftrightarrow \varphi$ , e nela se sustentam os fundamentos de uma clínica “bioniana”.

Como já referido, essa dimensão clínica do pensamento de Bion significou uma considerável mudança na maneira de entender a função do analista na sessão; ele participa, vivencia e descreve a experiência emocional, mas não pode mais pretender ser o tradutor isento, fiel e literal do inconsciente do paciente.

Autores mais atuais desenvolveram tais ideias, ocupando-se, sobretudo, dos fenômenos presentes na estrutura formada pelo par analítico, como abordaremos mais adiante. Antes, porém, se impõe uma breve explanação sobre o momento em que o conceito de campo passa a tomar forma

entre as abordagens teóricas que tratam da relação analítica.

## CAMPO PSICANALÍTICO: UMA EXPOSIÇÃO DO CONCEITO

Coube ao casal Madeleine e Willy Baranger, em 1961, traçar as linhas mestras de um fenômeno que nomearam como “campo psicanalítico”. Partem dos pressupostos desenvolvidos por Heimann e Racker sobre a contratransferência, mas não se restringem à sua função de indicador das ocorrências transferenciais. Referindo-se a um fenômeno que transcende as manifestações específicas da mente do paciente ou do analista, esses autores descrevem uma

[...] situação de duas pessoas indefectivamente ligadas e complementares enquanto está durando a situação e envolvidas num mesmo processo dinâmico. Nenhum membro dessa dupla é inteligível dentro da situação sem o outro.<sup>25</sup>

Esse conceito pode ser mais bem apreendido se o enfocamos a partir de suas características estruturais, pois assim ele é descrito: “O campo é uma estrutura diferente da soma de seus componentes, como uma melodia é diferente da soma das notas”.<sup>26</sup> Assim, o campo se estrutura, primeiramente, dentro de um enquadre funcional. As dimensões de espaço e tempo delimitam esse enquadre, relativizando e sendo relativizadas pelos demais elementos que o constituem. Dentro dessa moldura de espaço e tempo, desenha-se o diálogo analítico como outro elemento estrutural básico. Englobam-se aí as diferentes expectativas de um par assimétrico, os papéis e as tarefas de cada um, as experiências subjetivas individuais e as manifestações dessa subjetividade no diálogo. As características específicas desse

diálogo (associação livre e atenção flutuante), bem como as condições em que se desenvolve (*setting*, abstinência, interpretação, entre outras), induzem à regressão em ambos os participantes. Para o analisando, ela é permitida e necessária, ainda que sujeita aos limites da expressão verbal. Para o analista, pode significar uma tentativa de sentir, o mais próximo possível, o nível de funcionamento do analisando, desde que deixe intacto o aspecto observador de seu ego, mantendo inalterada sua postura interpretativa. Descrevendo dessa forma a situação analítica, os Baranger consideram-na radicalmente nova e distinta de qualquer outro campo bipessoal.

Essa posição nos leva a retomar a questão da transferência entendida como reedição de um protótipo infantil passível de manifestar-se dentro ou fora da análise. Mais uma vez, revelam-se os limites dessa concepção, já que a transferência na análise é específica, na medida em que se produz a partir dos diversos elementos participantes do campo. Se as dimensões de espaço e tempo e, ainda, as próprias características do diálogo vão talhar o caráter da reação transferencial, o que dizer, então, da interferência da própria pessoa do analista e, principalmente, de sua subjetividade?

Isso nos remete ao elemento central na constituição do campo, que é a estrutura dinâmica que subjaz ao diálogo analítico; em outras palavras, a fantasia inconsciente do par. Utilizando, ainda, a analogia proposta para representar a situação analítica como um quadro com sua moldura definida pelas condições de espaço e tempo e seu desenho delineado pelas características do diálogo analítico, temos que pensá-lo como em um constante movimento em terceira dimensão.

O que importa, com a utilização desse modelo, é avançar além das descrições planas de transferência e contratransferência, como fenômenos próprios às mentes de cada um dos participantes, e ir em busca de

seu ponto de confluência, onde passam a formar uma nova estrutura, distinta dessas descrições isoladas.

O que propõem os Baranger, ao introduzir o conceito de campo, é formar uma compreensão mais ampla e profunda da proposição, deixada em aberto por Freud, de uma comunicação de inconsciente para inconsciente. A condição necessária a essa comunicação é a existência de uma fantasia inconsciente do par, que, nesse caso, adquire um sentido diferente do que se atribui correntemente, quando proposto em termos unipessoais.

Tal fantasia não pode ser considerada como determinada pelos impulsos instintivos do analisando ou do analista, ainda que os impulsos de ambos intervenham em sua estruturação:

Tampouco, e isso é o mais importante, pode ser considerada como a soma das duas situações internas. É algo que se cria entre ambos, dentro da unidade que constituem no momento da sessão, algo radicalmente distinto do que são separadamente cada um deles.<sup>25</sup>

Tudo o que foi exposto até agora permaneceria em um plano meramente descritivo se os autores referidos não se propusessem a entender a natureza dessa fantasia de par ou a responder à questão que eles mesmos formulam: quais processos intervêm em sua produção? Para isso, baseiam-se no conceito de identificação projetiva, reconhecendo sua ação centrífuga e centrípeta, isto é, como um movimento não apenas da mente do analisando, mas também da mente do analista. Explicam a fantasia inconsciente do campo bipessoal como o interjogo de identificações projetivas e introjetivas, com seu necessário corolário de contraidentificações.

Como é sugerido que ambos os protagonistas concorrem na ativação desses mecanismos, é necessário retomar a questão da simetria/assimetria da situação analítica, ou, em outras palavras, determinar quais as características específicas do engajamento de cada um dos protagonistas nessa situação. Nos trabalhos de 1961 e 1964,<sup>25,27</sup> os Baranger não se estendem nesse ponto. Referem apenas que a análise se diferencia de qualquer outra situação de par, pois aqui a identificação projetiva deve ser limitada e controlada no analista; preconizam, ainda, que ele a *utilize* em pequenas doses como uma sondagem experimental. Restabelecem, assim, a assimetria no interjogo de identificações projetivas, pois mencionam sua utilização limitada pelo analista. Essa formulação, no entanto, nos leva a indagar como um processo que, em sua essência, é inconsciente, pode ser dosado ou controlado. Caso fosse possível “utilizar” a identificação projetiva dessa maneira, isso seria somente um procedimento intelectual distante da genuína experiência emocional que qualifica a situação de campo analítico.

Com a concepção de um campo bipessoal, mudam, também, as perspectivas de avaliação do andamento do processo terapêutico. Sugere-se que essa avaliação se volte para o plano situacional (ou relacional), buscando identificar momentos de mobilidade ou de cristalização do campo. O contínuo interjogo das identificações projetivas pode produzir estereótipos e paralisações do processo, envolvendo ambos os participantes. Tais circunstâncias, denominadas por esses autores como “baluartes”, só poderão ser superadas se o analista for capaz de observar-se, junto com seu analisando, como participante da fantasia imobilizadora e, a partir dessa “segunda mirada”, formular sua interpretação.

Ainda que posteriormente tenham reformulado sua teoria sobre o papel das

identificações projetivas recíprocas e cruzadas na constituição do campo analítico,<sup>28</sup> penso que essa contribuição do casal Baranger retém sua validade, em especial se agregada à sugestão de Bion sobre a ocorrência de um grau normal de identificação projetiva como mediadora de uma comunicação primitiva.

## ALGUMAS VERSÕES CONTEMPORÂNEAS

Sustentado em um modelo de trabalho que nasce de um “encontro fecundo” entre as conceitualizações de Bion e dos Baranger, Antonino Ferro desponta com uma série de trabalhos que nos convidam a uma reflexão profunda sobre aquilo que ocorre na sala de análise. Em todos os escritos revisados para este capítulo,<sup>5,29-38</sup> o autor deixa clara sua filiação a um conceito de campo bipessoal no qual somente é possível conhecer a fantasia inconsciente da dupla, estruturada por contribuições da vida mental de paciente e analista, mediatizada pelas recíprocas identificações projetivas.

A premissa de que a identificação projetiva não é apenas a fantasia onipotente de um indivíduo, mas algo que se dá entre duas pessoas, é levada por Ferro às suas últimas consequências, sustentando que analista e paciente compartilham, com toda a intensidade, as emoções e os temores surgidos na sessão. É central a ideia de que o encontro analítico deva constituir-se em um espaço gerador de uma experiência emocional da dupla, privativa e irrepelível, que, ao adquirir um significado mútuo, se transforma em uma nova história, cuja narrativa é sempre composta a quatro mãos.

O trabalho da análise (e do analista) será de integrar essas “áreas do tecido comunica-

tivo do par”, para que possam, paciente e analista, alcançar uma visão comum sobre o que sucede na profundidade de seu funcionamento interpessoal:

Somente neste momento é possível a discriminação e redistribuição do que havia-se confundido pelo cruzamento das identificações projetivas e cada membro da dupla pode individualizar melhor seus aspectos interiores ativados na relação com o outro.<sup>37</sup>

Ferro segue adiante, buscando dar uma forma mais definida a seu modelo de campo. Para isso, lança mão de referenciais da narratologia, dispondo o material surgido na sessão como “personagens”. Estes não precisam ser, necessariamente, antropomórficos, podendo, além de pessoas, constituir-se por objetos ou situações que formam os nós de uma rede narrativa interpessoal. Os personagens são “escritos” na sessão por diversas vias comunicativas: as associações de ideias, as lembranças infantis, o desenho, o jogo, as fantasias, os sonhos, e assim por diante. Ainda que, de acordo com um referencial kleiniano, possam estar representando os objetos do mundo interno do paciente, ou, com Freud, significar uma rede de relações históricas, pelo vértice proposto por Ferro, tais personagens dramatizam as inúmeras possibilidades de histórias que expressam sempre o que, no momento atual, se passa entre as duas mentes da relação analítica.

Há, também, a já referida imagem visual de “holografia afetiva”, ilusão ótica que permite uma sucessiva reconstrução tridimensional de um mesmo objeto, como forma de representar os inúmeros “mundos possíveis” pensáveis pela dupla.<sup>33</sup>

Mas, se os personagens da sessão falam sempre do presente, que lugar ocupa a “história”, na qualidade de ordenação, no tempo dos eventos psíquicos? A resposta

de Ferro a essa questão distingue-o, radicalmente, do que ele chama de “psicanálise monopessoal”, isto é, aquela feita de reconstruções que se montam a partir de um processo de investigação e desvendamento de um enigma. Entende que os deslocamentos temporais, veiculados pela evocação de lembranças, buscam “datar” os fatos mentais e emocionais, assim como as cisões atendem às necessidades de situá-los no espaço. São sistemas de proteção que devem ser respeitados como testemunhos do universo afetivo individual do paciente. Porém, afirma, seguindo Bion, que existem somente sentimentos do presente e que só estes é possível conhecer.<sup>5,29</sup> Há, portanto, uma outra história a ser conhecida, que é aquela que está sendo construída em conjunto e que se forma por “lembranças de experiências nunca antes acontecidas”, experiências essas compostas por novos personagens, que se estruturam no aqui e agora e que depois se tornam novos “habitantes” do mundo interno ou da “história”.<sup>33</sup> Esses personagens transcendem a referência temporal e são entendidos como “modalidades expressivas” do que acontece no campo, o qual necessita de “nós narrativos” para tornar-se narrável.<sup>39</sup>

A ênfase de Ferro sobre a especificidade da experiência atual leva-o a sugerir que o funcionamento mental da dupla analítica se desenvolve com base em dois diferentes regimes fundamentais alternativos.<sup>29,37</sup> O primeiro é o que tradicionalmente denominamos “transferência” (e a contratransferência como seu complemento), seja ela entendida como repetição do passado, seja como externalização do mundo interno. O outro desses regimes, denominado “relação”, é o que se constitui pela experiência intersubjetiva inédita, cuja representação simbólica será sempre construída de forma consensual. A transferência, ou as transferências (do paciente e

do analista), tendem a utilizar vias subterâneas para integrarem-se à atualidade do funcionamento do par, e o que, de fato, se observa é um constante movimento oscilatório entre esses dois regimes, representado pelos símbolos  $T \leftrightarrow R$  (por analogia à oscilação descrita por Bion:  $PS \leftrightarrow D$ ).

Assim disposta, essa tese suscita alguns questionamentos, pois pressupõe um nível de interação entre analista e analisando regido, exclusivamente (pelo menos em termos de abstração teórica), pela atualidade da experiência emocional gerada no encontro analítico. A transferência atua como uma intrusa que provoca repetição estereotipada e a estagnação do campo, obstruindo a fertilidade criativa do par ou a possibilidade de “novas experiências afetivas, que tornam transitáveis e pensáveis, no encontro com outra mente, emoções nunca antes convidadas”.<sup>38</sup> É claro que ele próprio se antecipa a essa crítica, afirmando que

[...] o ângulo de autorreferencialidade do campo não pode ser visto o tempo todo como único, pois, nesse caso, teríamos uma situação que se enroscaria esterilmente sobre si mesma.<sup>29</sup>

Entretanto, afirma, mais adiante, no mesmo texto, que, quando observado *do ângulo que considera entre todos o mais significativo*, o par analítico fala *apenas e sempre* de si mesmo e do funcionamento recíproco. A evidência de um modelo de trabalho que privilegia o polo R da oscilação sugerida ( $T \leftrightarrow R$ ) transparece na leitura de seus textos, geralmente ricos em vinhetas clínicas. Isso se manifesta, sobretudo, em dois fundamentos básicos de seu pensamento: o paciente como melhor colega e as interpretações narrativas.

A ideia de que o paciente sabe mais sobre como é sentir-se igual a ele do que qualquer analista pode saber foi exposta por Bion nas *Discussões* realizadas em Nova

York, no ano de 1977.<sup>40</sup> A sugestão de que este será sempre o “melhor colega” com quem poderemos contar para entendermos os acontecimentos de dentro da sala da análise é adotada por Ferro como um dos “carros-chefes” de seu sistema. Ele propõe que se mantenha uma constante função de monitoramento das transformações por que passam as figuras trazidas pelo paciente à sessão.

Essa abordagem dá condições ao analista de ver-se a si próprio, bem como ao paciente, a partir do ponto onde ele está situado [...] O paciente nos relata constantemente como somos para ele a partir de ângulos totalmente desconhecidos para nós; ao mesmo tempo, porém, é preciso que reconheçamos que ele nos coloca na posição de permitir que “seu” problema entre em campo exatamente por meio de nós.<sup>29</sup>

Essa aproximação mostra-se de extrema utilidade clínica, pois conduz o analista a uma sistemática avaliação de si mesmo e de seu trabalho, evitando, assim, a tendência a atribuir sempre à fantasia inconsciente do analisando, ou às suas identificações projetivas, as ocorrências surgidas no campo de análise. No entanto, alguns relatos de Ferro parecem negligenciar aquilo que é próprio ao paciente, a sua realidade psíquica. Há o risco de darmos a esse “melhor colega” o lugar do observador neutro, capaz de captar e descrever com precisão a “realidade” do que sucede ao par analítico. É preciso não esquecer que, ainda que as manifestações do paciente sejam o guia que deve nos orientar na busca do entendimento daquilo que acontece na sessão, essa “realidade” que ele descreve surge-nos, inevitavelmente, transformada pelo filtro de sua própria mente. Assim, o “melhor colega” é também aquele que resiste arduamente ao trabalho da análise, utilizando

meios defensivos sutis para evitar a dor de confrontar-se com a realidade interna e externa e, sobretudo, tenta sempre, pela repetição transferencial, alterar o caráter desta última. Se não funcionasse assim, não seria paciente, e o processo analítico se tornaria inviável.

As ideias de Ferro sobre o campo analítico levam a uma original consequência quanto à técnica interpretativa. É nesse âmbito que mais se evidenciam as peculiaridades desse autor, pois ele propõe um rompimento com a forma tradicional de interpretar, ou com o que ele costuma chamar de “interpretações fortes”. Nestas, o analista coloca-se em um papel de intérprete-decodificador, que enuncia, de maneira assertiva, o conteúdo das fantasias inconscientes subjacentes às expressões do paciente, buscando principalmente nelas o seu significado transferencial. A elas contrapõe um tipo de interpretação que não menciona, necessariamente, a transferência, ainda que encerre o mesmo conteúdo. A ideia é “vestir” as interpretações com as palavras e as personificações derivadas do discurso do paciente, sem referências explícitas ao *hic et nunc* da sessão, tendo o cuidado de moldá-las em uma textura narrativa compartilhada. Estas são chamadas de “interpretações fracas”, por seu conteúdo insaturado, isto é, que permite configurações de sentido ainda muito incipientes, abertas para ulteriores contribuições do paciente. Trata-se mais de construir um significado, junto com o analisando, do que de traduzir um significado já existente.

Além de considerar as premissas de Bion sobre a saturação dos enunciados, é útil, para se entenderem as propostas de Ferro sobre a interpretação, ter conhecimento da teoria narratológica em que ele as sustenta.<sup>34</sup> Dos vários autores citados, o que mais diretamente fixa as bases desse sistema hermenêutico é Umberto Eco, em

sua *Obra aberta*. Esse autor analisa a obra de arte, seja literária, seja plástica ou musical, como um sistema de signos infinitamente traduzíveis. Toda obra de arte, mesmo quando é forma acabada e fechada na sua perfeição de organismo calibrado com exatidão, é aberta pelo menos quanto a poder ser interpretada de diferentes modos, sem que sua irreduzível singularidade seja, por isso, alterada.<sup>41</sup> Há textos com uma inesgotável possibilidade interpretativa, em cuja construção irá contribuir o “leitor-executante”.

A transposição desses princípios para a situação analítica expande o campo de visão do analista, livrando-o dos limites que a couraça de um referencial teórico fechado possa representar. No entanto, há sempre o conhecido risco de tomarmos o paciente como um texto literário, abstraindo-o de sua condição de ser singular, cujo sofrimento se vincula a experiências específicas intransferíveis e que, necessariamente, se inserem no contexto histórico próprio daquela pessoa. Sob outro enfoque, indago-me se o uso sistemático de interpretações não saturadas não favorece o incremento de ansiedades confusionais, visto que evitam as necessárias cisões normais que permitem diferenciar e situar os objetos, ou aspectos destes, para que possam, depois, ser integrados.<sup>42</sup>

Apesar de sua originalidade, propiciadora de novos desenvolvimentos, o conceito de campo não foi subscrito por muitos dos autores que tratam do tema da intersubjetividade. O estudo dos fenômenos referentes à situação terapêutica deu ensejo a outras abordagens teóricas igualmente fecundas. Entre elas, destaco as proposições de Thomas Ogden. Sua originalidade e independência não escondem a marca da influência de Klein, Bion e Winnicott. Soma-se a isso uma forma de pensar sistematicamente moldada pelos princípios da dialética hegeliana, como se denota em seus

inúmeros escritos.<sup>43-57</sup> A dialética, como o próprio Ogden<sup>45</sup> sintetiza,

[...] é um processo em que elementos opostos se criam, preservam e negam um ao outro, cada um em relação dinâmica e sempre mutativa com o outro. O movimento dialético tende para integrações que nunca se realizam por completo. Cada integração potencial cria uma nova forma de oposição, caracterizada por sua própria forma distinta de tensão dialética. Aquilo que é gerado dialeticamente está continuamente em movimento, perpetuamente em processo de ser criado e negado, de ser descentrado da autoevidência estática”.

O sujeito da psicanálise constitui-se (integra-se em uma síntese) ou se descentra (polarizando os opostos) de modo contínuo, seja em termos de sua abordagem metapsicológica (consciente/inconsciente, posição esquizoparanoide/posição depressiva, realidade/fantasia, unicidade/separação), seja como sujeito participante de um encontro específico com o outro, compondo o que conhecemos por situação analítica. Os sujeitos da situação analítica mantêm uma relação dialética entre si, de maneira que analista e analisando não podem ser pensados como entidades separadas que tomam um ao outro como objetos. Ogden não se refere a um campo onde se processam os fenômenos bipessoais, mas à geração de um terceiro sujeito, que passa a interagir dialeticamente com os participantes da dupla.

A concepção de intersubjetividade analítica apresentada por esse autor fundamenta-se, a princípio, nas ideias de Winnicott. Foi Donald Winnicott<sup>58,59</sup> quem apontou para o fato de o desenvolvimento emocional do indivíduo não se processar em um ambiente neutro. Apesar da renúncia de Freud<sup>60</sup> à teoria da sedução, é necessário reconhecer que o bom ou o mau am-

biente de um bebê em formação não pode ser considerado apenas como projeção. Cabe lembrar a conhecida afirmação de Winnicott de que “um bebê é algo que não existe (separado dos cuidados maternos)”. Mãe-bebê constitui uma unidade que contém em si uma contínua tensão dinâmica entre as entidades mãe e bebê, efetivamente possuidores de existência física e psicologicamente separados.

Outro conceito de Winnicott que contribui para essa abordagem da intersubjetividade é o de “espaço potencial”.<sup>43</sup> Tal expressão refere-se à área intermediária da experiência que se situa entre a realidade e a fantasia, um espaço hipotético que, ao mesmo tempo, reúne e separa a criança (sujeito) e a mãe (objeto). É nesse espaço que surge a atividade imaginativa e se formam os símbolos. Formas mais específicas do espaço potencial incluem o espaço do brincar, a área dos objetos e fenômenos transicionais, a área da criatividade e da experiência cultural e, ainda, o espaço analítico. Neste último, os polos opostos que compõem a experiência são as respectivas subjetividades de paciente e analista, potencialmente geradoras de um terceiro sujeito, o “terceiro-analítico intersubjetivo”.

Ogden parafraseia Winnicott, afirmando que, “em um 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”.<sup>47</sup>

Como criadores do terceiro analítico, analista e analisando destroem-se e recriam-se mutuamente, mantendo uma constante tensão dialética entre esse terceiro elemento e as individualidades de cada um dos componentes da dupla. A oscilação entre subjetividades e intersubjetividade possibilita ao

terceiro analítico, embora criado conjuntamente, não ser vivenciado da mesma forma por ambos os participantes, mas que se constitua na assimetria do *setting* analítico, que é fortemente definido pela relação entre os papéis de analista e analisando. O analista deve, portanto, observar o desmantelamento de seus limites individuais, de maneira que possa pensar *a partir* da experiência inconsciente do terceiro intersubjetivo e, ao mesmo tempo, pensar *sobre* ele, desde uma posição de analista fora dele:

A experiência do analista no e do terceiro analítico é (primariamente) utilizada como veículo para a compreensão das experiências conscientes e inconscientes do analisando (analista e analisando não estão envolvidos em um processo democrático de análise mútua).<sup>47</sup>

A tarefa analítica, pois, será descrever, da maneira mais completa possível, a natureza da experiência vivenciada na relação entre a subjetividade individual e o terceiro analítico. Para que essa descrição seja possível, deve valer-se daqueles objetos construídos no interjogo de comunicações da dupla e que dão significado à experiência. Ogden nomeia-os “objetos analíticos”, conforme a exposição feita por Green:<sup>61</sup>

[...] o real objeto analítico não está nem do lado do paciente, nem do analista, mas no encontro dessas duas comunicações, no espaço potencial que situa-se entre eles.

Assim como fazem os Baranger e Ferro, Ogden também aborda os eventos do campo interpessoal sob o prisma da identificação projetiva. Adota esse conceito na acepção que lhe é dada a partir de Bion e Rosenfeld e o considera como uma dimensão de *toda* intersubjetividade, às vezes como qualidade predominante da expe-

riência, às vezes como um sutil pano de fundo.<sup>49</sup> Entretanto, cria certo paradoxo quanto a esse caráter “universal” da identificação projetiva, pois também a entende como uma forma *específica* de terceiridade analítica.<sup>50</sup> Essa especificidade está no fato de que tanto o sujeito que projeta quanto o que recebe a identificação projetiva se transformam negando mutuamente suas subjetividades individuais, permitindo, desse modo, serem “subjugados” por um terceiro sujeito (o sujeito da identificação projetiva). O resultado disso pode ser um colapso parcial do movimento dialético da subjetividade e da intersubjetividade. O autor sugere que, para ocorrer crescimento psicológico, deve haver uma superação do terceiro subjugador e o estabelecimento de uma dialética nova e mais geradora de unicidade e dualidade, similaridade e diferença, subjetividade individual e intersubjetividade. Um processo analítico bem-sucedido pressupõe essa superação e uma reapropriação das subjetividades do analista e do analisando como indivíduos separados, ainda que interdependentes.<sup>49,50</sup>

A maneira peculiar como Ogden enfoca o processo analítico, que tentei expor em linhas gerais, também traz consigo implicações quanto à forma de perceber a questão da “história passada” do paciente na sessão analítica. As associações que brotam no diálogo não são escutadas como uma via de recuperação de uma memória recalçada, mas “como a criação de uma experiência que, até então, não existira sob tal forma”.<sup>49</sup> Segundo ele,

[...] o analista não vivencia o passado do analisando; vivencia sua própria criação do passado do analisando, gerada na sua vivência do terceiro analítico.<sup>50</sup>

O “passado”, portanto, surge como uma construção inédita daquele par analí-

tico em particular. Esse enfoque aproxima-se das ideias de Ferro sobre o mesmo tema, quando refere que há uma história que está sendo construída em conjunto e que se forma por “lembranças de experiências nunca antes acontecidas”.<sup>33</sup>

Por fim, cabe destacar a importância dada por Ogden ao funcionamento da mente do analista durante a sessão. Ele sugere que o sentido da experiência inconsciente do terceiro analítico só pode ser captado de forma indireta, mediante uma condição análoga ao estado de *rêverie* descrito por Bion. Essa condição requer uma valorização de todas as nuances e detalhes dos eventos da hora analítica, incluindo aí os pensamentos mais mundanos do analista, fantasias, sentimentos, ruminações, devaneios, sensações corporais, os quais parecem totalmente desconectados daquilo que o paciente está dizendo ou fazendo naquele momento. Os pensamentos e os sentimentos envolvidos na *rêverie* são geradores de metáforas que dão forma à dimensão inconsciente da relação analítica.

A influência das ideias de Bion na atividade clínica de Ogden tem sido enfatizada em seus últimos artigos.<sup>56,57</sup> Sugere o autor que a arte da psicanálise consiste em gerar condições para que o paciente (com a participação do analista) seja capaz de sonhar seus sonhos não sonhados e interrompidos. Baseia-se no enfoque que Bion dá ao trabalho do sonho, considerando-o como expressão de um processo contínuo, que se desenvolve tanto quando estamos dormindo quanto quando estamos acordados, processo esse que dá forma à experiência, tornando-a pensável. Se, por um lado, pode parecer que o analista empresta sua mente (e, portanto, aquilo que compõe seu mundo interno) para sonhar a experiência ainda não processada pela mente do paciente, por outro, esse “novo sonho” não pertence nem a um, nem a outro, e sim a

um terceiro sujeito, que tanto é quanto não é o paciente ou o analista.

A leitura dos trabalhos de Ogden torna-se bastante viva pelos inúmeros exemplos clínicos que apresenta. Aí podemos observá-lo trabalhando com seus próprios conteúdos mentais e com o contexto intersubjetivo. Todavia, ainda que proponha uma mudança na forma de interpretar, por meio do que denomina ação interpretativa, não se observa uma alteração substancial na forma do diálogo analítico, como é o caso de Antonino Ferro e as interpretações narrativas. Em sua maioria, as intervenções de Ogden constroem-se sobre o caráter simbólico da comunicação verbal e dirigem-se à expressão mais imediata da transferência do paciente no modo como se apresenta no aqui e agora da sessão.

As abordagens referidas até aqui tomam o conceito kleiniano de identificação projetiva como o pressuposto metapsicológico básico que alicerça o entendimento dos fenômenos relacionais da situação terapêutica. Há, no entanto, autores que, mesmo preservando uma postura clínica intersubjetivista, dispensam o uso daquele conceito quando argumentam a favor de seu posicionamento clínico. Uma abrangente exposição crítica dessas teses foi feita por Dunn,<sup>1</sup> em um texto que se estrutura como um frutífero debate entre as propostas intersubjetivistas e o modelo clássico de observação psicanalítica. A ideia central do enfoque intersubjetivo sustenta-se, sobretudo, na impossibilidade de uma descoberta da psicologia do paciente feita por um observador externo não viesado. As percepções do clínico estão sempre moldadas por sua irredutível subjetividade. Para Dunn,<sup>1</sup>

[...] a posição intersubjetivista é de que o fenômeno mental não pode ser suficientemente compreendido se abordado como uma entidade que

existe “dentro” da mente do paciente, conceitualmente isolado da matriz social da qual emerge.

Essa posição afasta-se da concepção de um funcionamento mental mobilizado, em essência, pela busca de descarga de pulsões endogâmicas. Criticando o caráter mecanicista desse último modelo, os intersubjetivistas entendem a mente como predominantemente relacional e comunicativa.

Nessa linha de pensamento, destaca-se Owen Renik, que propõe uma contundente revisão de alguns fundamentos técnicos da terapia psicanalítica. Ele reconhece que o interesse pela contratransferência passou a ocupar um lugar de destaque para a compreensão do processo psicanalítico. O consenso é o de que a tomada de consciência do próprio envolvimento emocional habilita o terapeuta a evitar a indesejada atuação contratransferencial, transformando-a em fonte de conhecimento. Renik, no entanto, questiona esse postulado, afirmando que toda percepção da contratransferência é, necessariamente, precedida por uma atuação da parte do analista. Sustenta essa ideia com base na afirmação de que toda forma de pensamento envolve algum tipo de atividade motora, mesmo que muito atenuada. Assim, o terapeuta “atua” nas mais tênues nuances de sua forma de escutar o paciente, de decidir se fala ou permanece calado, nas palavras que escolhe, no tom com que as pronuncia. Esses gestos são percebidos pelo paciente e agem sobre ele, mesmo antes que o terapeuta possa dar-se conta dessa “atuação”.<sup>62</sup> Para esse autor, o conceito de *neutralidade analítica* nutre-se de uma ilusão, ainda que proposto apenas como uma meta a ser perseguida, mas difícil de ser alcançada:

Em vez de dizer que é *difícil* para um analista *manter* uma posição na qual sua atividade analítica esteja objeti-

vamente focada na realidade interna do paciente, eu diria que é *impossível* para um analista estar nessa posição, *mesmo que seja por um instante*. Visto que estamos constantemente atuando dentro da situação analítica na base de motivações pessoais, das quais só podemos ter conhecimento após o fato, nossa técnica, incluindo a escuta, é *inescapavelmente* subjetiva.<sup>62</sup> (grifo do autor).

Mas Renik não se detém aí, pois sugere que tentar buscar a neutralidade como um ideal técnico pode ser, até mesmo, contraproducente.<sup>63</sup> Argumenta que um terapeuta, ao pretender-se neutro e objetivo, desmente a influência que seus julgamentos pessoais possam ter sobre suas formulações e intervenções. Agindo dessa maneira, favorece uma idealização transferencial, atribuindo-se um papel de autoridade que compromete o respeito pela autonomia do paciente.

A partir desses princípios, Renik desenvolve sua teoria sobre a ação terapêutica do método analítico. Em sua opinião, o que o paciente espera do terapeuta é que ele ofereça uma perspectiva diferente da sua. Supostamente, deveria ser uma perspectiva mais sensata, mas pode não ser assim:

A competência do analista não se sustenta na premissa de que seu ponto de vista é mais válido do que o do paciente, mas sim no fato de que o analista pode prover uma perspectiva alternativa, uma nova maneira de construir a realidade, que pode ou não ser utilizada pelo paciente, dependendo do mérito que ele atribui a ela.<sup>63</sup>

O processo terapêutico é, portanto, um processo de *interação* dialética, no qual analista e paciente descobrirão seu caminho nos encontros cruciais entre teses e antíteses, por meio de um processo de negociação. Nesse sentido, Renik enfatiza que a

neutralidade de parte do analista de forma alguma favorece esse processo dialético de aprendizagem.

As críticas de Renik ao conceito clássico de neutralidade mostram-se pertinentes quando advogam que é inviável para o terapeuta despojar-se de suas motivações inconscientes ao ingressar na cena psicoterápica ou analítica. Afinal, é exatamente sobre a importância dessas motivações na composição do campo de tratamento que discorre este capítulo. No entanto, sua tese sobre o processo dialético de ação terapêutica (e, por consequência, sobre a inconveniência da busca de uma atitude neutra) pressupõe uma simetria na relação de tratamento contrária aos fundamentos técnicos de uma clínica com base no método psicanalítico.

Ainda que o termo “neutralidade” tenha sofrido um desgaste e se mostre inapropriado para definir a posição do terapeuta dentro do campo, há toda uma estrutura que denominamos *setting*, a qual dá à relação de tratamento uma singularidade que a diferencia de qualquer outro tipo de relação interpessoal. Nessa estrutura, os lugares são assimetricamente definidos pela escuta e pela associação livre. A meu ver, o paciente não vem ao tratamento para encontrar uma posição alternativa com a qual possa se confrontar dialeticamente; para isso, poderia contar com qualquer pessoa bem-intencionada de suas relações pessoais.

Também não creio que ele esteja interessado nas opiniões pessoais do seu terapeuta, mesmo que, por vezes, de forma explícita, manifeste esse interesse. O que ele busca é um ambiente (ou continente) onde possa atualizar os conflitos penosos que o atormentam, sem que sofra as repetitivas consequências que esses conflitos promovem. É essa *nova* experiência emocional que, transformada em algo *pensável*, pode-

rá constituir um verdadeiro aprendizado, capaz de promover mudança psíquica.

Ao expor sua visão sobre a dinâmica do processo terapêutico, Renik não se volta para uma explicação dos aspectos metapsicológicos que fundamentam a possível mudança psíquica. Enfatiza que o terapeuta só pode tornar-se objetivo no momento em que toma consciência da condição absoluta de sua subjetividade. Afirma que, “na análise, como em tudo na vida, as observações da realidade são construtos formados em relação a interesses subjetivos específicos”.<sup>64</sup> Objetividade, portanto, é um conceito pragmático, pois se refere tanto a *objetivos* quanto a *objetos*, e a validade da compreensão surgida no tratamento estará totalmente baseada em sua eficácia terapêutica. Conclui que, tanto na psicanálise quanto no resto da ciência, verdadeiro é aquilo que funciona.

O contraponto a essa tese é que uma visão tão pragmática, carente de um substrato metapsicológico que especifique a ação terapêutica das técnicas de base psicanalítica, pode ser igualmente válida para outras técnicas de tratamento, capazes também de apresentar bons resultados, sobretudo se mantivermos a suposição de que a avaliação desses resultados só pode ser feita em bases essencialmente subjetivas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O seguimento diacrônico de um conceito busca delinear os acréscimos que cada versão renovada propõe ao conhecimento do fenômeno observado. Aqui, temos como objeto a situação analítica e diferentes formas de compreendê-la. Todavia, se a abertura de novos ângulos de percepção significou um avanço no processo, ela também trouxe consigo os limites de seu

alcance. Freud, certamente, não escapou desse imperativo. Ao abandonar a ideia da transferência como um fenômeno pontual, um mero desvio, ou “falsa ligação”, no fluxo associativo do paciente, ele a coloca no centro dos acontecimentos, definindo-a não apenas como poderoso auxiliar do tratamento, mas como elemento essencial de convicção, pois nada poderia ser atingido *in absentia* ou *in effigie*. Assim fazendo, Freud vê-se, mais uma vez, diante da problemática da sugestão: se a transferência está sempre presente, como delimitar a verdadeira ação terapêutica do efeito sugestivo que ela comporta? Para contrapor-se a esse incômodo questionamento, ele elabora as conhecidas recomendações técnicas, que disciplinam, mas não resolvem o problema. Não sendo possível evitar a disposição do paciente à sugestão, nutrida pela própria transferência, impunha-se que se tentasse neutralizá-la do lado do analista. Como vimos, essa imagem de um terapeuta isento, idealmente “purificado” por sua análise pessoal, revelou-se ilusória na prática clínica.

A impossibilidade de banir a contra-transferência da cena analítica a faz ser integrada ao método, mas com a função restrita de balizador da transferência. Fala-se, então, no “uso” que o terapeuta pode (ou não) fazer de sua contratransferência para melhor entender seu paciente. Reconhecendo a possibilidade, no âmbito terapêutico, de uma comunicação de inconsciente para inconsciente, não há dúvida de que a percepção sobre as próprias reações emocionais mune o terapeuta com um instrumento mais agudo e profundo para a compreensão de seu paciente. Entretanto, não pode ser omitido que esse “instrumento” é também o mais poluído com o que procede de sua própria história pessoal.<sup>18</sup>

Como destacou Money-Kyrle,<sup>12</sup> o alcance da percepção de um analista não

ultrapassa os limites daquilo que ele compreendeu de si mesmo. Portanto, a proposta de um uso “opcional” da contratransferência torna-se inexequível: como fazer uso de algo que se situa, em essência, no âmbito da experiência inconsciente, se esse uso é um atributo do sujeito mesmo da experiência? Sendo a contratransferência espontânea e inevitável, cabe, antes de tudo, tentar detectá-la em todos os derivados que estejam assinalando sua ocorrência e sujeitá-la à constante autoanálise que se impõe ao terapeuta no curso de sua tarefa. Mesmo assim, resta sempre a questão: onde situar a fronteira entre aquilo que é uma reação emocional induzida pelo paciente e as manifestações oriundas estritamente da constelação psíquica do analista? O modelo parece se esgotar em sua origem, na medida em que transferência e contratransferência são conceituadas como fenômenos individuais, ocorrendo no paciente e no analista, respectiva e separadamente. Sua ação recíproca será mais bem apreendida com os ajustes ao modelo trazidos pela noção de campo, ou, de forma mais genérica, de intersubjetividade.

Com a concepção de um campo relacional estruturado pelo jogo dialético das interferências recíprocas entre observador e observado, não há mais como pensar as ocorrências da vida mental de paciente e analista de modo isolado. A ideia de uma tensão oscilatória constante entre as individualidades de cada um e a absorção destas para dentro da intersubjetividade relaxam a premência analítica de distinguir o que é de um ou do outro. Amplia-se o ângulo de observação, possibilitando ao terapeuta reconhecer os fatos clínicos psicanalíticos<sup>65</sup> que estão sendo construídos, simultaneamente, por ele e por seu paciente. É por meio desse reconhecimento que cada um poderá discriminar melhor

sua participação no campo, recuperando seus aspectos projetados, agora certamente modificados pela análise da experiência bipessoal.

Convém lembrar que, apesar de o modelo do campo relacional exposto ao longo deste capítulo ter sido construído a partir da clínica psicanalítica, seus fundamentos teóricos nos permitem concluir que podemos utilizá-lo para a compreensão dos fenômenos interpessoais presentes em qualquer outro tipo de técnica psicoterápica. Os princípios de funcionamento são os mesmos, e, portanto, seu conhecimento torna-se indispensável, mesmo para quem atua no âmbito restrito da psicoterapia.

Cabe, ainda, mencionar que as diferentes abordagens desse modelo são inequívocas em preservar a necessária assimetria de funções na situação analítica, pois, afinal, como assevera Ogden, não se trata de um processo democrático de análise mútua. A manutenção da estabilidade do *setting* dá à relação bipessoal a condição restrita de um tratamento. Ainda que ambos os participantes estejam comprometidos no processo com o lastro de suas vidas emocionais, cabe apenas a um deles associar livremente, enquanto ao outro compete escutar, tentar integrar os elementos vivenciados na sessão e, quando possível, transformá-los em interpretação. Mesmo não sendo o detentor de uma verdade irrefutável, é papel do terapeuta presidir o processo, o qual será sempre dirigido à realidade psíquica do paciente.

A vivência intersubjetiva proporciona condições de crescimento mental ao próprio analista, mas, acima de tudo, habilita-o a um contato emocional mais genuíno, que, se refletido em uma linguagem exitosa, poderá promover a mudança psíquica em seu paciente.

**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. Questiona-se a possibilidade de uma observação de cunho psicanalítico caucionada pela soberana objetividade do terapeuta-observador. Sua inerente subjetividade impõe-se no ato de observação, estruturando-se um campo intersubjetivo dinâmico em que ambos os participantes não podem mais ser compreendidos separadamente. O que quer que aconteça a um deles necessariamente produz efeito sobre o outro.
2. As raízes desse entendimento encontram-se nas ideias de Freud sobre transferência e contratransferência. Esse autor sugere que, além das comunicações verbais manifestas entre o paciente e seu terapeuta, pode ocorrer uma comunicação de inconsciente para inconsciente.
3. A introdução, por Melanie Klein, do conceito de identificação projetiva abre um novo e vasto campo de investigação da cena analítica, voltando-se as atenções para o estudo da contratransferência.
4. Os trabalhos de Heimann e Racker apontam para o reconhecimento de que a situação de tratamento é sempre um movimento de dois sentidos, ou seja, uma situação transferencial também corresponde a determinado contexto contratransferencial. Portanto, é essencial que o terapeuta mantenha-se alerta àquilo que pode, por algum momento, soar-lhe como estranho em sua reação afetiva ou conduta. Esse estranho pode estar indicando um contexto acionado pela força das intensas fantasias do paciente, mas que, em última instância, remete o terapeuta ao estranho dentro de si, seu próprio inconsciente.
5. A contribuição de Bion significou uma considerável mudança na maneira de entender a função do analista dentro da sessão, pois concebe uma dimensão “funcional” da identificação projetiva como meio para a comunicação de determinado estado mental.
6. Coube ao casal Madeleine e Willy Baranger, em 1961, formalizar o conceito de campo psicodinâmico, descrevendo-o 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, dentro da situação, sem o outro”.
7. Sugerem eles que o elemento central na constituição do campo é a estrutura dinâmica que subjaz ao diálogo analítico; em outras palavras, a fantasia inconsciente do par. Esta se constrói sobre o interjogo de identificações projetivas e introjetivas, com seu necessário corolário de contraidentificações.
8. Autores contemporâneos têm abordado os fenômenos de campo e intersubjetividade sob diferentes vértices. Destacam-se, pela originalidade de suas contribuições, Antonino Ferro, Thomas Ogden e Owen Renik.
  - a) Ferro lança mão de referenciais da narratologia, dispondo o material surgido na sessão como “personagens”
  - b) Ogden vale-se dos princípios da dialética hegeliana e sugere que as respectivas subjetividades de paciente e analista são potencialmente geradoras de um terceiro sujeito, o “terceiro-analítico intersubjetivo”
  - c) Renik questiona o conceito de neutralidade analítica e entende a situação terapêutica como um processo de *interação* dialética, no qual analista e paciente descobrirão seu caminho nos encontros cruciais entre teses e antíteses, mediante um processo de negociação
9. Conclui-se que a concepção de um campo relacional estruturado pelo jogo dialético das interferências recíprocas entre observador e observado amplia o ângulo de observação, possibilitando ao terapeuta reconhecer os fatos clínicos que estão sendo construídos, de forma simultânea, por ele e por seu paciente.
10. Por fim, cabe destacar que as diferentes abordagens desse modelo são inequívocas em preservar a necessária assimetria de funções dentro da situação de tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Dunn J. Intersubjetividade em psicanálise: uma revisão crítica. In: Livro anual de psicanálise. São Paulo: Escuta; 1997. v. 11. p. 201-16.
2. Schwartz HP. Interbubjectivity and dialecticism. *Int J Psychoanal.* 2012;93(2):401-25.
3. Barros EMR, Barros ELR. Reflexões críticas sobre os processos intersubjetivos: contratransferência. *Rev Bras Psicanál.* 2012;46(1): 135-49.
4. Hessen J. Teoria do conhecimento. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
5. Ferro A. A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista: da relação ao campo emocional. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
6. Klein M. Transferência. In: Barros EMR, organizador. Melanie Klein: evoluções. São Paulo: Escuta; 1989. p. 47-53.
7. Klein M. As origens da transferência. In: Klein M. Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago; 1991. (Obras completas de Melanie Klein, v. 3). p. 70-9.
8. Spillius EB. Introdução ao capítulo desenvolvimentos da técnica. In: Spillius EB, editor. Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica. Rio de Janeiro: Imago; 1990. p. 17-29.
9. Heimann P. On counter-transference. *Int J Psychoanal.* 1950;31(1-2):81-4.
10. Racker H. A neurose de contratransferência. In: Racker H. Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p. 100-19.
11. Racker H. Os significados e usos da contratransferência. In: Racker H. Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p. 120-57.
12. Money-Kyrle R. Contratransferência normal e alguns de seus desvios. In: Spillius EB, editor. Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica. Rio de Janeiro: Imago; 1990. p. 35-46.
13. Grinberg L. Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y conraidentificación proyectiva. *Revista de Psicoanálisis.* 1956;13(4):507-11.
14. Grinberg L. Perturbaciones en la interpretación por la conraidentificación proyectiva. *Revista de Psicoanálisis.* 1957;14(1-2):23-30.
15. Grinberg L. Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferência; sus implicaciones técnicas. *Revista de Psicoanálisis.* 1958;15(4):347-68.
16. Grinberg L. Psicopatología de la identificación y conraidentificación proyectivas y de la contratransferencia. *Revista de Psicoanálisis.* 1963;20(2):113-23.
17. Etchegoyen RH. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
18. Manfredi ST. As certezas perdidas da psicanálise clínica. Rio de Janeiro: Imago; 1998.
19. Gaburri E, Ferro A. Gli sviluppi kleiniani e Bion. In: Semi AA. Trattato di psicoanalisi. Milano: Raffaello Cortina; 1988. p. 289-393.
20. Bion WR. Sobre a arrogância. In: Bion WR. Estudos psicanalíticos revisados. São Paulo: Imago; 1988.
21. Bion WR. Ataques ao elo de ligação. In: Bion WR. Estudos psicanalíticos revisados. São Paulo: Imago; 1988.
22. Bion WR. Uma teoria sobre o processo de pensar. In: Bion WR. Estudos psicanalíticos revisados. São Paulo: Imago; 1988. p. 101-9.
23. Bion WR. Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós; 1975.
24. Bion WR. Os elementos da psicanálise, inclui o aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Zahar; 1963.
25. Baranger W, Baranger M. La situación analítica como campo dinámico. In: Baranger W, Baranger M. Problemas del campo psicoanalítico. Buenos Aires: Kargieman; 1969. p. 129-64.
26. Baranger M. A mente do analista: da escuta à interpretação. *Rev Bras Psicanál.* 1992; 26(4):573-86.
27. Baranger W, Baranger M. El “insight” en la situación analítica. In: Baranger W, Baranger M. Problemas del campo psicoanalítico. Buenos Aires: Kargieman; 1969. p. 165-77.
28. Baranger W, Baranger M, Mom J. Publicaciones previas al Congreso de Madrid : Proceso y no proceso en el trabajo analítico. *Revista de Psicoanálisis.* 1982;39(4):526-50.
29. Ferro A. Dois autores em busca de personagens: a relação, o campo, a história. *Revista de Psicanálise da SPPA.* 1995;2(1):9-28.
30. Ferro A. From raging bull to Theseus; the long path of a transformation. *Int J Psychoanal.* 1991;72(Pt 3):417-25.

31. Ferro A. La mente del analista en su trabajo; problemas, riesgos, necesidades. *Revista de Psicoanálisis*. 1991;48(5-6):1159-77.
32. Ferro A. El impase en una teoría del campo analítico. In: *Libro anual de psicoanálisis*. [s.l.: s.n]; 1993. v. 9. p. 53-65.
33. Ferro A. O diálogo analítico: constituição e transformação de mundos possíveis. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 1996;3(1):47-63.
34. Ferro A. A psicanálise como literatura e terapia. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
35. Ferro A. Evitar as emoções, viver as emoções. Porto Alegre: Artmed; 2011.
36. Ferro A, Basile R. O universo do campo e seus habitantes In: Ferro A, Basile R. O campo analítico: um conceito clínico. Porto Alegre: Artmed; 2013 p. 13-34.
37. Bezoari M, Ferro A. Elementos de un modelo del campo analítico: los agregados funcionales. *Revista de Psicoanálisis*. 1990;47(5-6):847-61.
38. Bezoari M, Ferro A. A oscilação significados « afetos no trabalho da parêntese analítica. *Rev Bras Psicanál*. 1992;26(3):365-74.
39. Ferro A. Na sala de análise: emoções, relatos, transformações. Rio de Janeiro: Imago; 1998.
40. Bion WR. Bion em Nova Iorque e em São Paulo. In: Bion WR. *Conversando com Bion: quatro discussões com W. R. Bion: Bion em Nova Iorque e em São Paulo*. Rio de Janeiro: Imago; 1992.
41. Tadie JY. A crítica literária no século XX. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1992.
42. Rosenfeld H. Nota a respeito da psicopatologia dos estados confusionais nas esquizofrenias crônicas. In: Rosenfeld HA. *Os estados psicóticos*. Rio de Janeiro: Zahar; 1968. p. 62-74.
43. Ogden TH. On potential space. *Int J Psychoanal*. 1985;66(Pt 2):129-41.
44. Ogden TH. Analysing the matrix of transference. *Int J Psychoanal*. 1991;72(Pt 4):593-605.
45. Ogden TH. El sujeto dialécticamente constituido: descentrado del psicoanálisis I; el sujeto freudiano. In: *Libro anual de psicoanálisis*. São Paulo: Escuta; 1992. v. 8. p. 99-108.
46. Ogden TH. El sujeto dialécticamente constituido: descentrado del psicoanálisis II; las contribuciones de Klein y Winnicott. In: *Libro anual de psicoanálisis*. São Paulo: Escuta; 1992. v. 8. p. 109-22.
47. Ogden TH. The analytic third: working with intersubjective clinical facts. *Int J Psychoanal*. 1994;75(Pt 1):3-19.
48. Ogden TH. O Conceito de ato interpretativo. In: Ogden TH. *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p. 103-32.
49. Ogden TH. Identificação projetiva e o terceiro subjulgador. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 1994;1(2):153-62.
50. Ogden TH. Os sujeitos da psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
51. Ogden TH. Analysing forms of aliveness and deadness of transference-countertransference. *Int J Psychoanal*. 1995;76(Pt 4):695-709.
52. Ogden TH. Reconsidering three aspects of psychoanalytic technique. *Int J Psychoanal*. 1996;77(Pt 5):883-99.
53. Ogden TH. O sujeito perverso da análise. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 1997;4(3):487-509.
54. Ogden T. Reverie and metaphor: Some thoughts on how I work as a psychoanalyst. *Int J Psychoanal*. 1997;78(Pt 4):719-32.
55. Ogden TH. Reverie and interpretation: sensing something human. Northvale: J. Aronson; 1997.
56. Ogden TH. This art of psychoanalysis. Dreaming undreamt dreams and interrupted cries. *Int J Psychoanal*. 2004;85(Pt 4):857-77.
57. Ogden TH. An introduction to the reading of Bion. *Int J Psychoanal*. 2004;85(Pt 2):285-300.
58. Winnicott DW. Desenvolvimento emocional primitivo. In: Winnicott DW, Bogomoletz D. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 218-32.
59. Winnicott DW. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990. p. 38-54.
60. Freud S. Extrato dos documentos dirigidos a Fliess, Carta 69. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 1. p. 350-2.

61. Green A. The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). In memory of D. W. Winnicott. *Int J Psychoanal.* 1975;56(1):1-22.
62. Renik O. Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal Q.* 1993; 62(4):553-71.
63. Renik O. The perils of neutrality. *Psychoanal Q.* 1996;65(3):495-517.
64. Renik O. A subjetividade e a objetividade do analista. In: Livro anual de psicanálise. São Paulo: Escuta; 2000. v. 14. p. 99-109.
65. Vollmer Filho G. Conceptualisation of the clinical psychoanalytical fact. *Int J Psychoanal.* 1994;75(Pt 5-6):1041-9.

## LEITURAS SUGERIDAS

---

Bion WR. Atenção e interpretação: o acesso científico a intuição em psicanálise e grupos. Rio de Janeiro: Imago; 1991.

Freud S. A dinâmica da transferência. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 12. p. 131-43.

Freud S. Observações sobre o amor transferencial. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 12. p. 207-21.

Freud S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 12. p. 147-59.

Freud S. Recordar, repetir, elaborar. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 12. p. 191-203.

Freud S. Sobre o início do tratamento. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 12. p. 163-87.

Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: Klein M. Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago; 1991. (Obras completas de Melanie Klein, v. 3). p. 17-43.

# 8

## MODELOS PSICANALÍTICOS DA MENTE

José Carlos Calich

*Não é fácil lidar cientificamente com sentimentos.*

(Freud, 1930)

A psicoterapia de orientação psicanalítica baseia-se nos conhecimentos da psicanálise, e dela deriva seu corpo teórico. Este, contudo, não é único e integrado, não havendo uma só visão ou posição “da psicanálise”. Sua aplicação à teoria da psicoterapia de orientação psicanalítica torna-se, principalmente para o iniciante, complexa e, por vezes, desconexa. O contato com a realidade teórica põe em evidência uma diversidade de abordagens, algumas aparentemente antagônicas, outras de integração difícil, com diferentes níveis de abstração, conceituações conflitantes, linguagens distintas e uma tendência a haver defensores e detratores de cada uma das vertentes com a mesma “paixão”.

A origem dessa multiplicidade de teorias e dificuldades em sua integração está ligada, principalmente, aos problemas de teorização sobre seu objeto de estudo, o inconsciente, devido às suas características de complexidade, imaterialidade e subjetividade.

Questões institucionais, de mercado de trabalho e pressões culturais concorrem para o problema. Seu estudo abrangente envolve questões epistemológicas, relações com outras áreas do conhecimento e sua contextualização na própria história da teoria psicanalítica.

O objetivo deste capítulo é introduzir o tema dos modelos teóricos, sua origem, seu significado no contexto psicanalítico e os principais modelos da mente no momento atual do conhecimento, em uma tentativa de auxiliar o leitor a situar-se no complexo universo teórico da psicanálise e da psicoterapia de orientação psicanalítica. As definições aqui utilizadas e as questões abordadas, além de serem resultado de uma síntese pessoal, foram simplificadas com o objetivo de clareza e espaço e com fins didáticos. Não é objetivo do capítulo o estudo das chamadas “escolas” de pensamento psicanalítico, sendo estas apresentadas apenas com a finalidade de exemplificação de sua estrutura. Ao leitor interessado no aprofundamento e desdobramento das questões tangenciadas, recomenda-se a consulta às referências bibliográficas.

## O QUE É UM MODELO?

Uma ciência, em última instância, permanece ou sucumbe enquanto é uma técnica válida para a descoberta, e não em virtude do “conhecimento” ganho. O conhecimento sempre está sujeito a ser substituído; de fato, o critério pelo qual se julga a vitalidade de um assunto é a substituição de descobertas por novas descobertas.<sup>1</sup>

Modelo pode ser definido, para as finalidades deste capítulo, como um esquema que o ser humano constrói, inicialmente de modo involuntário em sua mente e, em seguida, compartilha com os demais, para tentar compreender a si próprio e o mundo a sua volta. Por meio desses esquemas, imagina a estrutura ou o comportamento dos fenômenos que observa e que lhe são desconhecidos.<sup>1-4</sup>

A construção de um modelo parte da intuição e é baseada em premissas. Estas últimas são elementos básicos que podem ter origens culturais, mitológicas, da observação de fenômenos repetitivos ou de outras fontes internas e que são aceitas, mesmo inconscientemente, como verdadeiras.

Todo modelo tem um princípio organizador interno que une e articula esses elementos básicos. Sua construção depende de curiosidade, uma característica desenvolvida pelo ser humano ao longo de sua evolução.<sup>5,6</sup> O ser humano olha o mundo e a si próprio com a curiosidade necessária para imaginar “para que cada elemento serve”, “o que tem dentro”, “como é feito”, “o que se pode fazer com isso”. Para exercer essa capacidade, deve suportar saber que não conhece. Se não suporta, diz de várias formas “não me interessa”, “para que saber isso?” ou “isso é igual ao que já conheço”, jogando fora a curiosidade.

Quando suporta a incerteza, pode imaginar, articular, usar sua intuição, começando o contato com o desconhecido. Constrói, então, um esquema mental, concebendo imaginariamente aquilo que está observando, suas propriedades e relações; com algum tipo de experimentação (do “teste da realidade” ao método científico), avalia a adequação e a utilidade de seu modelo, ampliando-o ou substituindo-o.

Quanto maior o número de situações imaginadas que podem ser explicadas, elucidadas, interpretadas ou previstas (possibilidades de generalização, valores explicativos e preditivos) pelo modelo construído, mais ele persiste como referência àquelas situações e a novos modelos (diz-se que tem maior valor heurístico).

A articulação coerente de modelos de elevado valor heurístico constitui uma teoria sobre um domínio específico do conhecimento. Essa é, de forma sintética, a hipótese predominante nos dias atuais para a construção do conhecimento, tanto individual como na área das ciências, em programas de investigação científica (com a utilização do método científico,<sup>2,3,7-9</sup> principalmente de experimentos controlados, de validação e de falseabilidade) ou do saber em geral (validado ou refutado por meio de métodos próprios a sua área de abrangência e conhecimento).<sup>10,11</sup>

Em síntese, é possível afirmar que o processo de aquisição do conhecimento inicia-se pela intuição a respeito de um fenômeno observado na realidade a nossa volta ou em nossa realidade interior, passa pelo estabelecimento de conceitos, evoluindo para o levantamento de hipóteses ou conjeturas sobre as relações entre esses conceitos e formando um modelo. O conjunto de modelos articulados constitui uma teoria.

Com base nessa definição, o modelo é intermediário entre uma intuição e uma teoria e, necessariamente, provisório. Isso decorre do fato de que as intuições iniciais nem sempre são as mais adequadas e, mesmo quando consolidadas pela experimentação, podem não ser as mais abrangentes, ainda que satisfaçam condições parciais, momentâneas ou circunstanciais.

A passagem de um modelo para outro depende da “disponibilidade” de premissas (novas variáveis, conhecimento acumulado, mitos ou “visibilidade” cultural) e de uma mente capaz de rearranjar os dados em novas combinações e articulações, de ter uma nova intuição. O conhecimento, portanto, não evolui de forma acumulativa linear, mas aos saltos.<sup>3</sup>

Alguns modelos conhecidos sobre o sistema solar podem ser ilustrativos. Em tempos milenares, os egípcios imaginavam que a Terra fosse plana, apoiada sobre imensos pilares. Os hindus acreditavam também em um plano, porém apoiado em enormes elefantes, que, por sua vez, ficariam sobre o casco de uma tartaruga gigantesca, a qual estaria sobre uma serpente descomunal. Qualquer movimento desses animais provocaria terremotos, e, quem chegasse ao fim do plano, cairia. Enquanto os barcos não iam longe, e não havia como perceber as inúmeras implicações dessas teorias, imaginava-se o “desconhecido” articulando-se “algo conhecido” (premissas, elementos básicos) e conjecturando relações (intuição).

De forma provisória, esses esquemas ou modelos tiveram sua utilidade. No momento em que os barcos foram mais longe, desaparecendo e voltando do horizonte, ao mesmo tempo em que se fizeram novas

observações sobre vulcões, terremotos e sobre a relação da Terra com o Sol e outros planetas (novas variáveis-premissas, experimentação, verificação), os esquemas não tiveram mais a mesma serventia. Alguém percebeu que deveriam existir curvaturas, e imaginou-se (nova intuição) que o Sol e os planetas giravam em torno da Terra (salto teórico, novo modelo).

Conhecimento após conhecimento, esquema após esquema, modelo após modelo, chegamos a uma esfera achatada nos polos, parte de um sistema solar, que, por sua vez, é parte de uma galáxia (teoria). Persistem, contudo, inúmeras indagações, incertezas e “verdades” provisórias. Ainda que, como modelo, a noção de “plano” pudesse ser “útil” para distâncias muito pequenas, como explicação do campo gravitacional, dos abalos sísmicos ou dos sistemas solares, os pilares, os elefantes, as tartarugas e as serpentes tiveram seu poder preditivo e explicativo muitíssimo reduzido (o modelo foi se revelando de baixo valor heurístico).

A persistência das questões de como a Terra se sustenta no ar, como mantém a relação fixa com o Sol, com outros planetas e estrelas levou a novas investigações, imaginações (novos saltos teóricos), novos modelos. Conhecimentos foram se somando. No momento em que a humanidade estava culturalmente preparada (“visibilidade” cultural), surgiram as hipóteses sobre a força da gravidade e a órbita da Terra em torno do Sol, extremamente úteis para nossos avanços tecnológicos. A primeira hipótese foi considerada incompleta no momento em que novas especulações e variáveis levaram à concepção da teoria da relatividade, a qual também começa a ser considerada incompleta, e assim seguimos.

A conclusão é no sentido de que, temporariamente úteis, nossos modelos,

em todas as áreas do conhecimento, estão sempre em avaliação, sendo aprimorados, completados ou substituídos. Para compreender determinado modelo e sua articulação, é necessário entender qual seu princípio organizador, sua abrangência, os limites de sua proposição e especificidades de sua utilização.

## O QUE SÃO MODELOS PSICANALÍTICOS DA MENTE?

De acordo com as definições anteriores,

um modelo da mente é a forma como se imagina que existe, se constitui, se organiza e exerce suas funções, aquilo que é específico e essencialmente humano, a mente. Em função de seus princípios organizadores, existem diversos modelos da mente: psicológicos, filosóficos, sociológicos, antropológicos, entre outros. Quando um conjunto de formulações inclui a consideração de que a atividade mental é baseada no papel central de um inconsciente dinâmico, estamos diante de um modelo psicanalítico da mente.<sup>13,14</sup>

Ainda que modelos psicanalíticos possam ser confundidos com “escolas”, não estão, no contexto aqui referido, colocados como sinônimos. Modelo psicanalítico da mente refere-se à estrutura do pensamento, a seus princípios organizadores. “Escola”, por estar ligada à afiliação, pode representar um conjunto de técnicas, um agrupamento geográfico, político ou até histórico. “Escolas” diferentes podem ter princípios organizadores muito próximos (p. ex., Winnicott e Kohut). Alguns pensadores, sem promover uma ruptura definitiva com os conceitos fundamentais

da “escola” em que estão inseridos, modificam seu modelo de modo substancial (a evolução de Klein para Bion, por exemplo). Outros, por sua vez, oriundos de uma fonte comum, criam modelos que rompem de forma radical com aqueles que lhes deram origem (psicologia do *self* em relação à psicologia do ego e Winnicott em relação a Melanie Klein).

Eventualmente, um mesmo pensador utiliza diferentes modelos para tentar compreender os fenômenos mentais. Diversos estudiosos identificam, por exemplo, pelo menos três modelos da mente no pensamento freudiano<sup>15,16</sup> e pelo menos dois em Melanie Klein.<sup>17</sup>

Cada modelo, portanto, tem seu próprio princípio organizador, sua própria episteme. É oriundo de saltos teóricos, rupturas maiores ou menores em relação aos modelos dos quais se originou. Utiliza-se, de modo velado ou explícito, de pensamentos não psicanalíticos que influenciaram a cultura na qual seus fundadores estavam imersos (*zeitgeist*). É, em geral, fruto de necessidades geradas na própria clínica, decorrentes da insuficiência dos modelos anteriores em dar conta de determinados fenômenos psíquicos, patológicos ou não, com consequências na técnica psicanalítica e psicoterápica.<sup>18,19</sup>

Em geral, depois de lançado um novo elemento organizador, sua inevitável confrontação e a discussão com os modelos de pensamento psicanalítico já existentes fazem as duas teorias, antiga e nova, se desenvolverem e se aprimorarem. Encontram seguidores, comunicadores proselitistas e detratores, contribuindo para o crescimento do pensamento psicanalítico em geral. Trazem, contudo, fragmentação teórica e institucional (esta última não somente por esses motivos).<sup>18</sup>

## O MODELO FREUDIANO

O progresso no trabalho científico é o mesmo que se dá numa análise. Traçamos para o trabalho as nossas esperanças, mas estas necessariamente devem ser contidas. Mediante a observação, ora num ponto, ora noutra, encontramos alguma coisa nova; mas, no início, as peças não se completam. Fazemos conjeturas, formulamos hipóteses, as quais retiramos quando não se confirmam, necessitamos de muita paciência e vivacidade em qualquer eventualidade, renunciamos às convicções precoces, de modo a não sermos levados a negligenciar fatores inesperados, e, no final, todo o nosso dispêndio de esforços é recompensado, os achados dispersos se encaixam mutuamente, obtemos uma compreensão interna (*insight*) de toda uma parte dos eventos mentais, temos completado o nosso trabalho e, então, estamos livres para o próximo trabalho.<sup>20</sup>

É comum a afirmação de que todos os modelos psicanalíticos da mente partem de Freud e com ele dialogam. A autoridade conferida pela consistência de seu método de investigação, sua condição de fundador e guardião dos limites da disciplina, aliadas a sua permanente tentativa de ampliar e melhor adequar seus modelos, a sua capacidade de ir em busca do “novo” e aos mais de 45 anos de escritos freudianos, fundamentam a premissa. É necessário destacar, porém, que a tentativa de integração entre os vários modelos psicanalíticos existentes só é possível mediante um diálogo entre as teorias – somente com a teoria freudiana, mas com todos os modelos de elevado valor heurístico. Dependendo das bases em que se dá esse diálogo, as teorias se aprimoram e se fortalecem. Quando o diálogo é autoritário, há uma tendência à confrontação e à ruptura; quando excessivamente tolerante,

os conceitos perdem sua especificidade, e a teoria enfraquece.

Freud concebeu o inconsciente dinâmico partindo de uma intuição ante uma necessidade clínica. Apoiou-se em premissas que tinha a seu dispor: o contexto cultural e científico do fim do século XIX, conhecimentos sobre a mente (não linearmente acumulados e que tinham “visibilidade” cultural naquele momento da história da humanidade) e sobre sua pessoa, por meio da autoanálise. O conjunto foi reorganizado em um modelo teórico coerente, consistente, de elevado valor heurístico e tornado público por sua obra.<sup>\*21,22</sup>

A necessidade clínica referida era, de forma bem específica, o atendimento de pacientes histéricos por Freud, inicialmente junto a Charcot, na Salpêtrière, em Paris, e depois com Meynert e Breuer, em Viena.

O ambiente cultural da Áustria, o contexto iluminista pós-Revolução Industrial e a Revolução Francesa, aliados aos conhecimentos psiquiátricos, neurofisiológicos, filosóficos, literários, sociológicos, antropológicos e artísticos, contribuíram para que Freud identificasse fenômenos mentais que iam além dos perceptíveis pela consciência. Ele criou um modelo de funcionamento para a mente humana baseado nesses novos conhecimentos, bem como a possibilidade de um método que permitisse suas mudanças.

\* As ideias abordadas sobre o modelo freudiano da mente, nesta seção, e sobre os modelos de Klein e Bion, a seguir, correspondem a uma versão adaptada daquelas já expostas na *Revista de Psiquiatria do RS*,<sup>21</sup> baseadas, principalmente, nas contribuições de D. Meltzer,<sup>22-24</sup> E. Spillius,<sup>25,26</sup> H. Segal,<sup>27-28</sup> R. Steiner,<sup>29-31</sup> J. M. Petot,<sup>17,32</sup> E. Bianchedi<sup>33</sup> e Elias Rocha Barros.<sup>34</sup>

Nesse momento, as explicações fisiológicas começavam a tomar vulto em vários campos da ciência, em geral, e da medicina, em particular, incluindo a neurofisiologia. Nesse cenário, influenciado por métodos empírico-dedutivos que iriam, no início do século XX, culminar no positivismo lógico, Freud procurou construir uma ciência explanatória que pudessem provar seus achados, encontrando seus fatores e agentes causais, organizados em forma de leis e princípios gerais. Olhava o cérebro e a mente como fenomenologicamente idênticos e estava preocupado com o modelo neurofisiológico, a hidrostase, a termodinâmica e o conceito darwiniano de evolução da mente.

Esse conjunto determinou o modelo de inconsciente construído por Freud, estabelecendo a centralidade dos conceitos de pulsão (formulação teórica para tentar expressar a transformação de estímulos em elementos psíquicos) e repressão. Decorrem dessa formulação noções como investimento, representação, resistência, defesas, fases do desenvolvimento da libido, a teoria inicial sobre a ansiedade, a transferência como revivência de uma memória passada, a realidade psíquica, entre outras.

A concepção de realidade psíquica foi fundamental à investigação freudiana, possibilitando encontrar um significado e um lugar na história de vida do sujeito para a etiologia dos sintomas e a formação do caráter.

Chamo a atenção para o fato de que esse modelo não é aplicável a todas as ideias de Freud, mas é o que predomina em seu pensamento; é a ele que Freud retorna após novas formulações (que se afastam desse modelo), como sobre luto e melancolia, sobre o problema econômico do masoquismo ou sobre o narcisismo, procurando

manter sua genial e abrangente teoria com um eixo principal. Ao mesmo tempo em que esse referencial lhe deu uma enorme quantidade de instrumentos úteis, propiciando inúmeras descobertas e formulações, também impôs limitações. Os conceitos básicos estão expostos no *Projeto para uma psicologia científica*<sup>35</sup> e mantiveram-se como espinha dorsal do modelo freudiano da mente. Freud entendia a vida mental como ligada ao corpo e às suas necessidades e, dessa forma, ocupada em encontrar meios de gratificar essas necessidades sem confrontar-se diretamente com o ambiente (este visto como externo ou interno).

A enfermidade mental, em um primeiro momento, era concebida como resultante de inibições especificamente da vida sexual; depois, por outra visão mais estrutural, era entendida no sentido de um conflito entre pulsão e defesa. Em um terceiro momento, também pôde ser vista como um conflito de índole ética e moral entre ego e superego, amor e ódio.

Apesar da concepção de um “superego” e da descrição dos mecanismos de internalização, principalmente o de identificação, Freud não chegou a uma concepção de “mundo interno”; embora nomeado em sua obra, este não toma corpo como uma realidade, não encontrando um local dentro do modelo básico.

No modelo freudiano, os sonhos são atividades mentais de descarga que garantem o processo neurofisiológico do dormir e a emocionalidade; não são o centro da vida mental, mas assumem um papel indicador de um funcionamento mental, como poderiam fazer a fala ou os movimentos musculares voluntários.

O narcisismo é visto sob vários ângulos, mas destaca-se como uma teoria sobre a natureza da libido e sua vinculação com o corpo. Desse modo, a transferência, devido ao modelo hidrostático, neurofisiológico, é vista como uma “repetição do passado”, e o pensamento neurótico, como aquele que “sofre com suas lembranças”; em outras palavras, é atormentado por experiências dolorosas não assimiladas.

Como compara Meltzer,<sup>22</sup> esse é um modelo cirúrgico, no qual a ansiedade e o conflito são como corpos estranhos na mente, causando constante irritação. O processo analítico é visto como uma recuperação de lembranças passadas que são mais bem revividas no “calor da transferência”, ou seja, na repetição, com o médico, daqueles conflitos do passado causadores de angústia.

Portanto, o interesse inicial de Freud pelos casos de histeria delineou seu modelo psicanalítico, partindo dos fenômenos de repressão dos afetos, das vivências “traumáticas” e das manifestações somáticas. E, nesse contexto, foi satisfatório, tendo elevada capacidade de responder a questões relativas às neuroses em geral e a diversos aspectos do funcionamento mental e do comportamento humano individual e em grupos.

Como já abordado, e semelhante ao que ocorre em outras disciplinas e na ciência em geral, a evolução do conhecimento psicanalítico não se deu de forma homogênea, contínua ou linearmente acumulativa. Ela foi resultado de necessidades clínicas diversas, eventualmente circunstanciais, vinculadas à evolução (também não homogênea) do conhecimento em outras áreas do saber e aos contextos culturais em que sofreu transformações. Desse modo, à medida que surgiam novas necessidades clínicas e novos movimentos culturais, Freud

foi alterando seu modelo inicial da mente, ampliando sua abrangência.

## ESQUEMA DOS MODELOS E ESTRUTURA DAS TEORIAS PSICANALÍTICAS DE FREUD\*

### Primeiro modelo

Refere-se ao modelo do trauma (afeto-trauma). Sem início preciso, dura até 1897. Freud centra esse modelo na memória do trauma real (principalmente aquele resultante de experiências de abuso [sedução] sexual na infância), utilizando um referencial neurodinâmico.

As forças inconscientes inibidas (desaprovadas pelo ambiente) que levavam ao sintoma eram compreendidas como afetos ou emoções que haviam sido estimulados por experiências traumáticas reais. O sintoma surgia quando uma quantidade de energia afetiva era grande demais (trauma real) para ser assimilada pela consciência (igualada ao ego). Era, então, forçada para fora dela (reprimida) e tinha que encontrar um meio de expressão indireta. As memórias associadas a essas emoções tornavam-se, nos pacientes neuróticos, inaceitáveis para seus padrões normais de moralidade e condutas e não podiam ser descarregadas de forma normal (adequação social e autoestima).

O tratamento baseava-se na ideia de que tais emoções podiam ser “liberadas” pela recuperação da emoção com a memória associada à consciência, sendo o afeto liberado por meio da ab-reação (catarse), com a consequente assimilação do conteúdo men-

\* Esse esquema é baseado nos estudos de Sandler e Wallerstein,<sup>16</sup> Greenberge Mitchell<sup>15</sup> e Meltzer.<sup>23</sup>

tal rejeitado pela consciência. Freud destacou a importância do desenvolvimento sexual na etiologia das neuroses e do trauma.

## Segundo modelo

O modelo contém a noção de sistemas psicológicos relacionados espacialmente: o modelo topográfico (consciente, pré-consciente e inconsciente). Inicia-se em 1897, prosseguindo até 1923. Freud centra esse modelo no conflito entre pulsão e censura, utilizando como referencial a dinâmica intrapsíquica, uma luta interna. Esse conflito se torna o fator causal da neurose e de toda a dinâmica psíquica. Fatores determinantes na mudança do modelo envolveram a autoanálise de Freud, que conduziu à teoria da interpretação dos sonhos, em 1900, a experiência clínica e a improbabilidade de que todos os casos de histeria estivessem ligados a um abuso real. O abandono da ideia do trauma real como causa colocou em destaque a existência de fantasias, oriundas das experiências de satisfação da pulsão e de suas vicissitudes.

A pulsão, buscando sua descarga por meio da consciência, torna-se uma ameaça à integridade do eu (ego). A atitude protetora (defensiva) da repressão, ao agir sobre a pulsão ameaçadora, leva a uma nova expressão (retorno do material reprimido), em uma época posterior, sob a forma de sintoma, parapraxia (atos falhos), sonho (identificado como resultado de fantasias de realização de desejos que buscam a superfície) ou atividade artística criativa.

Conceitos centrais à teoria psicanalítica, como repressão, conflito, compulsão à repetição, projeção, complexo de Édipo, ansiedade de castração, vida sexual infantil e seu desenvolvimento, são partes desse modelo. As implicações técnicas do modelo levam a “fazer consciente o incons-

ciente”, por meio da análise da resistência/transferência, da interpretação dos sonhos, dos atos sintomáticos e da associação livre.

## Terceiro modelo

O modelo estrutural (id, ego e superego) inicia-se em 1923. Freud centra esse modelo no conflito entre as estruturas, o qual compreende três níveis: conflito biológico, intrapsíquico e real. No entanto, todos são tratados em termos de suas representações psíquicas.

Fatores determinantes na mudança do modelo são a introdução dos conceitos de narcisismo (com as noções de ideal de ego e superego) e o interesse de Freud pelos problemas ligados à agressão (estimulados pela violência da Primeira Guerra Mundial): masoquismo e depressão melancólica. Esses conceitos conduzem a uma nova relação do indivíduo (sujeito) com outros indivíduos (objetos), e sua articulação não encontra lugar no modelo topográfico.

O modelo estrutural, criado então por Freud para substituir o topográfico, leva a uma nova teoria da ansiedade (*Inibições, sintomas e ansiedade*)<sup>36</sup> e a um aprofundamento no entendimento das defesas do ego, com o surgimento da “psicologia do ego”. As implicações técnicas do modelo incluem preocupações sobre como o ego se adapta aos diferentes níveis de conflito e a análise dos mecanismos de defesa (Quadro 8.1).

## ALGUMAS EVOLUÇÕES PÓS-FREUDIANAS

O que ocorreu com Freud também se passou com outros pensadores psicanalíticos, que, pressionados por realidades clínicas

**QUADRO 8.1**

MODELOS E ESTRUTURA DAS TEORIAS PSICANALÍTICAS DE FREUD

	<b>Primeiro modelo</b>	<b>Segundo modelo</b>	<b>Terceiro modelo</b>
Período, na obra de Freud	Impreciso – 1897	1897-1923	1923-1939
Denominação	Teoria do trauma (afeto-trauma)	Modelo topográfico	Modelo estrutural
Organizadores	Memória de um abuso sexual na infância	Inconsciente, pré-consciente, consciente	Id, ego e superego (isso, eu, super-eu)
Conflito	Memória com afeto excedente era inaceitável para os padrões morais e as condutas do paciente.	Conflito interno entre a expressão da pulsão e a instância de censura.	Conflito entre as estruturas, entendidas por meio de suas representações psíquicas.
Sintoma	Energia afetiva era grande demais (trauma real) para ser assimilada pela consciência (igualada ao ego). Era, então, forçada para fora dela (reprimida) e tinha que encontrar um meio de expressão indireta.	A atitude protetora (defensiva) da repressão, ao agir sobre a pulsão ameaçadora, leva a uma nova expressão (retorno do material reprimido) em uma época posterior, sob a forma de sintoma, parapraxia (atos falhos), sonho (identificado como resultado de fantasias de realização de desejos que buscam a superfície) ou atividade artística criativa.	A angústia sentida pelo ego é o sinal de desprazer que leva o ego a se colocar em posição de defesa, desencadeando a repressão e a formação de sintomas. O sintoma é, simultaneamente, representante do reprimido diante do ego e “território estrangeiro” para o ego; <sup>37</sup> produz, também, por via indireta de satisfação pulsional, uma satisfação substitutiva, deformada e irreconhecível, sentida paradoxalmente como sofrimento e geradora de desprazer e nova angústia.
Modelo de tratamento	Recuperação da emoção com a memória associada à consciência, sendo o afeto liberado por meio da ab-reação (catarse), com a conseqüente assimilação do conteúdo mental rejeitado pela consciência.	“Fazer consciente o inconsciente”, por meio da análise da resistência/transferência, da interpretação dos sonhos, dos atos sintomáticos e da associação livre.	Como o ego se adapta aos diferentes níveis de conflito e a análise dos mecanismos de defesa.

diversas, e estando envolvidos em outros contextos culturais e científicos, identificaram novas nuances nos fenômenos observados, transformando o modelo freudiano de mente.

A identificação, nos consultórios, de pacientes deprimidos, psicóticos, fronteiros, portadores de transtornos de caráter ou de falhas profundas na organização do narcisismo deu origem ao questionamento do modelo pulsional. Diante da dificuldade em trabalhar com as novas organizações patológicas, os psicanalistas dividiram-se: houve os que procuraram aperfeiçoar o modelo vigente e os que propuseram inovações teóricas que equivaliam a um novo modelo.<sup>38</sup> Alguns romperam com os conceitos nucleares, afastando-se da própria psicanálise. Por partirem de contextos bastante diversos e de intuições diferentes, os modelos de mente criados, ainda que mantendo os conceitos centrais, passaram a lidar com fenômenos a partir de diferentes olhares e linguagens, promovendo o que tem sido chamado, com frequência, na literatura de “babel psicanalítica”.<sup>18,19,39</sup>

Tomando como base os ângulos enfocados por Freud em suas descobertas, desenvolveram-se modelos teóricos e, a partir deles, as chamadas “escolas” psicanalíticas. Assim, para citar alguns exemplos, a ênfase no modelo estrutural e na análise do ego e de suas defesas, pressionada pela cultura pragmática anglo-saxã, principalmente americana, foi a base da chamada “escola da psicologia do ego”, de cujas insuficiências teóricas originou-se um novo modelo, o da “psicologia do *self*” (H. Kohut). Deste, por sua vez, influenciadas também por estudos recentes sobre teoria da comunicação, teoria dos sistemas sociais, cibernética, teoria determinista do caos e da complexidade,<sup>40,41</sup> derivaram as escolas intersubje-

tivistas, inter-relacional, interpessoal, inter-racional, construtivista social e uma nova escola de relações de objeto (ver adiante).

Partindo do estudo da paranoia e do atendimento de psicóticos, e também como uma reação às mudanças de modelo propostas pela psicologia do ego, surge o modelo de Lacan, que se propõe a uma “releitura” do modelo freudiano, influenciado, entre outros, pelo pensamento estruturalista de Lévi-Strauss, pelos estudos linguísticos de Saussure e pelo enfoque filosófico de Hegel e Heidegger.<sup>38</sup>

A partir dos estudos freudianos sobre a ansiedade e sobre os processos de luto e identificação e das necessidades clínicas geradas pelo atendimento de crianças, tendo sido influenciada pela dialética hegeliana,<sup>42</sup> Melanie Klein desenvolveu seu trabalho (ver a seguir). Das insuficiências teóricas de seu modelo surgiram os estudos de D. Winnicott (influenciado pelo pensamento de Heidegger, Merleau-Ponty e Husserl<sup>43</sup> e de W. R. Bion (ver a seguir).

## **UM EXEMPLO DETALHADO DE MUDANÇAS DE MODELO: A PASSAGEM DE FREUD PARA MELANIE KLEIN E DESTA PARA BION**

Klein modificou a forma freudiana de pensar a mente humana, de um modelo explanatório, causal, para um modelo descritivo, fenomenológico. Isso equivale a dizer que, ao observar os fenômenos da imaginação, infinitos em suas possibilidades, distanciou-se de um modelo finito de distribuição de energias mentais. Em função dessa abordagem, ampliou a descrição feita por Freud sobre a divisão da mente, dando-

-lhe um papel central. Concluiu que não vivemos em um mundo, mas em dois, o da realidade externa, dos objetos externos e de suas relações, e um mundo interno, tão real quanto o primeiro, com seus objetos internos e suas vívidas interações. Nas palavras de Meltzer,<sup>22</sup> isso deu um significado inteiramente novo ao conceito de fantasia, de modo que a fantasia inconsciente passa a ser vista como uma “transação”, uma “trama” realmente ocorrendo no mundo interno, e aos sonhos, que começam a ser vistos como quadros pictóricos dessa vida paralela, “a vida onírica”, que ocorre permanentemente durante o sono ou a vigília.

Assim, o conceito freudiano de superego pôde ser expandido e transformado no conceito de objetos internos, a realidade psíquica pôde ser tratada, de uma forma concreta, como “um lugar onde ocorrem ‘transações’ e onde estão sendo dados (ou gerados) os significados que serão atribuídos ao mundo externo”.<sup>22</sup> Em outras palavras, o mundo externo passa a ser vivenciado a partir dos significados que lhe são atribuídos pelo mundo interno. O narcisismo (apesar de não explicitado na obra de Klein) evolui para um conceito mais interacional, ligado a configurações emocionais, em que a mente oscila entre as relações objetais e o retraimento narcísico. Essas configurações emocionais, descritas por ela como posições, representam uma outra consequência da alteração do modelo de mente privilegiado por essa autora.

Nesse modelo, as emoções ocupam um papel central, e a mente é entendida como lidando com significados e valores. A transferência passa a ser considerada não mais uma lembrança do passado, mas a externalização do presente imediato do mundo interno; como tal, é vista como realidade psíquica. As interpretações deixam de ter o sentido do “como se” para se transformarem no “é”, e os pacientes não são

mais vistos como se estivessem “sofrendo de lembranças”, mas “vivendo no passado” ou em um “outro plano de funcionamento mental”. O processo analítico centra-se na localização e na interpretação da ansiedade emergente em cada sessão, em uma tentativa de tornar conhecido o mundo interno, reduzindo as dissociações e projeções, de modo a poder alcançar e ultrapassar a posição depressiva, com o luto pelos objetos e a consequente integração destes.

Ao fim de sua teorização, Klein cunhou o conceito de identificação projetiva, que alterou parte de seu modelo mental e foi ponto de partida de seus colaboradores e seguidores, tendo-se difundido a praticamente todos os demais modelos psicanalíticos. A partir dessa noção, a mente não fica mais restrita a dois mundos, mas a tantos quantos os processos de divisão e identificação projetiva gerarem, cada qual com seu funcionamento independente.

A compreensão desse fenômeno produziu novas possibilidades de interação com o mundo externo e a participação do “outro” na vida mental, com inúmeros desdobramentos posteriores, tais como a influência da contratransferência no processo analítico. Este último conceito e suas implicações técnicas foram desenvolvidos por contribuições posteriores às de Klein.

Wilfred Bion, partindo de uma formação kleiniana, foi influenciado pela cultura indiana, em que nasceu, por sua vivência no exército, pelo pensamento de Hume, Wittgenstein, Mach e Kant, pelos matemáticos Poincaré e Frege, pelos escritores Milton e Keats, pelos físicos Heisenberg e Einstein.<sup>44</sup> Suas necessidades clínicas provieram do atendimento de grupos e de pacientes psicóticos. Ele elaborou um novo modelo de desenvolvimento, baseado em outra concepção da mente.

Descreveu o desenvolvimento da mente como um processo complexo, estruturado passo a passo, que não pode ser comparado com as formas biológicas de crescimento. De acordo com ele, a mente se desenvolve autonomamente; ela “se constrói”, aproveitando experiências. Isso altera a concepção kleiniana da relação do bebê com o seio (alvo de divisões, idealizações e projeções) e considera a relação do bebê com a mãe o grande modulador da dor psíquica, que permite ao bebê prosseguir em seu desenvolvimento.

Bion assumiu a visão de que a mãe deve realizar funções mentais para o bebê, que este pode apreender por um processo de internalização e, principalmente, por a mãe estar disponível para servir como um modelo pensante, organizador, a ser introjetado. O centro desse modelo é a ideia de que a mãe realiza a função de pensar pelo bebê, devolvendo a este o que ele lhe “jogou” como ansiedade incompreensível, sob forma de partes perturbadas projetadas; isso permite que o bebê desenvolva a diferença entre consciente e inconsciente, entre pensar e sonhar.<sup>45</sup>

A tolerância à frustração e a consequente possibilidade de desenvolver o “primeiro pensamento” com a experiência da ausência da mãe são também elementos cruciais na compreensão desse modelo. O estudo dessas funções levou à descrição de um modelo da mente que privilegia a experiência emocional e a coloca como o centro do significado: para que a mente cresça e se desenvolva, a experiência emocional das relações íntimas deve ser pensada, compreendida e transformada em significado.<sup>42,46</sup>

Assim, as emoções passam a ser os “elos básicos” que permitem a integração do *self*. Essa ênfase em uma teoria do pensamento, baseada em uma teoria das relações de objeto, permitiu

a Bion agrupar as emoções básicas (amor, L; ódio, H; e desejo de conhecer, K) e seus opostos (-L, -H, -K). Essa formulação fornece a base para que, posteriormente, haja um deslocamento do conflito básico considerado por Freud entre o amor e o ódio para a “emoção e a oposição à emoção”.

Tal ideia converge para um conceito central na perspectiva dos chamados kleinianos atuais, que é o de “ataque ao vínculo emocional”, “ataque ao pensamento e ao conhecimento”. As ideias de Bion ampliam o conhecimento sobre o narcisismo, a divisão e a identificação projetiva, a existência de partes psicóticas da personalidade e – central para a técnica psicanalítica atual – a participação ativa da contratransferência na construção do processo analítico.

O desenvolvimento dos conceitos contidos em cada um dos modelos traz alterações à teoria da técnica e, portanto, à prática da psicanálise e da psicoterapia de orientação psicanalítica. No modelo bioniano, utilizado como exemplo, grande parte da compreensão da transferência e, portanto, do mundo interno do analisando passa a ser resultado da percepção e do entendimento de como o paciente mobiliza o mundo interno do terapeuta nas sessões e de como este age sobre aquele, permitindo um acesso a formas mais sutis de manifestação dos complexos mecanismos primitivos de funcionamento da vida mental:

Deixou-se de acreditar que uma interpretação, por mais correta que seja, produza em si mesma uma mudança imediata, assim como se tornou parte essencial de nossa técnica a busca de contato emocional com o paciente, o que só é possível ser identificado se levarmos em conta o funcionamento do psiquismo como um todo. Na sessão, isso implica termos nossa atenção vol-

tada para as mudanças mínimas que ocorrem na transferência e na contra-transferência antes e após interpretarmos.<sup>47</sup>

A função da interpretação passa a ser a de integrar, por meio do movimento de significação da experiência emocional, aspectos dissociados, excindidos da personalidade por identificação projetiva, permitindo um fortalecimento do ego e uma maior capacidade de construir novos significados, o que possibilita a expansão da mente. A noção de um movimento contínuo de rupturas em partes (fragmentação) e construções do todo (integração), expresso por PSD (movimento contínuo entre as posições esquizoparanoide e depressiva), leva, conforme o modelo bioniano, à consideração técnica de um analista pacientemente aguardando (mentalmente, não sem atividade), em um estado semifragmentado, até que a realidade emocional da sessão assuma seu lugar e produza significado.

## TRÊS EXEMPLOS DE TENSÃO ENTRE MODELOS

Conforme já destacado, novas necessidades clínicas e intuições promoveram formas originais de pensar a mente humana. Sua natureza imaterial, complexa e subjetiva torna muito difícil o estabelecimento de critérios objetivos de refutabilidade e de especificidade dos modelos (a possibilidade de verificação de que um modelo é mais útil ou mais específico para determinada situação clínica). Novas e antigas teorias convivem, portanto, e permanecem em tensão.

Se, por um lado, isso conduz ao diálogo e ao crescimento do conhecimento, por outro, pode provocar rupturas, principalmente pela identificação pessoal ou grupal

com certas características das teorias. Isso leva a um investimento em algumas maneiras de pensar e trabalhar, independentemente das capacidades explicativas ou da abrangência de determinados modelos.

Estão sintetizadas a seguir, apenas à guisa de exemplificação, três das principais tensões contemporâneas entre diferentes modelos psicanalíticos da mente.

### **Pulsão versus relações com o objeto**

O seio “bom” que amamenta e inicia a relação amorosa com a mãe é o representante do instinto de vida, sendo também sentido como a primeira manifestação da criatividade.<sup>48</sup>

A libido não busca o prazer, busca seu objeto.<sup>49</sup>

Há duas maneiras principais, no pensamento psicanalítico, de compreender a natureza da experiência humana. A primeira define as pulsões e suas interações como estando na origem dessa experiência, e a segunda coloca os outros seres humanos (os “objetos”, por contraposição a si mesmo, ao “sujeito”) como sua fonte originária. Alguns autores<sup>15,38,50,51</sup> consideram que essa diferença corresponde aos dois paradigmas (princípios organizadores) fundamentais da psicanálise e sua principal fonte de tensão teórica. As demais tensões e os diferentes modelos criados seriam, por essa visão, desdobramentos dessa primeira.

Eventualmente, o modelo pulsional é chamado de modelo da pulsão-estrutura,<sup>15</sup> pelo tipo de organização “estrutural” que a pulsão promove. A expressão é contraposta a relação-estrutura, correspondendo ao tipo de organização “estrutural” promovida pelas relações de objeto. Segundo Greenberg e Mitchell,<sup>15</sup>

[...] a investigação de Freud colocou-o frente ao que considerou as “profundezas” da experiência humana, localizando tanto a motivação para o movimento psíquico como a energia que possibilitava toda atividade mental na figura da pulsão.

O conceito de pulsão foi concebido, como já mencionado, conforme uma formulação teórica, uma abstração, para procurar expressar a transformação de estímulos biológicos em elementos psíquicos. Freud buscou construir toda a teoria psicanalítica em torno desse conceito. Portanto, as motivações últimas, nesse modelo, seriam oriundas das necessidades geradas pelo corpo.

Como decorrência da teoria pulsional, a repressão (como mecanismo básico de “regulagem” da pulsão) assume um papel nuclear na própria constituição do inconsciente. Noções consequentes, como investimento, representação, resistência, defesa, transferência como memória passada, a teoria inicial sobre a ansiedade e as fases do desenvolvimento da libido, foram concebidas com base nesse princípio organizador para dar conta das várias nuances do desenvolvimento humano, de sua patologia e de seu método de tratamento.

A inequívoca importância dos outros seres humanos na constituição da mente do indivíduo fez o próprio Freud, durante seus estudos sobre o narcisismo, o luto e a psicologia de grupo, complementar seu conceito de “objeto”.

A noção de objeto havia sido introduzida muitos anos antes, inicialmente como objeto da percepção e, depois, como objeto da pulsão (por meio do qual é possível que a pulsão atinja sua finalidade, o prazer).<sup>35</sup> Uma característica importante desse objeto é a de não ser organicamente predetermi-

nado, ao contrário do objeto de um instinto, que é fixo e herdado. O da pulsão é variável e substituível.<sup>52</sup> De certo modo, ele é constituído, construído por meio das experiências de satisfação e não satisfação da pulsão, vividas pela criança nos primeiros anos de vida.<sup>35</sup>

Os mencionados estudos sobre o narcisismo, sobre os processos de luto e sobre a psicologia de grupo promoveram uma evolução do conceito em direção ao objeto da identificação (identificação primária, constituição do sujeito) ou da introjeção (objeto interno), formador do ideal de ego e, posteriormente, do superego.<sup>53</sup> Essas novas constatações levaram Freud a modificar seu modelo topográfico, procurando manter a centralidade da pulsão no novo modelo estrutural, como referido.

As já aludidas novas necessidades clínicas, vividas em novos contextos culturais e científicos, permitiram intuições que deslocaram a pulsão de sua centralidade. Inverteram o centro da motivação, colocando na relação com o objeto a origem dos espaços mentais, da emocionalidade, da subjetividade, do pensamento, enfim, de todas as transformações necessárias à experiência humana.

A noção de objeto em psicanálise é imprecisa. Além de proposta em um elevado nível de abstração (como em “objeto interno”), há, em razão de sua natureza e função em cada modelo, uma penumbra em seu significado, que evolui de um “objeto da percepção” a uma estrutura endopsíquica com vitalidade e *status* de uma “quase pessoa”.<sup>51</sup> Há excelentes revisões a respeito, por exemplo, em Baranger,<sup>51</sup> Sandler e Sandler<sup>54</sup> e Hinshelwood.<sup>55</sup>

Os pioneiros dessas modificações foram R. Fairbairn, Melanie Klein e J.O. Wisdom, de modo independente na Inglaterra,

H.S. Sullivan, nos Estados Unidos, e J. Lacan, na França. Cada um com modelos de dimensões, abrangências e princípios organizadores distintos, com implicações para a teoria da técnica. W.R. Bion, D. Winnicott, D. Meltzer, E. Jakobson, H. Kohut, M. Mahler, O. Kernberg, R.D. Storrolow, S. Mitchell, J. Laplanche, A. Green, J.B. Pontalis, P. Castoriadis-Aulagnier, D. Anzieu e R. Kaës são alguns dos principais seguidores desses pioneiros, cada um com proposições de novos modelos ou com importantes evoluções dos anteriores, também com implicações para a teoria da técnica. Mais recentemente, na América do Sul, Berenstein e Puget,<sup>56</sup> partindo da experiência com famílias, casais, instituições e grupos, e fundamentados na centralidade das relações de objeto, propuseram um novo modelo, a teoria vincular.

## Modelos intrapsíquicos e intersubjetivos

Outra importante fonte de tensão teórica é o confronto entre os modelos intrapsíquicos e os intersubjetivos, também expresso como tensões entre a *one-person psychology* e a *two-person psychology*,<sup>57-59</sup> ou, ainda, tensões contidas nas discussões sobre o predomínio do sujeito ou do grupo/cultura no estabelecimento de estados mentais e do mundo interno propriamente dito. Ainda que cada uma dessas formulações englobe diferentes nuances e contextos da teoria e da técnica, estarão aqui reunidas em torno de seu modelo comum por questões de esquematização e espaço.

Colocadas como um desdobramento da relação do indivíduo com os outros, a questão não é somente a da origem da mente e sua motivação,

mas a do comportamento da mente como sistema. De um lado, a mente é vista como unitária, individual, influenciada somente de modo secundário por outras mentes, um sistema fechado. De outro, é considerada parte de um conjunto, em permanente troca com as outras mentes, com espaços compartilhados, um sistema aberto.

Os termos “aberto” e “fechado” servem facilmente a preconceitos, havendo a tendência a associar “aberto” a progressista e “fechado” a conservador, retrógrado, adquirindo uma apreciação moral, alheia ao espírito necessário à compreensão dos modelos.

Os estudos iniciais de Freud, já abordados, conceberam a mente humana como uma unidade individual, como um sistema fechado que se constituía a partir de fontes biológicas internas e que se relacionava com outros sistemas (outros indivíduos), os quais tinham apenas um papel secundário em sua constituição e manutenção.

No extremo intrapsíquico do espectro formado por esses modelos, o foco de atenção é o que ocorre com a mente de uma pessoa considerada isoladamente. Os processos são originados de modo integral dentro de sua própria mente e, em última instância, voltados a ela mesma. Nesse modelo, a transferência parte exclusivamente do paciente, de seu passado, e é vivida no presente com a figura do psicanalista/psicoterapeuta apenas como seu representante. Este último, dentro desse modelo, constrói o *setting* na abstinência e na neutralidade e formula interpretações a partir de sua própria mente, também isolada. Nesse polo, a contra-transferência é vista como um obstáculo à objetividade da escuta psicanalítica.

A partir dos novos modelos que definiram o objeto como central à experiência,

diferentes relações e influências do objeto foram conjecturadas. No cenário clínico, uma das decorrências iniciais dessa evolução foram os estudos sobre a identificação projetiva e a contratransferência e sua introdução como instrumento de auxílio à escuta e à interpretação. Em outras áreas do conhecimento, as considerações sobre o papel do observador como modificador daquilo que é observado passaram a influir no cenário das ciências e das próprias teorias sobre o conhecimento. Essa conjunção de movimentos promoveu o deslocamento do eixo para uma visão voltada para a intersubjetividade.

Formulada de forma sintética, a evolução dessas investigações levou à concepção de que, com os limites do corpo e da biologia, a constituição da mente depende da interação com o mundo exterior e com as qualidades “reais” do objeto (principalmente as qualidades inconscientes). O sujeito individual se constitui e se define no espaço individual e também no coletivo, no contato com os outros. Ao se auto-organizar, a mente está em processo de constante intercâmbio com o meio, tornando a realidade psíquica uma função da interação entre seus componentes, nos contextos social, cultural, familiar e interpessoal, sendo mais do que a soma de partes. Nesse modelo, a existência de espaços psíquicos comuns e partilhados com outros deve ser considerada, e o indivíduo, pensado como um sistema aberto de indivíduos inter-relacionados em constante mutação e reorganização.

A tensão entre o indivíduo e o grupo, o narcisismo e o social-ismo<sup>1</sup> é permanente. O modelo é influenciado pelas teorias deterministas do caos e da complexidade, pela teoria da comunicação, pela teoria dos sistemas sociais e pela cibernética. Passam a ser considerados os fenômenos de campo e intersubjetividade.<sup>60-63</sup> O papel das iden-

tificações projetivas, adesivas, transgeracionais, do falso *self* e da alienação do sujeito toma vulto.

Na técnica, a fantasia do campo (unidade entre a autorreferência e a referência externa) forma uma nova unidade, exigindo do terapeuta um novo olhar, um olhar de segunda ordem, de um segundo tempo, por estar na condição de observador inserido em um sistema. Essas novas condições do modelo levam a uma nova dimensão da observação, que deve incluir a incerteza em suas implicações teóricas.

A visão intersubjetivista “radical” considera que o sujeito individual se constitui e se define no espaço coletivo, intersubjetivo, e que os aspectos individuais são existentes, porém incognoscíveis, tendo visibilidade apenas no campo intersubjetivo.

O valor dessa alteração de perspectiva para a teoria da técnica psicanalítica e psicoterápica é muito significativo, dando à pessoa real do terapeuta importância definitiva. Algumas alterações técnicas nela apoiadas envolvem a revelação da contratransferência (ou, nessas condições, da transferência do analista) e de situações pessoais do terapeuta na tentativa de construção da interpretação conjunta (“cointerpretação”) de significados produzidos pela nova unidade interacional paciente-terapeuta (“cocriação”) à medida que a relação terapêutica acontece.<sup>63-67</sup>

Pelo fato de a mudança ser relativamente recente, de o espectro das novas possibilidades ser amplo e de o momento institucional assim favorecer, ocorreram agrupamentos variados, com distintas denominações, bem como diferenças de interpretação da nova teoria, principalmente nos Estados Unidos, correspondendo à psicanálise intersubjetivista, à inter-relacional, à interpessoal, à interacional, à

construtivista social e à nova escola americana de relações de objeto (não confundir com a escola inglesa de relações de objeto, cujos precursores são Fairbairn\* e Melanie Klein). Algumas críticas a essa tese “irremediavelmente” intersubjetiva ou à subjetividade irremediável do analista<sup>65</sup> são no sentido de que se perderia a especificidade dos conceitos de personalidade, caráter e inconsciente, além de questões epistemológicas e de coerência conceitual.<sup>68,69</sup>

## Conflito *versus* déficit

Vemos a mente humana, por sua própria natureza, compelida a manobrar constantemente entre duas forças basicamente opostas, das quais se derivam todas as emoções, sensações, desejos e atividades. A mente jamais poderá escapar ao conflito e jamais poderá ser estática; deve evoluir sempre, estar sempre em marcha, de um modo ou de outro, e empregar sempre seus dispositivos mediadores para estabelecer um equilíbrio entre os seus impulsos antitéticos. É o resultado bem-sucedido de tais dispositivos e recursos que gera os estados de harmonia e unicidade, estados esses que são ameaçados por fatores endógenos e exógenos. E, como os instintos são inatos, temos de concluir que existe uma certa forma de conflito desde o princípio da vida.<sup>70</sup>

A noção de conflito psíquico foi introduzida por Freud<sup>71</sup> desde seus primeiros escritos psicanalíticos, em 1894, na busca de uma explicação causal, uma etiologia psíquica, para os sintomas histéricos. O desenvolvimento do pensamento freudiano

\* Fairbairn é citado por muitos estudiosos dessas novas tendências como precursor do pensamento intersubjetivista e inter-relacional.

colocou o conflito psíquico na origem dos sintomas neuróticos em geral, da formação do caráter e, finalmente, de toda a atividade psíquica. A atividade mental, o psiquismo e a própria mente passam a ser vistos como uma “formação de compromisso”, um resultado da interação de necessidades, exigências internas, pressões ou forças antagônicas.

Em função daquilo que é considerado originário do modelo, vários são os níveis de antagonismo que podem constituir o conflito: prazer e desprazer, desejo e sua repressão, instintos sexuais e de sobrevivência, pulsão e defesa; pulsão de vida e pulsão de morte, conflito intersistêmico (entre as instâncias ego e id, ego e superego), pensamentos (ideias) e partes do *self*, emoção e oposição à emoção, significação e retirada da significação, tradução e não tradução. Pelo que já foi exposto, é possível concluir que os modelos de Freud, Melanie Klein e Bion e seus desenvolvimentos posteriores, os assim chamados “grupo de kleinianos atuais”, “neofreudianos” franceses (pensamentos de Green, Laplanche, Botella), bem como a teoria da psicologia do ego, para citar alguns exemplos, são baseados em algum tipo de conflito psíquico, que dá origem ao aparelho mental e às suas disfunções.

Como princípio organizador, o conflito pressupõe um certo grau de diferenciação estrutural entre *self* e objeto.<sup>72</sup> Para haver um conflito, é necessário que, mesmo no funcionamento inicial mais primitivo, haja atividade mental para constituir-se a oposição. Nesse modelo, o déficit poderia ser uma sensação, uma ilusão, resultado de uma defesa (identificação projetiva má, cisão ou forclusão, por exemplo) ou de um ataque ao próprio *self*, aos vínculos que constituem a própria mente, para livrar-se da angústia, como na teoria de Bion.<sup>73</sup>

O modelo do déficit parte do princípio organizador de que, não havendo estímulo (externo) adequado, uma cadeia de desenvolvimento deixa de existir, em que partes ou toda a mente podem parar de se desenvolver. Em concordância com esse princípio, há maior passividade do indivíduo, menor diferenciação entre as estruturas e entre *self* e objeto, podendo, mesmo, permanecerem em indiferenciação. Por exemplo, na criança, a manutenção da idealização do selfobjeto,<sup>74,75</sup> por falta de empatia do cuidador com seu processo maturacional, o que impede o desenvolvimento do *self*. O autor compara isso à falta de oxigênio para a criança respirar.

O modelo do déficit implica uma falta real. A deficiência de algo essencial resulta em uma incapacidade de desenvolver toda uma cadeia de funções da personalidade; em seu lugar, estabelece-se um vazio, um déficit. Este somente será preenchido por outros aspectos da personalidade que não deveriam estar naquela cadeia de desenvolvimento. Trata-se de uma sobre Adaptação, um falso-*self*. É o modelo predominante em Winnicott e Kohut (e, de certo modo, em Lacan).

A diferenciação entre esses dois caminhos do psiquismo tem como consequência uma distinta compreensão do material do paciente nas sessões e uma diferente teoria da técnica para atingir mudança ou desenvolvimento psíquico. A técnica que se origina da compreensão da mente baseada no conflito será a da interpretação do conflito. A técnica derivada do reconhecimento de uma falha, de um déficit de desenvolvimento, será a de “reconstituição” do desenvolvimento interrompido, por meio de uma ação do analista (p. ex., manutenção da idealização do analista, que, por uma adequada proporção de frustrações e gratificações, permite o desenvolvimento de um *self* independente).

## OS MODELOS NA PRÁTICA CLÍNICA (NA SESSÃO)

Ao nos propormos a utilizar uma técnica de orientação psicanalítica, oferecemos ao paciente um modelo de escuta particular, no qual, independentemente da eventual “escola” de afiliação, aquilo que é trazido de forma verbal ou não verbal para a sessão será recebido pelo psicanalista/psicoterapeuta e transformado em sua mente à luz de seu próprio modelo psicanalítico internalizado, sua teoria implícita privada.<sup>76</sup>

Esse modelo internalizado dependerá da interação entre a formação do psicanalista/psicoterapeuta (seus supervisores, professores, leituras) e o contato com seu próprio mundo interno, ligado, portanto, diretamente a sua personalidade, às suas vivências e ao seu próprio tratamento psicanalítico.

Quando surgem eventuais deficiências desse modelo pessoal do psicanalista/psicoterapeuta, por falha na formação, na internalização, ou porque o modelo teórico é insuficiente para aquele específico aspecto da compreensão do mundo interno do paciente, a lacuna tenderá a ser preenchida pelo modelo de funcionamento mental (não necessariamente psicanalítico), que ocorrerá de forma espontânea ao psicanalista/psicoterapeuta.<sup>59</sup>

É importante sublinhar que, mesmo sem percebermos, todos construímos, de forma espontânea, modelos do funcionamento mental e, dependendo de nossas vivências ou de nossas possibilidades emocionais – que geram nossa maneira de ver a mente – e do grau de contato com nosso próprio inconsciente, tangenciamos modelos psicanalíticos.

Essa “teoria implícita” poderá dar origem a uma intervenção do psicanalista/psi-

coterapeuta que estará ou não adequada ao modelo de mudança psíquica objetivado.

Tal movimento repete a história da criação de modelos em psicanálise, abordada anteriormente. Depende de uma série de fatores o destino dessa “teoria implícita”. Alguns deles são o grau de investimento narcísico na nova “teoria” pelo psicanalista/psicoterapeuta, sua disponibilidade em recorrer a supervisão ou ir em busca do que já foi descrito sobre aquele aspecto.

Em contraponto, dependendo da tolerância ao novo, da capacidade para intuição, do alcance da nova abstração, do talento para integrar essas intuições e da disponibilidade de tornar pública suas conjecturas, existirá a possibilidade de elas serem discutidas e avaliadas por outros, vindo a contribuir ou não com o corpo teórico geral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se, de fato, o objeto se constrói com o método, conforme o princípio epistemológico de Bachelard, a construção do saber do inconsciente não pode ser dissociada das condições de sua elaboração. Por aí, o campo do conhecimento psicanalítico se mostra congruente com as características de seu objeto próprio: ele é infinitamente aberto, mas acessível na proporção do rigor da sua metodologia.<sup>77</sup>

Diante do exposto, é possível afirmar que a teoria psicanalítica é viva, dinâmica, está em permanente avaliação e atualização. Seu contato com a cultura e com a ciência é expresso na abundância de novas teorias consistentes, provenientes de reali-

dades clínicas atuais e da disponibilidade de novos elementos e paradigmas do conhecimento maior.

Seu objeto de estudo, pelas características já expostas, tem dimensões não conhecidas, sendo “infinitamente aberto, mas acessível na proporção do rigor da sua metodologia”. Seu campo de verificação, seu laboratório, reside no atendimento de milhares de pacientes por profissionais com treinamento adequado, podendo sua teoria ser “confirmada” ou “refutada” pelas duplas paciente-terapeuta, o que a faz se desenvolver ou ser substituída.<sup>10</sup>

Seus modelos são sempre parciais, correspondendo a reducionismos de uma totalidade inapreensível. Por terem essas características, tendem a não estar em complementaridade, uma vez que seus princípios organizadores promovem dimensões diferentes de observação, e não apenas vértices diferentes de uma mesma dimensão. Os fenômenos clínicos observados por um podem não ter nenhuma correspondência no modelo de outro.

Por exemplo, fundamental ao pensamento winnicottiano e à sua compreensão da experiência emocional e da patologia, o espaço transicional não encontra lugar na teoria freudiana ou kleiniana.

Por essa pluridimensionalidade, é provável que nunca haja uma teoria integrada ou única, ainda que os modelos possam ser progressivamente mais abrangentes e com valores heurísticos maiores.

Alguns modelos provavelmente são mais adequados a determinados fenômenos clínicos,

porém, é improvável que possamos transitar por mais do que um ou dois deles sem cairmos na intelectualização, na superficialidade ou na incongruência.

Como já assinalado, identificamo-nos com o modelo. Para evoluirmos, teremos que mudar um “paradigma” interno. Pode ser que não consigamos fazer isso com muita frequência.

E, em relação à psicoterapia de orientação psicanalítica, seria possível identificarmos um ou vários modelos psicanalíticos da mente que refletem a ação psicoterápica? Essa pergunta se inspira nas ideias expostas nas seções anteriores, de que todos os modelos abarcam uma versão reduzida de um fenômeno de dimensões maiores e de que cada modelo, em função de sua “visibilidade” do psiquismo e de sua dinâmica própria, implica um tipo de mudança psíquica e uma teoria da técnica para atingi-la.

Qual o movimento psíquico esperado ao longo de uma psicoterapia de orientação psicanalítica? Não haverá um modelo psicanalítico da mente implícito na busca desse movimento? Não se trata de um retorno à ideia do ouro da psicanálise *versus* o cobre da psicoterapia de orientação psicanalítica. Assim como nos modelos psicanalíticos apresentados, não se trata de um modelo de “ouro” e outro de “cobre”. Ao contrário, valorizar a psicoterapia de orientação psicanalítica poderá significar a utilização do rigor metodológico para explicitar a abrangência e os limites de seu modelo, suas incongruências e insuficiências, coerentes com os movimentos esperados.

Utilizando uma comparação temerária: não é preciso usar a teoria da rela-

tividade ou suas sucessoras para calcular o tempo que um automóvel levará para percorrer 10 km a 60 km/h. Os conceitos derivados do modelo da física newtoniana são suficientes. Não poderíamos pensar o mesmo em relação à psicoterapia? Essa investigação não poderia auxiliar no desenvolvimento de instrumentos técnicos específicos necessários? E também no tipo de formação e treinamento que deverá ter o profissional qualificado a exercê-la? É possível que, por esse meio, estejamos qualificando nosso instrumento, mantendo nosso contato com o inconsciente e com o humano, com suas qualidades e limitações, em vez de nos limitarmos à busca de regras e de outros argumentos de autoridade, tão distantes do conhecimento frutífero e da real necessidade daqueles que nos procuram.

Nos últimos anos, o grupo de Peter Fonagy, em Londres, e o The Boston Change Process Study Group (BCPSG) propuseram modelos de compreensão de alguns fenômenos psíquicos e modelos promotores de possível mudança psíquica, com grande aceitação na comunidade psicoterápica e psicanalítica. Entendo que, de forma mais ou menos explícita, propõem modelos que se enquadram nessa possibilidade de construção de um modelo de base psicanalítica da mente para o trabalho psicoterápico. Seria imprudente e inadequado, em um espaço tão restrito quanto o fim deste capítulo, tentar comentar, avaliar ou criticar suas abrangências, resultados ou limitações. Entretanto, creio que, por motivos a meu ver complexos e equivocados, têm sido considerados modelos psicanalíticos abrangentes da mente e suficientes para substituir os modelos expostos neste capítulo, de elevada coerência, complexidade e valor heurístico.

**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. O ser humano compreende a si próprio e o mundo por meio da construção de esquemas ou modelos inicialmente involuntários e individuais. Depois, é possível terem sua complexidade aumentada e podem ou não ser compartilhados com os demais.
2. Para se construir um modelo, são necessárias curiosidade e capacidade de suportar a angústia vinculada à incerteza, podendo, assim, aproximar-se do desconhecido. Constrói-se, então, um esquema mental, um modelo, concebendo-se imaginariamente aquilo que está observando, suas propriedades e relações; com algum tipo de experimentação (do “teste da realidade” ao método científico), avalia-se a adequação e a utilidade do modelo, ampliando-o ou substituindo-o.
3. Um modelo é intermediário entre uma intuição e uma teoria e, necessariamente, provisório.
4. Essa é a hipótese predominante nos dias atuais para a construção do conhecimento, tanto individual como na área das ciências, em programas de investigação científica (com a utilização do método científico, principalmente de experimentos controlados, de validação e de falseabilidade) ou do saber em geral (validado ou refutado por meio de métodos próprios a sua área de abrangência e conhecimento).
5. Um modelo da mente é a forma como se imagina que existe, se constitui, se organiza e exerce suas funções aquilo que é específico e essencialmente humano, a mente. Em função de seus princípios organizadores, existem diversos modelos da mente: psicológicos, filosóficos, sociológicos, antropológicos, entre outros. Quando um conjunto de formulações inclui a consideração de que a atividade mental é baseada no papel central de um inconsciente dinâmico, estamos diante de um modelo psicanalítico da mente.
6. Cada modelo da mente tem seu próprio princípio organizador, sua própria episteme. É oriundo de saltos teóricos, rupturas maiores ou menores em relação aos modelos dos quais se originou. Utiliza-se, de modo velado ou explícito, de pensamentos não psicanalíticos que influenciaram a cultura na qual seus fundadores estavam imersos (*zeitgeist*). É, em geral, fruto de necessidades geradas na própria clínica, decorrentes da insuficiência dos modelos anteriores em dar conta de determinados fenômenos psíquicos, patológicos ou não, com consequências na técnica psicanalítica e psicoterápica.<sup>18,19</sup>
7. Freud procurou construir uma ciência explanatória que pudesse provar seus achados, encontrando seus fatores e agentes causais, organizados em forma de leis e princípios gerais. Percebia o cérebro e a mente como fenomenologicamente idênticos e estava preocupado com o modelo neurofisiológico, a hidrostase, a termodinâmica e o conceito darwiniano de evolução da mente.
8. Esse conjunto determinou o modelo de inconsciente construído por Freud, estabelecendo a centralidade dos conceitos de pulsão (formulação teórica para tentar expressar a transformação de estímulos em elementos psíquicos) e repressão. Decorrem dessa formulação noções como investimento, representação, resistência, defesas, fases do desenvolvimento da libido, a teoria inicial sobre a ansiedade, a transferência como revivência de uma memória passada e a realidade psíquica.
9. A enfermidade mental, em um primeiro momento, era concebida como resultante de inibições especificamente da vida sexual; depois, por outra visão mais estrutural, era entendida no sentido de um conflito entre pulsão e defesa. Em um terceiro momento, também pôde ser vista como um conflito de índole ética e moral entre ego e superego, amor e ódio.
10. No modelo freudiano, os sonhos são atividades mentais de descarga que garantem o processo neurofisiológico do dormir e a emocionalidade; não são o centro da vida mental, mas assumem um papel indicador de um funcionamento mental, como poderiam fazer a fala ou os movimentos musculares voluntários. O narcisismo é visto sob vários ângulos, mas destaca-se como uma teoria sobre a natureza da libido e sua vinculação com o corpo. Desse modo, a transferência, devido ao modelo hidrostático, neurofisiológico, é vista como uma “repetição do passado”, e o pensamento neurótico, como aquele que

“sofre com suas lembranças”; em outras palavras, é atormentado por experiências dolorosas não assimiladas.

11. A identificação, nos consultórios, de pacientes deprimidos, psicóticos, *borderline*, portadores de transtornos de caráter ou de falhas profundas na organização do narcisismo deu origem ao questionamento do modelo pulsional, por vários psicanalistas pós-freudianos. Estes, diante da dificuldade em trabalhar com as novas organizações patológicas, se dividiram: houve os que procuraram aperfeiçoar o modelo vigente e os que propuseram inovações teóricas que equivalem a um novo modelo. Alguns romperam com os conceitos nucleares, afastando-se da própria psicanálise.
12. Por partirem de contextos bastante diversos e de intuições diferentes, os modelos de mente criados, ainda que mantendo os conceitos centrais, passaram a lidar com fenômenos a partir de diferentes olhares e linguagens, promovendo o que tem sido chamado, com frequência, na literatura de “babel psicanalítica”.
13. Tomando como base os ângulos enfocados por Freud em suas descobertas, desenvolveram-se modelos teóricos e, a partir deles, as chamadas “escolas” psicanalíticas. Assim, para citar alguns exemplos, a ênfase no modelo estrutural e na análise do ego e de suas defesas, pressionada pela cultura pragmática anglo-saxã, principalmente americana, foi a base da chamada “escola da psicologia do ego”, de cujas insuficiências teóricas originou-se um novo modelo, o da “psicologia do *self*” (H. Kohut). Deste, por sua vez, influenciadas também por estudos recentes sobre teoria da comunicação, teoria dos sistemas sociais, cibernética, teoria determinista do caos e da complexidade,<sup>40,41</sup> derivaram as escolas intersubjetivistas, inter-relacional, interpessoal, interacional, construtivista social e uma nova escola de relações de objeto.
14. Partindo do estudo da paranoia e do atendimento de psicóticos, e também como uma reação às mudanças de modelo propostas pela psicologia do ego, surge o modelo de Lacan, que se propõe a uma “releitura” do modelo freudiano, influenciado, entre outros, pelo pensamento estruturalista de Lévi-Strauss, pelos estudos linguísticos de Saussure e pelo enfoque filosófico de Hegel e Heidegger.
15. A partir dos estudos freudianos sobre a ansiedade e sobre os processos de luto e identificação e das necessidades clínicas geradas pelo atendimento de crianças, tendo sido influenciada pela dialética hegeliana, Melanie Klein desenvolve seu trabalho. Das insuficiências teóricas de seu modelo surgiram os de D. Winnicott (influenciado pelo pensamento de Heidegger, Merleau-Ponty e Husserl) e de W.R. Bion.
16. No modelo de Melanie Klein, as emoções ocupam um papel central, e a mente é entendida como lidando com significados e valores. A transferência passa a ser considerada não mais uma lembrança do passado, mas a externalização do presente imediato do mundo interno; como tal, é vista como realidade psíquica. As interpretações deixam de ter o sentido do “como se” para se transformarem no “é”, e os pacientes não são mais vistos como se estivessem “sofrendo de lembranças”, mas “vivendo no passado” ou em um “outro plano de funcionamento mental”.
17. Ao final de sua teorização, Klein cunhou o conceito de identificação projetiva, que alterou parte de seu modelo mental e foi ponto de partida de seus colaboradores e seguidores, tendo-se difundido a praticamente todos os demais modelos psicanalíticos. A partir dessa noção, a mente não fica mais restrita a dois mundos, mas a tantos quantos os processos de divisão e identificação projetiva gerarem, cada qual com seu funcionamento independente.
18. W. Bion descreve o desenvolvimento da mente como um processo complexo, estruturado passo a passo, que não pode ser comparado com as formas biológicas de crescimento. De acordo com ele, a mente se desenvolve autonomamente; ela “se constrói”, aproveitando experiências. Isso altera a concepção kleiniana da relação do bebê com o seio (alvo de divisões, idealizações e projeções) e considera a relação do bebê com a mãe o grande modulador da dor psíquica, que permite ao bebê prosseguir em seu desenvolvimento.

19. Nesse modelo, as emoções passam a ser os “elos básicos” que permitem a integração do *self*. Essa ênfase em uma teoria do pensamento, baseada em uma teoria das relações de objeto, permitiu a Bion agrupar as emoções básicas (amor, L; ódio, H; e desejo de conhecer, K) e seus opostos (-L, -H, -K). Essa formulação fornece a base para que, posteriormente, haja um deslocamento do conflito básico considerado por Freud entre o amor e o ódio para a “emoção e a oposição à emoção”.
20. São exemplificadas três tensões comuns entre os modelos: a) pulsão *versus* relações com o objeto; b) modelos intrapsíquicos e intersubjetivos; c) conflito *versus* déficit.

## REFERÊNCIAS

1. Bion WR. *Cogitações*. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
2. Chalmers AF. *O que é ciência afinal?* São Paulo: Brasiliense; 1993.
3. Kuhn T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva; 1987.
4. Bion WR. *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago; 1973.
5. Freud S. *Esboço de psicanálise*. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 23.
6. Moreno J. *Ser humano: la inconsistencia, los vínculos, la crianza*. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2002.
7. Lakatos I. *Falsification and the methodology of scientific research programmes*. In: Lakatos I, Musgrave A. *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge: Cambridge University; 1994.
8. Popper K. *Conjecturas e refutações*. Brasília: UnB; 1972.
9. Popper K. *Lógica da pesquisa científica*. São Paulo: Cultrix; 1974.
10. Botella C, Botella S. *A pesquisa em psicanálise*. In: Green A, organizador. *Psicanálise contemporânea: revista francesa de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2003.
11. Bordieu P. *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University; 1977.
12. Freud S. *O ego e o id*. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 19.
13. Laplanche J. *Contracorrente*. In: Green A, organizador. *Psicanálise contemporânea: revista francesa de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2003.
14. Green A. *A crise do entendimento psicanalítico*. In: Green A, organizador. *Psicanálise contemporânea: revista francesa de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2003.
15. Greenberg JR, Mitchell SA. *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University; 1983.
16. Sandler J, Wallerstein RS. *Freud's model of the mind: na introduction*. Madison: International Universities; 1997.
17. Petot JM. *Melanie Klein*. São Paulo: Perspectiva; 1987. (Coleção estudos, série psicanálise, 1).
18. Calich JC. *O inconsciente e suas tensões atuais*. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 2003;10(3).
19. Calich JC. *Prologue*. In: Calich JC, Hinz H. *The unconscious: further reflections*. London: International Psychoanalytic; 2007.
20. Freud S. *A questão de uma weltanschauung*. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 22. p. 211.
21. Calich JC. *Contribuições atuais da psicanálise para a prática psiquiátrica: desenvolvimentos atuais da teoria psicanalítica. O grupo kleiniano atual*. *Rev Psiquiatr RS*. 1996; 18(Supl):83-7.
22. Meltzer D. *Vida onírica: una revisión de la teoría y de la técnica psicoanalítica*. Madrid: Tecnipublicaciones; 1987.
23. Meltzer D. *O desenvolvimento kleiniano: parte I: o desenvolvimento clínico de Melanie Klein*. São Paulo: Escuta; 1989.
24. Meltzer D. *Desarollo kleiniano: parte 3: el significado clínico de la obra de Bion*. Buenos Aires: Patla; 1990.

25. Spillius EB. Developments in the work of Melanie Klein. *Int J Psychoanal.* 1983;64(Pt 3):321-32.
26. Spillius EB. *Melanie Klein today: developments in theory and practice.* London: Routledge; 1988. v. 1.
27. Segal H. The Klein-Bion model. In: Rothstein A, editor. *Models of the mind: their relationships to clinical work.* Madison: International Universities; 1985. p. 35-47.
28. Segal H. Phantasy and reality. *Int J Psychoanal.* 1994;75(Pt 2):395-401.
29. Steiner R. Some Thoughts about Tradition and Change Arising from an Examination of the British Psychoanalytical Society's Controversial Discussions (1943-1944). *Inr Ver Psychoanal.* 1985;12:27-72.
30. Steiner R. 'The tower of Babel' or 'after Babel in contemporary psychoanalysis'? Some historical and theoretical notes on the linguistic and cultural strategies implied by the foundation of the International Journal of Psycho-Analysis, and on its relevance today. *Int J Psychoanal.* 1994;75(Pt 5-6):883-901.
31. Steiner R. To explain our point of view, to english readers in English words. *Int Rev Psychoanal.* 1991;18(3):351-92.
32. Petot JM. *Melanie Klein.* São Paulo: Perspectiva; 1987. (Coleção estudos, série psicanálise, 2).
33. Bianchedi ET, Antar R, De Podetti MR, De Píccolo EG, Miravent I, De Cortiñas LP, et al. Beyond Freudian metapsychology. The metapsychological points of view of the Kleinian School. *Int J Psychoanal.* 1984;65(Pt 4):389-98.
34. Barros EM, Barros EL. Introdução. In: Barros EMR, organizador. *Melanie Klein: evoluções.* São Paulo: Escuta; 1989.
35. Freud S. Projeto para uma psicologia científica. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 1.
36. Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 20.
37. Freud S. A dissecação da personalidade psíquica. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 22.
38. Mezan R. Paradigmas e modelos na psicanálise atual. In: Pellanda NMC, Pellanda LEC, organizadores. *Psicanálise hoje: uma revolução do olhar.* Petrópolis: Vozes; 1996.
39. Amati-Mehler J, Argentieri S, Canestri JA. The Babel of the unconscious: mother tongue and foreign languages in the psychoanalytic dimension. Madison: International Universities; 1993.
40. Spruiell V. Deterministic chaos and the sciences of complexity: psychoanalysis in the midst of general scientific revolution. *J Am Psychoanal Assoc.* 1993;41(1):3-44.
41. Levenson E. The interpersonal (sullivanian model). In: Rothstein A. *Models of the mind and their relationship to clinical work.* New York: International Universities; 1985. p. 49-67.
42. Mills J. Hegel on projective identification: implications for Klein, Bion, and beyond. *Psychoanal Rev.* 2000;87(6):841-74.
43. Loparic Z. Winnicott e o pensamento pós-metafísico. *Psicologia USP.* 1995;6(2):39-61.
44. Bléandonu G. Wilfred R. Bion a vida e a obra, 1897-1979. Rio de Janeiro: Imago; 1993.
45. Bion WR. Diferenciação entre a personalidade psicótica e a não psicótica. In: Bion WR. *Estudos psicanalíticos revisados.* Rio de Janeiro: Imago; 1988.
46. Bion WR. *Learning from experience.* London: Karnac; 1989.
47. Barros EMR. A interpretação da destrutividade. [S.l.: s.n.]; 1994. Mimeografado.
48. Klein M. *Inveja e gratidão: um estudo das fontes inconscientes.* Rio de Janeiro: Imago; 1974.
49. Fairbairn WRD. *Psychoanalytical studies of the personality.* London: Routledge & Kegan Paul; 1976.
50. Mezan R. Existem paradigmas em psicanálise? In: Mezan R. *A sombra de Don Juan e outros ensaios.* São Paulo: Brasiliense; 1993.
51. Baranger W, compilador. *Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis.* Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
52. Freud S. Os instintos e suas vicissitudes. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 14.
53. Merea EC. Los conceptos de objeto en la obra de Freud. In: Baranger W, compilador.

- Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
54. Sandler J, Sandler AM. Internal objects revisited. London: Karnac; 1998.
  55. Hinshelwood RD. The elusive concept of 'internal objects' (1934-43): its role in the formation of the Klein group. *Int J Psychoanal.* 1997;78:877-98.
  56. Berenstein I, Puget J. Lo vincular: clínica y técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós; 1997.
  57. Aron L. One person and two person psychologies and method of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology.* 1990;7(4):475-86.
  58. Gill M. Discussion: interaction III. *Psychoanalytic Inquiry.* 1996;16(1):118-34.
  59. Grotstein JS. Integrating one-person and two person psychologies: autochthony and alterity in counterpoint. *Psychoanal Q.* 1997;66(3):403-30.
  60. Baranger W, Baranger M. La situación analítica como campo dinámico. In: Baranger W, Baranger M. *Problemas del campo psicoanalítico.* Buenos Aires: Kargieman; 1969.
  61. Ogden TH. O terceiro analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos. In: Ogden TH. *Os sujeitos da psicanálise.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
  62. Ferro A. Dois autores em busca de personagens: a relação, o campo, a história. *Revista de Psicanálise da SPPA.* 1995;2(1):9-28.
  63. Ferro A. O diálogo analítico: constituição e transformação de mundos possíveis. *Revista de Psicanálise da SPPA.* 1996;3(1):47-63.
  64. Gerson S. Neutrality, resistance, and self-disclosure in an intersubjective psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues.* 1996;6(5):623-45.
  65. Levenson E, Feiner AH. The purloined self: interpersonal perspectives in psychoanalysis. New York: William Alanson White Institute; 1991.
  66. Renik O. Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal Q.* 1993; 62(4):553-71.
  67. Renik O. The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanal Q.* 1995;64(3):466-95.
  68. Hanly C. O inconsciente e as relações de objeto. *Revista de Psicanálise da SPPA.* 2003;10(3).
  69. Hanly C. The unconscious and relational psychoanalysis. In: Calich JC, Hinz H. *The unconscious: further reflections.* London: International Psychoanalytic; 2007. p. 31-46.
  70. Heimann P. Notas sobre a teoria dos instintos de vida e de morte. In: Klein M. *Os progressos da psicanálise.* Rio de Janeiro: Zahar; 1982. p. 359.
  71. Freud S. As neuropsicoses de defesa. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 1.
  72. Killingmimo B. Conflito y deficit: implicancias para la técnica. In: *Libro Anual de Psicoanálisis.* Londres: The British Psycho-Analytical Society; 1989. v. 5. p. 111-26.
  73. Bion WR. Uma teoria sobre o processo do pensar. In: Bion WR. *Estudos psicanalíticos revisados.* Rio de Janeiro: Imago; 1988.
  74. Kohut H. *Self e narcisismo.* Rio de Janeiro: Imago; 1984.
  75. Kohut H. *Análise do self.* Rio de Janeiro: Imago; 1988.
  76. Sandler J. Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal.* 1983;64(Pt 1):35-45.
  77. Kaës R. O grupo e o sujeito do grupo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997. p. 20.

The background of the entire page is a black, tufted leather texture. The tufting consists of a grid of diamond-shaped indentations, each with a small circular stud in the center, creating a classic, elegant pattern.

**PARTE III**

**Fundamentos da  
técnica psicoterápica  
de orientação analítica**

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

O processo de avaliação de um paciente com o objetivo de instaurar uma psicoterapia de orientação analítica (POA) constitui-se do que chamamos de entrevista inicial, definição do diagnóstico psicodinâmico, indicação ou não de psicoterapia e efetivação do contrato psicoterapêutico (que será abordado no Capítulo 11).

Zimerman<sup>1</sup> já destacava a vigência do mito de que todos os pacientes podem ser tratados e curados pela psicoterapia e psicanálise.

Os progressos da ciência, da psicofarmacologia e da pesquisa de resultados terapêuticos<sup>2</sup> cada vez mais exigem refinamento nas avaliações e indicações terapêuticas. Sandell e colaboradores<sup>3</sup> reitera que a seleção é parte integrante da psicoterapia e da psicanálise, não só para o início do tratamento, mas também para sua continuação.

O declínio atual da busca pela psicoterapia analítica e pela psicanálise, no entendimento de Kandel,<sup>4</sup> deve-se à não evidência objetiva

de que sejam mais eficazes do que terapias não analíticas ou placebo. Fonagy,<sup>5</sup> contudo, aponta que essa carência, por si só, não significa que a psicoterapia ou a psicanálise sejam inefetivas; o que falta em nossa disciplina é o investimento em pesquisas empíricas e a inter-relação com as diferentes áreas da ciência que trabalham em busca da elucidação dos resultados.

Assim, é responsabilidade nossa indicar a técnica mais apropriada e a que mais benefícios traz para aliviar o sofrimento da pessoa que nos procura. A avaliação individualizada, portanto, faz-se mais do que nunca necessária e é condição decisiva para o melhor aproveitamento da psicoterapia que nos propomos a realizar.

Em um colóquio, no Centro de Estudos Luís Guedes, sobre contrato e interrupções em psicoterapia,<sup>6</sup> assinalou-se que muitas interrupções precoces de tratamento decorrem de uma inadequada avaliação inicial. Freud,<sup>7</sup> a propósito, afirmava o seguinte: “No que concerne ao psicanalista, contudo, se o caso é desfavorável, ele cometeu um erro prático: foi responsável por despesas desnecessárias e desacreditou seu método de tratamento”. Assim, compre-

de-se que vários autores, estudiosos das psicoterapias, assinalem que as entrevistas de avaliação representam um momento crítico tanto na vida do paciente como na do profissional a quem ele recorre.<sup>8-10</sup>

Este capítulo se propõe a abordar os seguintes temas referentes ao processo de avaliação e às indicações de psicoterapia de orientação analítica: a entrevista inicial, o diagnóstico psicodinâmico e as indicações e contraindicações e as considerações.

## ENTREVISTA INICIAL

---

### Conceito

Quando nos referimos à entrevista inicial, buscamos conceituar um tipo específico de encontro, com objetivos definidos e formato próprio, diverso dos demais que hão de ocorrer, caso seja indicada a psicoterapia.

Ferreira,<sup>11</sup> em seu dicionário, define entrevista como vista e conferência entre duas ou mais pessoas em local predeterminado; encontro combinado, comentário ou opinião fornecido a entrevistadores para ser divulgado em jornal, revista, etc. Em nosso caso, trata-se de um encontro combinado entre duas pessoas com a específica finalidade de decidir se quem consulta deve ou não realizar uma psicoterapia, com quem e de que tipo.

É importante que se esclareça, desde o princípio, que a entrevista inicial, embora na forma singular, não exclui a realização de outras; duas ou mesmo três compõem o processo de avaliação, dado que dificilmente um único contato será suficiente para conhecer o entrevistado. Muitas variáveis influenciam esse processo: o tipo de encaminhamento, a experiência prévia do

paciente, o motivo da procura, sua motivação, entre outros aspectos.

### Quanto à técnica

Uma norma básica é facilitar ao entrevistado a livre expressão de seus processos mentais, o que, em geral, não se consegue com um enquadre formal de perguntas e respostas. Bleger<sup>12</sup> salienta que, nesse primeiro encontro, nosso propósito é ver como funciona o indivíduo, e não como ele diz que funciona; assim, devemos deixá-lo tanto quanto possível à vontade para mostrar seu modo de ser e de interagir.

A escuta atenta, com um mínimo de interrupções, permitirá observar como a pessoa se expressa, desenvolve seu pensamento, expõe ou não sentimentos, relaciona-se com o entrevistador, o que fala ou sobre o que cala.<sup>13,14</sup>

A atitude de escuta, porém, não implica mutismo, tampouco distância ou frieza. Deve-se agir com cordialidade, discrição e sensibilidade, pois certamente quem nos procura traz seu sofrimento e vem em busca de ajuda. Pode-se, pois, de início, solicitar os dados de identificação do entrevistado e esclarecer o quanto durará a entrevista e a possibilidade de que não seja a única. A seguir, ele é convidado a falar sobre as razões de sua vinda e solicitado a contar tudo o que puder, a fim de formarmos uma ideia do que o aflige.

A maioria dos autores salienta, repetimos, que a técnica da entrevista é exclusiva e distinta de uma sessão de psicanálise ou psicoterapia. Não só os objetivos, afirma Etchegoyen,<sup>15</sup> de uma e outra são diferentes, mas também os instrumentos, já que a associação livre não é proposta e a interpretação é reservada para situações especiais.

Trata-se de uma técnica não diretiva, deixando ao entrevistado a iniciativa, mas ajudando-o em momentos difíceis; um aceno de cabeça, um comentário neutro ou uma pergunta, em geral, bastam para restabelecer uma comunicação interrompida.

Cruz<sup>6</sup> e outros autores (como Liberman<sup>16</sup>) consideram que o terapeuta deve abster-se de qualquer intervenção de cunho interpretativo nessa circunstância, visto que ainda não se estabeleceu o *setting*, o entrevistado ainda não é o “paciente” e não estamos, portanto, autorizados a utilizar a interpretação.

Porém, há aqueles<sup>15,17</sup> que julgam válido o uso da interpretação para remover algum obstáculo ou promover o vínculo entre elementos que estão sendo apresentados e cuja conexão o paciente não percebe. Quinodoz,<sup>17</sup> inclusive, afirma que o paciente desconhece seu mundo fantasmático inconsciente e que, nas entrevistas preliminares, o psicoterapeuta tem a oportunidade de fazê-lo vivenciar uma escuta analítica e tomar contato com seu mundo interno.

É importante assinalar, também, que a entrevista inicial deve, necessariamente, provocar ansiedade, como toda situação nova e desconhecida em que dois indivíduos se encontram e um deles vai ser avaliado – na verdade, ambos o são. O terapeuta, apesar de, em geral, já ter feito muitas entrevistas desse tipo, sabe que cada situação nova é um desafio e que ninguém tem a certeza de se sair a contento. Além disso, agregam-se fatores relacionados aos significados inconscientes que cada um dos participantes atribui a esse primeiro encontro.<sup>6</sup> Por isso, depende, em grande medida, da habilidade do entrevistador manter a ansiedade em um limite aceitável. Que não

seja muito baixa, pois é um estímulo eficaz para o paciente expressar seus problemas, nem muito alta, de forma que impeça a comunicação e desorganize o objetivo do encontro.

## Campo da entrevista

A entrevista configura um campo no qual, de acordo com Baranger e Baranger,<sup>18</sup> há duas pessoas indefectivelmente ligadas e complementares, enquanto permanece a situação, envolvidas no mesmo processo dinâmico. Esse conceito de campo dinâmico, de forças que se cruzam e que se constroem a partir da participação de ambos, modifica a compreensão e a utilização de vários instrumentos da técnica, no entendimento de Iankilevich e Dal Zot.<sup>19</sup>

Aqui, deparamo-nos com um ponto que vem despertando a atenção dos teóricos da psicanálise e da psicoterapia: a interação da dupla paciente-terapeuta.

Segundo Ferro,<sup>20</sup> hoje trabalhamos cada vez mais com a ideia de que o foco de nossas preocupações se deslocou das características do paciente para as da dupla e da interação entre “aquele determinado paciente” e “aquele determinado terapeuta”. Não temos uma bitola universal. Não é qualquer tipo de paciente que podemos tratar. Conhecer os limites e os alcances próprios de cada terapeuta é essencial para o sucesso da psicoterapia.

Os instrumentos de avaliação de que dispõe o terapeuta são o reconhecimento do estado de sua mente,<sup>10</sup> suas teorias, seus conhecimentos, sua intuição e empatia e, sobretudo, sua própria angústia. O entrevistador participa do fenômeno que

observa e se condiciona a ele, como bem salienta Etchegoyen:<sup>15</sup> a “máxima objetividade que podemos obter só é alcançada quando se incorpora o sujeito observador como uma das variáveis do campo”. Como, às vezes, há o risco de que o terapeuta defina sua avaliação por uma única impressão dominante na primeira entrevista, sugere-se um intervalo entre esta e as demais, de uma semana em média, o que permite apreciar como o paciente reagiu a esse primeiro encontro. O segundo encontro pode esclarecer muitos aspectos ou nos surpreender com algo que não havíamos pensado ou percebido, seja por nossa angústia, seja pelo desejo do paciente de causar uma impressão diferente de seu verdadeiro modo de ser. Isso oferece um indicativo da maior flexibilidade ou rigidez do paciente no uso das suas defesas. Caligor e colaboradores<sup>21</sup> sugerem duas sessões de acompanhamento após a consulta inicial para esclarecer problemas mais complexos ou incertezas quanto ao diagnóstico.

## Motivação

Há consenso entre os autores de que a motivação é um pressuposto básico para que se indique psicoterapia de orientação analítica. Porém, o que conceituamos como motivação? De acordo com Houaiss,<sup>22</sup> é um “conjunto de processos que dão ao comportamento uma intensidade, uma direção determinada e uma forma de desenvolvimento próprias da atividade individual”. Assim, começamos constatando que é um tema de âmbito exclusivo do paciente, das características do seu caráter e dos objetivos dessa procura de atendimento. Algumas questões podem nos orientar na definição da motivação nas entrevistas iniciais:

1. O paciente busca o tratamento de forma espontânea?
2. Mostra capacidade de reconhecer que seus sintomas são de natureza psicológica? Denota sofrimento?
3. Há tendência à introspecção e a relatar os problemas de modo honesto e verdadeiro?
4. Tem vontade de participar ativamente do processo de tratamento?
5. Expressa curiosidade e desejo de se entender?
6. Assume a responsabilidade de modificar as dificuldades que enfrenta, em vez de externá-las e projetá-las nos outros?
7. Apresenta expectativas realistas em relação à psicoterapia?
8. Há disposição de investir tempo e dinheiro nessa busca?

Provavelmente, não responderemos nas primeiras entrevistas a todas essas questões (baseadas em Sifneos<sup>23</sup>), mas tê-las em mente nos ajudará a apreciar as condições de cada entrevistado. Freud<sup>7</sup> já ressaltava, nos primeiros escritos, que o sofrimento é a força motivadora primária do tratamento.

Um aspecto que deve ser observado diz respeito à manifestação consciente dessa motivação, expressa, em geral, no desejo verbal do paciente de se livrar apenas dos sintomas ou do sofrimento colocado em uma situação externa imediata. Esta, quando isolada, não indica uma boa motivação. Uma motivação genuína implica um desejo de modificação interna por meio do *insight*: o paciente se dispõe a explorar pensamentos, emoções e conflitos de sua vida diária, buscando vinculações com as circunstâncias do passado, sendo capaz de reviver situações dolorosas ou difíceis, preocupado em ser honesto consigo para alcançar a verdade sobre si mesmo.<sup>8,14,24</sup>

Thomä e Kächele<sup>9</sup> advertem quanto a não se poder esperar que cada paciente nos procure com uma boa motivação para o tratamento, ciente das conexões entre suas moléstias, seus problemas e conflitos de vida, trazendo consigo certo *insight*. Se esses pacientes existem, a prática mostra que não são maioria. Contudo, é possível esperar que a experiência da psicoterapia desenvolva nele uma motivação, o que mudará o rumo das expectativas iniciais.<sup>25</sup>

Em revisão feita por Dal Zot,<sup>26</sup> citam-se várias pesquisas que estudaram a motivação. Brill e Storrow, em 1963, em um estudo com 111 pacientes ambulatoriais em Los Angeles, observaram que 92% daqueles que estavam motivados melhoraram. Malan, em um estudo experimental sobre os resultados da psicoterapia breve, realizado em 1976, relata que, entre 10 critérios de seleção estudados, apenas um, a motivação, apresentou correlação positiva com o resultado. Sifneos, em 1968, estudando uma amostra de 55 pacientes que realizaram tratamento breve, concluiu que, dos 35 que melhoraram, 88% apresentaram motivação de boa a excelente. Straker, em 1968, revisando as causas e os índices de abandono em uma clínica psiquiátrica em Montreal, encontrou os menores índices de abandono entre os pacientes que procuravam o tratamento por iniciativa própria e entre os que apresentaram alta motivação desde o início do tratamento. Hollender, citado por Dal Zot,<sup>26</sup> refere que o abandono seria praticamente eliminado se, nas primeiras entrevistas, a ênfase se centrasse em avaliar a motivação do paciente para tratar-se.

A pesquisa desenvolvida em 1979 por Dal Zot<sup>26</sup> em um ambulatório de psicoterapia em Porto Alegre constatou que, dos 71 pacientes estudados, 51 obtiveram melhoras. Destes, 91,1% foram

considerados motivados para POA, verificando-se uma associação significativa entre motivação e resultado de psicoterapia ( $p < 0,05$ ).

## Transferência e contratransferência na avaliação

Desde Freud,<sup>27</sup> sabemos que muitas de nossas ações e reações estão condicionadas por experiências passadas que tendem a se repetir no presente, tornando a percepção da realidade atual um misto de presente e passado. Ora, em uma situação de avaliação, vão reproduzir-se conflitos e pautas do passado do entrevistado que assumem uma vigência atual, uma realidade imediata e concreta, em que o entrevistador é investido de um papel que estritamente não corresponde a ele. Por meio dessas “transferências”, é possível obter preciosas informações sobre a estrutura mental do sujeito e o tipo de sua relação com as outras pessoas.<sup>15</sup>

Porém, com a ênfase atual no conceito de campo dinâmico,<sup>28</sup> não se pode mais pensar em transferência isoladamente, sem levar em consideração sua contrapartida, que é a contratransferência; não se pode pensar em identificação projetiva ocorrendo apenas da parte do paciente, sem as identificações projetivas e introjetivas do terapeuta também em ação, formando a fantasia inconsciente do par, que vai estar também presente desde a avaliação inicial.<sup>19</sup> A situação psicoterápica modifica-se, então; o objeto de observação passa a englobar tanto o paciente quanto o psicoterapeuta, em sua dimensão intersubjetiva.<sup>29</sup>

Gabbard<sup>30</sup> e Thomä e Kächele<sup>9</sup> destacam que os elementos transferenciais

existem desde o primeiro encontro entre paciente e terapeuta, mesmo antes, por vezes. Assim, a própria marcação da primeira consulta revelará aspectos do paciente que podem traduzir experiências prévias com outros terapeutas ou desconfianças e atitudes com figuras de autoridade, ou seja, muitas de suas características pessoais. Os fatores relativos à figura real do terapeuta, idade, sexo, aspecto físico, apresentação pessoal, e do consultório frequentemente se convertem em ponto de partida para a transferência inicial.<sup>31</sup>

A transferência também pode apresentar-se como uma resistência, e um dos sinais disso, segundo Malan,<sup>32</sup> é observado toda vez que um paciente parece não estar expondo comunicações espontâneas, dificultando a coleta da história. Já que a transferência é um aspecto vital da avaliação, pois afeta diretamente a cooperação do paciente com o terapeuta, abordar os sentimentos nela evocados poderia remover obstáculos à coleta efetiva de sua história.

O entrevistador, por sua parte, conforme Etchegoyen,<sup>15</sup> não reage a todos esses fenômenos de forma absolutamente lógica e racional, mas também de maneira irracional e inconsciente, o que constitui sua contratransferência. Para o psicoterapeuta, tais sentimentos são informações diagnósticas vitais, pois o orientam tanto acerca das reações que o paciente produz nos outros como também da necessidade de discriminar suas próprias reações diante deste.

Uma particularidade da circunstância de avaliação é a de provocar angústia pela experiência nova, desconhecida, a que se expõem paciente e terapeuta. A forma de o primeiro descarregar essa angústia se dá, em geral, por comunicações não verbais,

via identificação projetiva. O terapeuta, por seu turno, está mais sensível e indefeso ante as identificações projetivas de seu cliente e ainda sem o recurso da interpretação para manejá-las. A experiência, o estudo e a supervisão não de auxiliá-lo; tais reações contratransferenciais, com certeza muito úteis, exigem controle constante para sua compreensão.

O reconhecimento do uso da identificação projetiva pelo paciente muitas vezes se faz quando o terapeuta percebe em si sentimentos ou comportamentos estranhos ou atípicos ao seu modo habitual de agir com os demais pacientes. Mesmo que a consciência de tais sentimentos possibilite ao terapeuta ampliar o entendimento do mundo objetal interno do paciente e dos problemas peculiares de suas relações interpessoais,<sup>30</sup> repetimos, deve-se permanecer atento: a avaliação envolve duas pessoas em funções diferentes, assimétricas, ambas com sua equação pessoal (passado, representações de *self* e objeto, necessidades projetivas), que pode interferir na observação objetiva dos fatos.

## DIAGNÓSTICO PSICODINÂMICO

---

### O que avaliar?

#### *Identificação*

Ao pensarmos nesse aspecto, por vezes nos ocorrem apenas dados objetivos, numéricos, como idade, sexo, endereço, estado civil. Todavia, subjacente a uma aparente objetividade, encontraremos valiosas informações que logo nos orientam na avaliação em curso. Assim, caso se trate de uma mulher de cerca de 65 anos, casada, com

filhos independentes, profissional prestes a se aposentar, o que podemos pensar? Que se encontra em uma etapa do ciclo vital lidando com as consequências do envelhecimento e com inevitáveis perdas, bem como precisando, talvez, encontrar outras situações de satisfação. Certamente nossa investigação deverá percorrer essas áreas próprias da etapa de crise vivida pela paciente; são, com certeza, hipóteses a serem testadas. Da mesma forma, um jovem de 25 anos, recém-formado, solteiro, apenas por esses aspectos, evocará em nós outras possibilidades. Assim, em especial em relação às crises vitais e ao grau de adaptação alcançado, os dados de identificação dos pacientes contêm, latentes, elementos indicativos importantes. Também incluímos aqui o encaminhamento, isto é, como o paciente chegou até nós. Por iniciativa própria, solicitação de familiar ou por especialista de outra área, todos são dados que fornecem pistas sobre sua motivação.

### ***Fatores desencadeantes: crises vitais ou acidentais***

O avaliador deve buscar a relação temporal entre a eclosão dos sintomas e a ocorrência de algum evento ou circunstância na vida do paciente, relação frequentemente ignorada por ele, devido a mecanismos de defesa protetores, como negação, racionalização, isolamento. Uma crise vital, por exemplo, nascimento de filhos, adolescência, climático, aposentadoria, ou crises acidentais, como perda por morte ou separação de um familiar, doença física própria ou de familiar, perda de emprego, casamento, vestibular, podem indicar em que direção buscar o conflito. Conforme Cordoli,<sup>8</sup> na avaliação psicodinâmica, é importante que

se investigue a presença ou não de fatores desencadeantes, por serem os responsáveis, em geral, pela ruptura do equilíbrio anterior. A ausência de fatores desencadeantes ou de crises vitais ou acidentais sugere a presença de patologia de caráter.

### ***Conflito atual***

Considerando a psicoterapia de orientação analítica como tendo sua base teórica na psicanálise, as seguintes formulações, conforme Wallerstein citado por Cruz,<sup>33</sup> são fundamentais para orientar o pensamento do entrevistador:

- A doença mental deriva de conflitos intrapsíquicos.
- Tais conflitos são predominantemente inconscientes.
- São partes constituintes do conflito um impulso instintivo que gera ansiedade e, em consequência, uma defesa.
- Antes do início das manifestações clínicas, os conflitos psíquicos são manejados por padrões peculiares de defesa, os traços de caráter.
- Pela influência de um fator desencadeante, métodos previamente utilizados para manter o equilíbrio falham, e os sintomas aparecem.
- Tais sintomas revelam importantes elementos dos conflitos e dos meios com que o ego tenta lidar com eles e se manifestam nas relações atuais da vida do paciente, na sua interação com o terapeuta, repetindo padrões do passado.

Mas, como avaliar, nas entrevistas iniciais, a existência desses conflitos? French, citado por Schestatsky,<sup>34</sup> introduziu os conceitos de conflito focal e nuclear.

Lembrando que essas formulações provêm do conceito freudiano de conflito psíquico, acrescentamos, de acordo com Schestatsky,<sup>34</sup> que os conflitos focais se definem como derivativos de conflitos nucleares, profundos, primitivos, adormecidos, que seriam ativados e continuamente expressos de vários modos. Estariam mais próximos da superfície, pré-conscientes, explicando a maior parte do material clínico de uma sessão. Seriam uma adaptação dos conflitos nucleares e passíveis de aproximação por meio da psicoterapia de orientação analítica, e não só pela psicanálise.

Na avaliação, quando identificamos pelo menos um conflito focal do paciente que se expresse por meio de um ou mais sintomas ou padrões de comportamento nos relacionamentos interpessoais e cause sofrimento, estamos em condições de indicar POA. Um exemplo seria o caso da paciente A, de 40 anos, solteira e professora universitária, que procurou um terapeuta em função de uma crise por não conseguir trabalhar em sua dissertação de mestrado, tendo já se tratado com um psiquiatra que a medicara com ansiolíticos, antidepressivos e hipnóticos devido a sintomas de ansiedade, depressão e insônia. A paciente melhorara desses sintomas, mas nada evoluíra em sua dissertação, além de sentir-se confusa, desanimada e com uma espécie de paralisia mental (sic). Como até o momento não tivera maiores problemas em sua vida, inclusive profissional, configurava-se uma situação atual e circunscrita, razão pela qual o terapeuta indicou POA.<sup>35</sup>

Todavia, para pacientes com patologia de caráter, na qual estão implicados os conflitos nucleares, infantis, que resultam em um modo habitual de ser, pensar, sentir, fantasiar e relacionar-se com os outros, seria indicada a psicanálise. Esta vai se

propor a modificar, além do conflito atual, os conflitos infantis, isto é, retomar toda a história do paciente, para proporcionar-lhe melhores instrumentos, visando a mudanças mais estáveis em sua vida.<sup>36</sup> Como exemplo, citamos a paciente B, de 36 anos, casada e com filhos, que procura atendimento por indicação de sua ex-terapeuta. Na primeira entrevista, sem que o terapeuta dissesse nada, chora copiosamente a todo momento, mencionando, nas pequenas pausas, não saber o que há com ela, apenas que se sente mal, perdida e só. Não refere crise conjugal, financeira ou com os filhos; embora sinta certa insatisfação com o trabalho, não revela nada consistente sobre ele em termos de problemas. No entanto, afirma já ter-se sentido assim em outras ocasiões em sua vida, aliás, desde muito pequena. É a última de vários irmãos; “apesar disso”, conclui, “venho vindo, dando um jeito, conseguindo um certo espaço... Mas agora não está dando para continuar...”. O terapeuta, percebendo que o conflito infantil tomou nova feição, repetindo-se na vida atual, indicou-lhe psicanálise.<sup>35</sup>

Acentuamos que essa distinção de indicação nem sempre é clara, como sublinha Etchegoyen.<sup>36</sup> Cabe ao paciente decidir-se, mas o autor lembra que é um erro indicar análise a alguém com problemas ligados à situação de vida atual ou presente. Além disso, se o que o paciente apresenta é apenas uma nova versão de conflitos anteriores, a psicoterapia não será suficiente e poderá, inclusive, fracassar.<sup>36</sup>

### ***Adaptação prévia, força do ego, vínculos e relações objetais***

A história laboral de um paciente e seus padrões de relacionamento são indicado-

res da força global do ego. É provável que aqueles que foram capazes de manter seus empregos ou vida acadêmica e estabelecer relações de compromisso por períodos relativamente longos têm egos mais flexíveis e integrados. Ter um ego forte significa ter certo nível de inteligência, habilidade para tolerar emoções dolorosas, capacidade para sublimação e um teste de realidade bem estabelecido.<sup>8</sup> Uma pessoa que também ultrapassou diferentes fases do seu ciclo vital com sucesso na definição de uma identidade própria e no desenvolvimento psicosssexual adequado é considerada como tendo um bom nível de adaptação prévia.

A literatura em geral e algumas pesquisas locais<sup>26,37</sup> apontam a adaptação prévia do paciente como um bom fator prognóstico. Um bom vínculo com o terapeuta vai depender da qualidade das relações de objeto do passado, assim como de suas relações posteriores. Investigar, na entrevista inicial, a relação do paciente com seus pais, irmãos, colegas e amigos pode fornecer indicativos de como vai se desenvolver a relação terapêutica.

Outro aspecto importante a ser investigado é a existência de traumas e/ou negligências na infância, pois acarretam prejuízos na capacidade de mentalização do paciente, bem como por estarem relacionados a patologias graves na vida adulta, conforme vários estudos atuais têm demonstrado.<sup>30,38</sup>

### ***Exame mental e presença de sintomas***

O exame do estado mental será feito ao longo das entrevistas de avaliação, sem que seja necessário um interrogatório formal a respeito. A orientação do paciente quanto a tempo, espaço e pessoa esclarece-se, em

geral, no decorrer da coleta da história. Permaneceremos atentos às distorções e às alterações da sensopercepção, bem como à presença ou não de alucinações visuais ou auditivas, será importante na avaliação diagnóstica.

A linguagem e a comunicação do paciente revelarão aspectos do inconsciente por meio da presença de lapsos e atos falhos. Os traços de personalidade também se evidenciam na forma como o paciente se expressa e responde às questões. Por exemplo, um paciente com características obsessivas vai dar atenção excessiva a todos os detalhes de seu relato. O paciente histérico pode fornecer respostas coloridas e vagas, frustrantes; o paranoide pode constantemente distorcer a intenção das questões, posicionando-se defensivamente em relação ao entrevistador.

As observações sobre os estados afetivos do paciente ganham proeminência na avaliação, sendo, talvez, o manejo do afeto uma das mais importantes funções das defesas.<sup>30</sup> Assim, pacientes que descrevem eventos dolorosos em suas vidas sem qualquer tonalidade afetiva estão fazendo uso do isolamento e da intelectualização; os hipomaníacos, geralmente divertidos ou de bom humor, podem estar recorrendo à negação para defender-se contra sentimentos de desgosto e raiva. Os pacientes *borderline* podem expressar desprezo e hostilidade em relação às figuras significativas de suas vidas, usando a dissociação para evitar a integração entre sentimentos bons e maus para com os outros. Também, quando se detectar humor depressivo, é importante investigar a presença de ideação ou planos suicidas, bem como esclarecer o significado do suicídio pretendido.

Uma grande quantidade de informações é comunicada por comportamento

não verbal. Que assuntos provocam ansiedade, silêncios ou desvios no olhar do entrevistado? Outro aspecto a ser avaliado é como o paciente controla seus impulsos. É capaz de adiar sua descarga ou tende a entregar-se a eles, colocando em risco a si e aos outros? Prevê adequadamente a consequência de suas ações? Há um predomínio da ação em detrimento da reflexão e do pensar? São características que podem dar pistas para uma aproximação diagnóstica de quadros de funcionamento *borderline*, nos quais o controle dos impulsos é precário, há tendência a sexualidade promíscua e a conflitos quanto à dependência.

De acordo com Kernberg,<sup>39</sup> dois outros aspectos devem ser avaliados: a difusão da identidade e a capacidade de teste de realidade, pois é patognomônica do funcionamento *borderline* a falta de integração do *self*, com uma experiência subjetiva de vazio crônico, autopercepções e comportamentos contraditórios, que dificultam uma visão integrada de si mesmo como alguém discriminado dos demais entes significativos. Já no teste de realidade, avalia-se a capacidade do paciente de distinguir sentimentos e emoções como provenientes de estímulos do mundo interno ou externo. Essa capacidade se mostra prejudicada quando há um nível psicótico de funcionamento.

O nível de operações defensivas manifesta a organização da personalidade. Os pacientes *borderline* e psicóticos, por exemplo, apresentam defesas mais primitivas centradas no mecanismo de dissociação e em outros mecanismos associados, como

identificação projetiva, negação e controle onipotente.

## Capacidade para estabelecer uma aliança terapêutica

As pesquisas mais recentes sugerem que a aliança terapêutica é a variável mais crucial para o sucesso das psicoterapias.<sup>8</sup> A força da aliança terapêutica como fator dominante no resultado de uma ampla variedade de terapias tem sido enfatizada pelas investigações de inúmeros autores.<sup>30</sup> Esses estudos também sugerem que a natureza da aliança terapêutica na fase inicial da psicoterapia talvez seja o melhor preditor do resultado desta.

A expressão “aliança terapêutica” designa a capacidade do paciente de estabelecer uma relação de trabalho com o terapeuta, em oposição às reações transferenciais regressivas e à resistência.<sup>40</sup> Esse termo foi cunhado por E. Zetzel, em 1956, aparecendo na literatura psicanalítica desde então, recebendo também outras denominações, como “aliança de trabalho”, por R. Greenson, em 1965.

Essa aliança implica que o paciente, independentemente de seus aspectos doentios, demonstre uma parte racional preservada que se alie ao terapeuta para levar adiante as tarefas psicoterápicas como um colaborador ativo.<sup>8</sup> Um indício da capacidade de se vincular ao terapeuta é o critério salientado por Sifneos<sup>23</sup> de que o paciente tenha estabelecido, no passado, pelo menos uma relação emocionalmente significativa.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Uma mulher, que chamaremos de Maria, telefona, dizendo-se encaminhada por uma amiga. Marcamos uma entrevista em que fala com relativo desembaraço, mas também com ansiedade, vergonha e temores. Diz estar vivendo uma fase com vários problemas clínicos. Beira os 50 anos, é a filha caçula entre seis irmãos. Sempre viveu com os pais; agora, ela e o companheiro residem com a mãe viúva. É profissional liberal ligada a uma grande empresa e com escassa atividade particular. Não tem filhos, mas muita ligação com os vários sobrinhos e afilhados.

Descreve sintomas relacionados ao sistema cardiovascular, taquicardia, tremores, hipertensão. Já fez avaliação com seu cardiologista de confiança, nada tendo sido encontrado. Cogitou-se a hipótese de trans-torno de pânico, mas sem confirmação explícita. Foi-lhe prescrito propranolol, que utilizou por algum tempo, tendo, então, procurado outro clínico, que lhe sugeriu não tomar nenhum medicamento, em vista da avaliação psicoterápica que iria realizar. Apresenta, ainda, sintomas relacionados à entrada da menopausa, tendo iniciado reposição hormonal. Sente-se muito angustiada, tem insônia, medo de dirigir automóvel e temor de ficar só. Tais sintomas psicológicos a motivaram a procurar a psicoterapia.

Sobre a relação com o companheiro, comenta ser uma pessoa bastante presente, que garante apoio e segurança tanto a si como à mãe, mas com uma série de limitações. Quanto aos aspectos socioeconômico e cultural, trata-se de um profissional de nível médio, mal remunerado, com três filhos de casamentos anteriores, fontes de despesas constantes para ele; isso requer empréstimos de Maria, o que gera desconfianças, competições e dúvidas sobre o futuro da relação.

Maria sempre teve laços muito próximos com a família de origem. Contudo, há prenúncios de complicações, algumas já desencadeadas relativas à administração e à herança de bens.

Há cinco anos, perdeu seu pai por infarto. Era muito ligada a ele e justifica que nunca morou só, nem com o companheiro, por insistência dele. O pai sempre foi considerado uma pessoa muito afetiva, presente, coerente em suas atitudes e ideias, trabalhador incansável e com sucesso na profissão. Sentiu muito não estar presente quando de sua morte, ocorrida em um fim de semana no interior do Estado. Ela seguidamente viajava para estar junto aos seus pais, mas, naquela ocasião, precisara ficar na cidade.

Sua mãe, há mais ou menos três anos, sofreu um episódio de angina e foi prontamente atendida por Maria, que a levou a especialistas, tendo-se recuperado. Maria sempre faz comparações com o que ocorreu ao pai; sente-se culpada, ruminando acusações por não ter estado ao seu lado.

Traz o assunto da relação com ambos os genitores, percebendo o temor atual de vir a perder a mãe, ainda facilmente negado pela vitalidade, força e atividade dessa senhora. Ressalta, predominantemente, as qualidades de cada um, sem perceber o aspecto ambivalente, cuja revelação, contudo, já se esboça.

### Comentários

Algumas reflexões nos ocorrem. Percebemos que, desde a chamada telefônica, já se estabeleceu uma relação positiva entre paciente e terapeuta. Havia expectativas de Maria em função do conhecimento das melhoras obtidas com a amiga que a encaminhara e que realizara tratamento psicoterápico.

*(Continua)*



(Continuação)

No decorrer da avaliação, foi possível identificar a presença de sintomas próprios da menopausa, bem como queixas relacionadas ao sistema cardiovascular. Ficou evidente a existência de uma crise vital, a menopausa, associada à morte do pai por doença cardíaca. Soma-se a isso o reconhecimento de um relacionamento afetivo insatisfatório. As queixas foram entendidas como manifestações corporais provocadas pela emergência da angústia proveniente da percepção da passagem do tempo e das perdas correspondentes. A ameaça da morte da mãe, também por problema cardíaco, trouxe a necessidade de se confrontar com todos os seus lutos não elaborados, a impossibilidade de ter filhos, a profissão não plenamente realizada, a morte do pai. No relato de sua história pessoal, observamos que tinha, até então, alcançado um equilíbrio razoável, que nesse momento se rompera, havendo o reconhecimento da impossibilidade de resolver sozinha seus problemas. Havia sofrimento e limitações decorrentes de seus sintomas, o que nos fez pensar na hipótese de tratamento psicofarmacológico concomitante. Entretanto, estavam presentes certa percepção da origem psicológica dos problemas e a motivação da paciente para ir além do alívio dos sintomas.

Não nos passou despercebido que a provável origem dessas dificuldades atuais estaria situada em um passado mais remoto. A realização profissional, o estabelecimento de uma relação afetiva estável e as questões da maternidade são próprias de fases anteriores do ciclo vital, indicando, certamente, problemas de estrutura da personalidade.

Nesse momento da procura do terapeuta, porém, a motivação da paciente vinculava-se ao conflito atual, e o foco foi circunscrito, sendo-lhe indicada a psicoterapia de orientação analítica; não se excluiu a possibilidade de, no futuro, de acordo com sua evolução, cogitar-se um tratamento analítico.

## INDICAÇÕES DE PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

É nas indicações que vamos encontrar a maior dificuldade de estabelecer os limites claros e precisos entre as várias formas de psicoterapia dirigidas ao *insight* – psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio – e os pacientes mais adequados a cada uma. Há uma tendência atual<sup>30</sup> a referir-se às modalidades de tratamento como ocorrendo dentro de um *continuum* que vai de um polo mais expressivo a um polo de apoio, de acordo com a prática vigente e as pesquisas empíricas.

Na conclusão do estudo clássico levado a efeito por Wallerstein<sup>2</sup> na Menninger Foundation Psychotherapy Research Project, consta que todas as formas de psicoterapia contêm uma combinação de elemen-

tos expressivos e de apoio. A psicoterapia psicanalítica pensada por nós aproxima-se do polo mais expressivo, utiliza a interpretação como instrumento principal, mas não único. Valendo-se frequentemente de confrontações e clarificações, não tem como meta central a interpretação da transferência, mantém a neutralidade possível, volta-se mais aos acontecimentos da vida externa do paciente, não descuidando, porém, dos conflitos psíquicos inconscientes subjacentes.

A recomendação quanto à frequência ao tratamento é de duas sessões semanais, podendo, no entanto, reduzir-se a uma sessão em situações especiais: impossibilidade financeira, dificuldades de tempo e de acesso à consulta, períodos iniciais, quando a motivação é baixa. Inclusive Orenland, citado por Wallerstein,<sup>2</sup> ressalta que uma sessão por semana

[...] é apenas uma requisição semanal para testemunhar ou corrigir os eventos da vida de uma pessoa, independentemente da orientação do psicoterapeuta e da natureza das suas intervenções.

A posição do paciente é face a face com o terapeuta, o que permite a comunicação mais direta entre ambos, não estimulando a regressão nem enfatizando a transferência, o que ocorre com a utilização do divã psicanalítico e a frequência maior.

## Indicações

Um dos pontos mais polêmicos na literatura psicanalítica e psicoterápica atual<sup>2,41,42</sup> é a delimitação das diferenças entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica, o que gera um campo, por sua vez, também pouco claro quanto a suas indicações.

Partilhando da ideia da existência de um *continuum* desde a psicoterapia de apoio até a psicanálise no polo mais expressivo, optamos por considerar a psicoterapia de orientação analítica indicada nas seguintes situações:

- um conflito atual com uma situação ou circunstância da vida presente que desequilibrou o paciente a tal ponto que se sente incapaz de resolvê-lo com seus recursos habituais
- um conflito neurótico derivado e relativamente independente dos conflitos básicos infantis
- presença de uma crise vital ou acidental em um transtorno da personalidade moderado
- transtornos da personalidade de graves a moderados sem comportamento destrutivo ou antissocial
- atrasos ou déficits de desenvolvimento em processos evolutivos definidos: aquisição da autonomia, estabelecimento

da identidade pessoal, da autoimagem, entre outros

Porém, em todas essas situações, seja qual for a gravidade do quadro clínico, devem estar presentes no paciente como condição *sine qua non*:

- reconhecimento da origem psicológica dos seus sintomas
- presença de sofrimento significativo
- tolerância à frustração
- controle suficiente dos impulsos
- teste de realidade preservado
- capacidade de regressão a serviço do ego;
- capacidade de estabelecer uma aliança terapêutica
- razoável força do ego e nível de inteligência no mínimo médio

Por fim, precisam ser levadas em conta as condições reais do paciente no momento de sua avaliação: disponibilidade de tempo, recursos financeiros suficientes para custear a psicoterapia, limitações geográficas (residência em cidades distantes do local da psicoterapia).

Outro aspecto importante que requer atenção é a avaliação clínica e neurológica, pois, muitas vezes, doenças físicas provocam sintomas semelhantes aos de origem emocional, como por exemplo, depressão associada a câncer, ao uso de determinadas substâncias, como anti-hipertensivos, hormônios tireóideos, pílula anticoncepcional, inibidores do apetite, problemas circulatórios cerebrais.<sup>8</sup>

## Contraindicações

Enumeramos as seguintes contra-indicações como fundamentais:

- quadros psicóticos agudos

- quadros depressivos graves com sérias tentativas de suicídio
- alcoolismo crônico ou adição a drogas
- quadros fóbicos causadores de incapacitação crônica
- quadros obsessivo-compulsivos causadores de incapacitação crônica
- quadros de personalidade *borderline* com *actings* fortemente agressivos ou autodestrutivos
- síndrome cerebral orgânica e deficiência mental
- transtornos alimentares graves
- ausência de motivação para uma psicoterapia que visa ao *insight* ou de interesse em um trabalho introspectivo

Esses quadros, provavelmente, obtêm benefícios de outras psicoterapias com características suportivas, comportamentais, bem como do uso de psicofármacos e de ambiente hospitalar, quando necessário.<sup>8,30,32</sup> Não se exclui a possibilidade de psicoterapia psicanalítica em alguns desses quadros, desde que combinada com outras abordagens.

A noção de campo analítico<sup>28</sup> parece exigir, no entanto, uma relativização das indicações e das contraindicações tradicionais centradas em critérios específicos, diz recentemente Gstaud,<sup>43</sup>

[...] pois mesmo pacientes carentes de tais “capacidades” podem, ao encontrar determinado terapeuta, se beneficiar de um tratamento de orientação analítica baseado na criação de uma estrutura emocional inédita que se desenvolva de acordo com suas capacidades e necessidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente, tal abordagem sobre o processo de avaliação para POA não esgota as

possibilidades de sua abrangência. Nosso objetivo foi compartilhar com os terapeutas nossa experiência de mais de 20 anos de POA na clínica privada, além da atividade profissional inicialmente em ambulatórios de psicoterapia públicos ou semiprivados e atualmente ligada ao ensino e à supervisão de psicoterapia.

Lembramos que este capítulo ilustra nossa maneira de trabalhar fundamentada nas teorias psicanalíticas e que o mais decisivo é nos mantermos fiéis aos princípios técnicos, visto que cada terapeuta há de imprimir seu estilo pessoal à prática em questão, como nos sugere Etchegoyen.<sup>15</sup> Por fim, destacamos alguns aspectos que consideramos novos e enfatizados neste novo século:

- a relação entre terapeuta e paciente como central, a responsabilidade cabendo a ambos desde a avaliação
- a ênfase no estabelecimento de um campo psicoterápico, além da valorização do binômio transferência-contratransferência
- a maior preocupação com a especificidade das indicações com vistas a melhores resultados da POA
- a consideração de que é fundamental que terapeuta e paciente constituam uma aliança ou vínculo de trabalho adequado
- o reconhecimento da necessidade de mais pesquisas na área da psicoterapia
- a crescente responsabilidade ética em aprofundar conhecimentos que possibilitem avaliações e indicações mais precisas
- a permanência da valorização da hipótese psicodinâmica, da busca do conflito psíquico e da motivação genuína
- a valorização, também, de uma adequada formação e, de preferência, de uma experiência de tratamento analítico ou psicoterápico do terapeuta

**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. Processo de avaliação: inclui entrevista inicial, hipótese do diagnóstico psicodinâmico, indicação ou não da psicoterapia de orientação analítica e efetivação do contrato.
2. A entrevista inicial, embora na forma singular, não exclui a realização de duas ou mais entrevistas, de modo a conhecer o entrevistado e a interação entre este e o terapeuta.
3. Técnica da entrevista: não diretiva; utiliza-se a escuta analítica, com o propósito de ver como o indivíduo funciona. Associação livre não é proposta, e a interpretação é reservada para situações especiais.
4. Motivação: é um pressuposto básico para a indicação da psicoterapia de orientação analítica. O sofrimento é a força motivadora primária do tratamento.
5. Pesquisas confirmam a correlação da motivação com o resultado das psicoterapias.
6. A entrevista configura um campo com duas pessoas indefectivelmente ligadas e complementares e envolvidas no mesmo processo dinâmico. A utilização da transferência leva em consideração sua contrapartida, que é a contratransferência. A identificação projetiva inclui as identificações projetivas de terapeuta e paciente, formando a fantasia inconsciente do par que vai estar presente desde a avaliação inicial.
7. Diagnóstico psicodinâmico:
  - a) identificação do paciente
  - b) presença de fatores desencadeantes: crises vitais ou acidentais
  - c) presença de conflito atual
  - d) adaptação prévia, força do ego, vínculos e relações objetais
  - e) exame mental e presença de sintomas
  - f) capacidade para estabelecer uma relação terapêutica
8. Indicações da psicoterapia de orientação analítica: forte motivação para compreender-se, reconhecimento da origem psicológica dos sintomas, presença de sofrimento significativo, tolerância à frustração, controle suficiente dos impulsos, teste de realidade preservado, capacidade de regressão a serviço do ego, capacidade de estabelecer uma aliança terapêutica, razoável força do ego e nível médio mínimo de inteligência, disponibilidade de tempo e recursos financeiros suficientes.
9. Contraindicações para psicoterapia de orientação analítica: quadros psicóticos agudos, depressões graves com tentativa séria de suicídio, alcoolismo crônico e outros transtornos causadores de incapacitação crônica.
10. Requer-se responsabilidade ética de aprofundar conhecimentos que possibilitem a avaliação e indicação mais precisa.
11. Recomenda-se tratamento analítico ou psicoterápico de parte dos psicoterapeutas.

**REFERÊNCIAS**

1. Zimerman DE. Planejamento em psicoterapia dinâmica. *Rev Psiquiatr RS*. 1982;4(3):252-63.
2. Wallerstein RS. Psicoanálisis y psicoterapia: una perspectiva histórica. In: *Libro anual de psicoanálisis 1989*. Lima: Ediciones Psicoanalíticas Imago; 1990.
3. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Diferença de resultados a longo prazo entre pacientes de psicanálise e psicoterapia. In: *Livro anual de psicanálise XVI*. São Paulo: Escuta; 2002.
4. Kandel ER. A biologia e o futuro da psicanálise: um novo referencial intelectual para a psiquiatria revisitado. *R Psiquiatr RS*. 2003;25(1):139-65.

5. Fonagy P. Psychoanalysis today. *World Psychiatry*. 2003;2(2):73-80.
6. Zaslavsky J, Keidann CE, Dal Zot JS, Cruz JG. O contrato e as interrupções em psicoterapia de orientação analítica: compreensão e manejo. *Rev Bras Psicoter*. 2000;2(2):221-38.
7. Freud S. Sobre o início do tratamento. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 12.
8. Cordioli AV. Psicoterapias: abordagens atuais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Thomä H, Kächele H. A entrevista inicial e os terceiros na aliança. In: Thomä H, Kächele H. Teoria e prática da psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. v. 1. p. 185-230.
10. Zimerman DE. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed; 1999.
11. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
12. Bleger J. Temas de psicología (entrevista y grupos). Buenos Aires: Nueva Visión; 1971.
13. Hollender MH, Ford CF. Dynamic psychotherapy: an introductory approach. Washington: American Psychiatric; 1990.
14. Coderch J. La fase de inicio del tratamiento. In: Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Herder; 1990. p. 145-79.
15. Etchegoyen RH. Fundamentos da técnica psicanalítica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
16. Liberman D. Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos: criterios diagnósticos y esquemas referenciales. *Rev Psicoanál*. 1972;29(3):461-509.
17. Quinodoz D. As entrevistas preliminares - ou como despertar o desejo de fazer uma análise em uma paciente que não sabe em que isso consiste. *Revista Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*. 2002;4(2):413-35.
18. Baranger M, Baranger W. A situação analítica como um campo dinâmico. In: *British Psycho-Analytical Society. Livro anual de psicanálise XXIV – 2010*. São Paulo: Escuta; 2010.
19. Iankilevich E, Dal Zot JS. Psicoterapia de orientação analítica hoje: refletindo a partir de nossa experiência. *Rev Bras Psicoter*. 2009;11(2):196:206.
20. Ferro A. Na sala de análise: emoções, relatos, transformações. Rio de Janeiro: Imago; 1998.
21. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade. Porto Alegre: Artmed; 2008.
22. Houaiss A. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
23. Sifneos PE. Short-term psychotherapy and emotional crisis. 3rd ed. Cambridge: Harvard University; 1976.
24. Boff AA, Abreu JRP. Motivação inicial e técnica psicoterápica: adequando a técnica à necessidade do paciente. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 62-70.
25. Dewald P. Indicações para psicoterapia e avaliação do paciente. In: Dewald P. Psicoterapia: uma abordagem dinâmica. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 1988. p. 133-61.
26. Dal Zot JS. Uma contribuição ao estudo dos critérios de seleção para psicoterapia breve. *R Psiquiatr RS*. 1984;6(1):7-13.
27. Freud S. Fragmento da análise de um caso de histeria. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 7.
28. Baranger M, Baranger W. La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 1961-1962;4(Pt 1):3-54.
29. Baranger M. La teoria do campo. In: Lewkowicz S, Flechner S, editores. Verdad, realidade y el psicoanalista: contribuciones latino-americanas al psicoanálisis. Montevideo: International Psychoanalysis Library; 2005.
30. Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
31. Mackinnon RA, Michels R, Buckley PJ. A entrevista psiquiátrica na prática clínica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
32. Malan DH. Psicoterapia individual e a ciência da psicodinâmica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
33. Cruz JG. Planejamento em psicoterapia de orientação analítica. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orienta-

- ção analítica: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 79-83.
34. Schestatsky SS. Introdução ao planejamento em psicoterapia. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 71-8.
  35. Mabilde LC. Convergências e divergências entre psicoterapia de orientação analítica e psicanálise: a questão das divergências. *Rev Bras Psicoter.* 2001;3(2):201-6.
  36. Etchegoyen RH. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica; semelhanças e diferenças. *R Psiquiatr RS.* 1990;12(3):209-13.
  37. Cordioli AV. A relação paciente-terapeuta e os resultados em psicoterapia breve: aspectos quantitativos. *J Bras Psiquiatr.* 1986;35(4): 225-30.
  38. Schestatsky SS. Fatores ambientais e vulnerabilidade ao transtorno de personalidade borderline: um estudo caso-controle de traumas psicológicos precoces e vínculos parentais percebidos, em uma amostra brasileira de pacientes mulheres [tese]. Porto Alegre: UFRGS; 2005.
  39. Kernberg OF. Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
  40. Eizirik CL, Libermann Z, Costa F. A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In: Cordioli AV. *Psicoterapias: abordagens atuais.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 74-84.
  41. Kernberg OF. Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. *Rev Bras Psicoter.* 2000;2(1):9-30.
  42. Wallerstein RS. A cura pela fala: as psicanálises e as psicoterapias. Porto Alegre: Artmed; 1998.
  43. Gastaud MB. Indicação, concordância em iniciar tratamento e melhora inicial na psicoterapia psicanalítica [tese]. Porto Alegre: UFRGS; 2013.

## LEITURAS SUGERIDAS

---

- Keidann CE. A relação entre o diagnóstico e indicação de psicoterapia de orientação analítica. In: *Jornada Sul-Riograndense de Psiquiatria Dinâmica* 19; 1998 nov 12-14; Gramado.
- Sullivan HS. *La entrevista psiquiátrica.* Buenos Aires: Psique; 1977.

# 10

## PLANEJAMENTO EM PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

Eneida Iankilevich

O início da psicoterapia é um momento de fortes emoções. Se, na alta, predominam emoções e ansiedades depressivas, em função da separação que se aproxima, a fase inicial é colorida por emoções e ansiedades paranoides.

Paciente e terapeuta, guardadas as diferenças de função, propõem-se a iniciar um processo que envolve, invariavelmente, investimentos e custos diferentes para cada um, é verdade, mas igualmente importantes. O paciente busca auxílio para o sofrimento e para limitações de sua vida, enquanto o terapeuta disponibiliza sua pessoa, especialmente em sua formação profissional, na tentativa de auxiliá-lo. Sofrem ambos, portanto, grandes exigências narcisistas. O paciente precisa reconhecer seus problemas e sua incapacidade para resolvê-los sem ajuda, enquanto o terapeuta irá se deparar com questionamentos não só sobre limites e alcances do método de tratamento a que dedica sua vida profissional, como também, a cada novo encontro psicoterápico, sobre sua própria capacidade e competência.

Evidencia-se, assim, o que Freud<sup>1</sup> denomina “jogo de forças colocado em ação pelo tratamento”, aqui entendido como a

complexidade do campo que se cria, que precisará conter as esperanças e os receios, as aproximações e os recuos na construção do trabalho psicoterápico.

Esse quadro complexo, principalmente pelas já descritas implicações narcisistas, pela incerteza quanto aos resultados, permite compreender o predomínio de ansiedades paranoides no início da psicoterapia, em que a dupla ainda não se conhece bem, ainda não adquiriu confiança em sua capacidade de ligação e de trabalho. São múltiplas as configurações possíveis, dependendo, em especial, das necessidades neuróticas do paciente e das possibilidades e limitações técnicas e pessoais do terapeuta. Não se deve esquecer do ensinamento de Freud<sup>1</sup> de que a confiança ou desconfiança inicial do paciente “é quase desprezível, comparada às resistências internas que mantêm a neurose firmemente no lugar”.

Um longo caminho será percorrido até ser atingido o objetivo inicial de ajudar o paciente a viver melhor, não permanecer aprisionado ao problema que o fez buscar ajuda. Muito ocorrerá nesse processo, sempre perturbado por forças inconscientes que tendem a manter o equilíbrio já existente, como enfatiza Freud. Nesse cami-

no, um planejamento inicial cuidadoso serve como marco, orientando a mente do terapeuta ao longo dos movimentos inevitáveis do processo. O planejamento pode ser necessário, para dar um exemplo, nos momentos em que a regressão do paciente no campo tenda a acionar os aspectos narcisistas do terapeuta que se beneficiariam da necessidade que o paciente tem dele, correndo o risco de criar um conluio inconsciente para a manutenção da doença – e da relação. Não se pode esquecer de que uma psicoterapia de bons resultados leva à alta, à separação, inevitáveis, mas nem por isso aspectos menos difíceis do crescimento.

Este capítulo tem por objetivo estudar o planejamento em psicoterapia de orientação analítica, entendido como a aproximação que adquire importância por sua relação com o plano geral do processo, conforme o que defende Freud<sup>1</sup> acerca das regras iniciais do tratamento.

Planejamento, portanto, não é estático, mas um esboço que serve como ponto de referência e que deve ser repensado ao longo de todo o processo.

O processo psicoterápico busca ajudar o paciente não só a resolver o problema que designa como causador de seu sofrimento, como lhe possibilitar a ampliação dos recursos mentais de que dispõe para viver as experiências emocionais de sua vida. Sendo a psicoterapia de orientação analítica um método terapêutico que compartilha a concepção de mente da psicanálise, atém-se ao entendimento do conflito inconsciente que se manifesta no problema designado. Nas palavras de Dewald,<sup>2</sup> o objetivo dessa psicoterapia é a

[...] resolução do conflito, o desenvolvimento de novas formas de adaptação e a reintegração e o amadurecimento da personalidade em qualquer grau possível para o paciente.

Assim, um planejamento faz-se necessário para pensar de que forma atingir esses objetivos, evitando a vagueidade e a aleatoriedade, que, segundo Schestatsky,<sup>3</sup> “predominam em muitos tratamentos”.

Malan<sup>4</sup> ressalta a importância do planejamento, destacando que “planejamento significa uma intenção de conduzir um tratamento de determinada maneira”, o que remete à questão da técnica, sugerindo serem assuntos a considerar em conjunto.

## PLANEJAMENTO: POR QUÊ?

Uma procura atualizada (2007-2013) de trabalhos sobre o tema obteve poucas referências, especialmente em psicoterapia de orientação analítica. Trabalhos na área de infância e adolescência<sup>5,6</sup> remetem à questão da importância do planejamento. Dos poucos resultados encontrados, um interessante trabalho de pesquisa comparando a formulação do diagnóstico clínico entre psicoterapeutas mais e menos experientes<sup>7</sup> assinala a capacidade diagnóstica como fator do processo psicoterápico. Mesmo considerando as inevitáveis falhas nessa busca, a precariedade de respostas chama a atenção, mas penso que deve ser também contextualizada: encontra-se muita literatura sobre outras abordagens psicoterápicas, assinalando, talvez, uma modificação nas possibilidades técnicas disponíveis.<sup>8</sup> Cabe assinalar que esse fato não deve ser considerado prejudicial; ao contrário, po-

de incentivar nossos estudos e nossa busca pela qualificação constante do instrumento psicoterapêutico que utilizamos, a psicoterapia de orientação analítica. Essa técnica apresenta indicações, contraindicações, alcances e limites, mas com bons resultados, quando corretamente indicada e trabalhada. E, para um bom aproveitamento da técnica, o planejamento é essencial.

Zimmermann,<sup>9</sup> em trabalho apresentado no Terceiro Simpósio de Psicoterapia Dinâmica do Centro de Estudos Luis Guedes, realizado em Atlântida, em 1979, afirma serem necessários muitos anos de trabalho, estudo e treinamento para saber o que se passa com a pessoa que busca ajuda psicoterápica, o que pretende conseguir com a intenção de se tratar e quais os meios a serem empregados. “Quantos anos? Toda a vida do psiquiatra!”.

Ao longo do trabalho, esse autor enfatiza o risco de aceitar pacientes em tratamento psicoterápico “sem conhecer, com alguma exatidão, seus problemas principais e conflitos básicos”. Há risco de uma psicoterapia sem fim, distante das necessidades do paciente, “algo assim como duas pessoas caminhando no escuro e na desorientação – ou, talvez mais ainda, um cego conduzindo outro”.<sup>9</sup>

Cruz<sup>10</sup> refere-se a um colega que recomendava, de forma descuidada, que, em psicoterapia, bastava questionar-se, antes de qualquer procedimento, “e por que não?”,

algo que esse autor defende como um aceno a um procedimento que se afasta do científico. Mabilde e Araújo<sup>11</sup> defendem que

[...] o planejamento é composto de diagnóstico, objetivos e manejo, elementos que estão em contínua interação. E que o melhor ou pior resultado do tratamento está na dependência da maior ou menor adequação com que o terapeuta organiza e executa tais elementos no estabelecimento e cumprimento do planejamento psicoterápico.

O planejamento de uma psicoterapia pode ser considerado o coroamento da avaliação ou, também, formar um todo com esta. Cruz<sup>12</sup> afirma que

[...] o planejamento significa uma intenção de efetivar a psicoterapia de determinada maneira em função dos achados da etapa diagnóstica; e a intenção não é um esquema rígido, mas um esboço das linhas de trabalho a seguir.

Uma avaliação cuidadosa deve permitir ao terapeuta alguma noção prognóstica a ser levada em consideração no plano de trabalho, para evitar ser “pego de surpresa” por um abandono, por exemplo, final sempre doloroso, especialmente para nós. Lewkowicz,<sup>13</sup> estudando pacientes repetidores de consulta em psicoterapia breve, conclui ser “fundamental a avaliação inicial adequada do paciente, delineando o mais claramente possível seus objetivos e limitações”.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

Um adulto jovem, no início de sua vida profissional, procurou um terapeuta por apresentar, segundo ele próprio, muita dificuldade de relacionamento, um sentimento constante de “estar errado” que o impedia de fa-

(*Continua*)



### (Continuação)

zer uso dos conhecimentos que sabia ter. Com as mulheres, esse era um problema muito grave, pois acabava desistindo das relações ante a menor contrariedade. Precisava estar sempre com a razão, o que pensava ser “um absurdo”, mas sentia-se ofendido e sem valor se não fosse assim. Preferia, então, isolar-se, mesmo que isso lhe trouxesse grande sofrimento. Essa, refere, era a razão da busca do tratamento, mesmo não tendo certeza de poder ser ajudado efetivamente. Um padrão de funcionamento desse paciente, coerente com a história de vida que contou, foi sendo reconhecido. Um esboço de planejamento, voltado para esse padrão persistente e não de todo egodistônico foi se esboçando na mente do terapeuta. O paciente, então, disse que estava com uma viagem de estudos marcada para dali a três meses. Lutara muito por essa possibilidade, sendo classificado entre os primeiros lugares, mas estava achando que não lhe seria possível ir, por inúmeras razões (nenhuma que pudesse apresentar com convicção), mesmo “sabendo que ia, até já recebeu a bolsa para isso”.

O diagnóstico estabelecido, clínico e psicodinâmico, continuou valendo, mas fez-se necessário traçar um plano de trabalho que considerasse a viagem, o significado que ela tinha para ele naquele momento e a relação com o quadro geral descrito. O planejamento deveria viabilizar o exame de sua atual dificuldade em levar adiante o ambicionado programa de estudos e aproveitá-lo, que possibilitasse ao paciente se dar conta do padrão comum de sua conduta, procurando motivá-lo a seguir seu tratamento futuramente. Pode-se pensar que essa psicoterapia, se não levasse em conta, em seu planejamento, a circunstância das dificuldades com a viagem, que o paciente estava tão relutante em admitir, talvez fosse vivida por ele como estéril, confirmando sua noção de não poder ser ajudado e justificando, de seu ponto de vista, mais um recuo em direção ao isolamento.

Dal Zot<sup>4</sup> questiona: “por que alguém procura um médico, um psiquiatra, um psicoterapeuta?” e responde “porque tem algum sofrimento, uma necessidade, deseja um alívio, uma ajuda”. O terapeuta, portanto, recebe uma pessoa em busca de ajuda. Cabe a ele indicar a ajuda que será mais eficaz. Aguiar<sup>8</sup> aponta que

[...] não se pode mais prescindir de um acurado estudo diagnóstico, uma vez que os recursos terapêuticos aumentaram e estão se tornando mais específicos.

O desenvolvimento da psiquiatria biológica e de outros métodos psicoterápicos, o contexto a que se convencionou chamar pós-modernidade, com sua busca por resultados rápidos, com pouco “custo”, além das exigências da ciência

atual por evidências, ampliaram o debate e a necessidade de que nós, terapeutas de orientação analítica, procuremos prestar atenção a essas questões, estudar, encontrar respostas que favoreçam o reconhecimento dos resultados de nosso trabalho. Nesse sentido, o planejamento da psicoterapia torna-se ainda mais essencial, como medida de avaliação dos resultados, podendo contribuir para a pesquisa, como já assinalava Zimmermann.<sup>9</sup>

Essas considerações, ainda que necessárias, dizem respeito a condições externas ao exercício da psicoterapia, mesmo que, inegavelmente, possam interferir em alguma medida. O que deve ser enfatizado é nossa responsabilidade ao atender um paciente que nos procura por estar sofrendo, responsabilidade que diz respeito,

também, a indicar-lhe o tratamento mais efetivo.

Ao ser indicada a psicoterapia de orientação analítica, precisamos saber identificar o problema do paciente, sua etiologia e suas repercussões e traçar uma estratégia de abordagem que possibilite alívio de seu sofrimento e, se possível, ampliação de sua capacidade de questionar, estranhar sua forma habitual de funcionamento, permitindo-lhe uma vida mais rica e criativa. Como ensina Valério,<sup>15</sup> uma psicoterapia não aborda apenas os problemas de uma pessoa, mas também sua dificuldade de resolvê-los.

Nas palavras de Lucion,<sup>16</sup> “permanece a necessidade de que se entenda o que os sintomas significam para aquela pessoa que está ali conosco”. Levy<sup>17</sup> considera a psicoterapia de orientação analítica, assim como a psicanálise de que deriva, métodos de atribuição de significado que procuram “ampliar a mente com a criação de modelos mentais que permitam pensar melhor determinada situação”.

## PLANEJAMENTO: O QUÊ?

Rui, um rapaz de 21 anos, procedente do interior do Rio Grande do Sul, morando sozinho em Porto Alegre para concluir os estudos na faculdade que cursa, procurou atendimento psicoterápico encaminhado pela namorada. Sua ansiedade e seu sofrimento eram evidentes. Queixava-se de “não conseguir evoluir na faculdade ou nos estágios”.

Contou ser aquela a quarta tentativa de tratamento que fazia. As tentativas anteriores não deram certo, então abandonou os tratamentos após algum tempo, ou

por “não concordar com o diagnóstico”, ou com “o jeito do terapeuta de falar com ele”. O primeiro psiquiatra “diagnosticou” transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, medicou-o, mas Rui não percebeu “nenhum efeito”. O segundo “diagnosticou” fobia social, com o que não conseguia concordar, por ser bem disposto, gostar de sair, ter amigos, só às vezes estando mais quieto. Mesmo assim, ficou dois meses com ele, “tentando”. Da terceira vez, sentiu-se mais auxiliado. O terapeuta “diagnosticou” ser ele um “filho mimado” e ficava mostrando-lhe isso. Apesar de considerar ter sido o que mais o ajudou, acabou achando que não estava adiantando. Disse ser uma pessoa que “não se esforça”, prova disso era já estar na segunda faculdade. “Também não tenho opinião própria, o que me dizem concordo” e “sou um zero nessa coisa de entender sentimentos”.

Quando o terapeuta assinalou a discrepância entre esse julgamento de si mesmo e os fatos que contara (não se esforçar e ter entrado em duas faculdades; estar indo ao quarto psiquiatra e ser alguém que concorda com tudo), riu e disse:

Os vestibulares eram muito fáceis... Não concordei, mesmo, com os outros psiquiatras, mas é ver os estágios: não consigo fazer! Acho muita bobagem, como vou me sustentar, manter o nível com que estou acostumado, provar que posso ter valor? Eu sinto que meu pai nunca me aprova, nunca me aprovou. Ele era de uma família muito pobre, conseguiu subir na vida, me dá o que nunca teve, sinto que não correspondo... Agora ele quer que eu volte para casa, diz que eu não vou para a frente, então que vá trabalhar com ele, que ganho mais... trabalho com ele desde meus 12 anos, não quero mais, acho. E tenho minha namorada aqui, gosto de Porto Alegre, mas como dizer que eu não quero voltar,

depois de todo o sacrifício que ele fez? E também não tenho certeza de nada, começo um estágio, acabo achando que sei mais que meus chefes... e em geral sei, mesmo, afinal aprendi muito lá, trabalhando com o pai...

Essa entrevista inicial ilustra o que os autores referem sobre nossa responsabilidade ao receber um paciente. Rui já foi, segundo disse, “diagnosticado” de várias maneiras, o que faz pensar no alerta dos autores citados anteriormente: talvez esses diagnósticos estivessem adequados, mas não tenha sido levada em consideração a necessidade do paciente de manter a situação de sua vida inalterada, provavelmente pelo ganho secundário envolvido. Mesmo reconhecendo ser essa a versão que ele apresenta, de nosso ponto de vista, já está mostrando muito do que precisamos saber. Em sua história, aparecem dificuldades de manter-se não só em tratamento, mas também em relações de namoro ou amizade. Em pouco tempo, sente-se insatisfeito, afastando-se por não estar recebendo o que esperava. Alice Lewkowicz,<sup>18</sup> ao estudar interrupções em psicoterapia breve, afirmou que “o abandono pode ser enfocado como uma compulsão à repetição”.

É importante assumir que, apesar do apelo a nosso narcisismo, a interrupção constitui o mais provável desfecho de mais essa tentativa de atendimento desse rapaz. Tendo isso em mente, haveria possibilidade de planejar uma psicoterapia de orientação analítica com alguma chance de bons resultados para Rui? Por que psicoterapia de orientação analítica?

Cordioli<sup>19</sup> refere que os resultados da psicoterapia dependem do paciente, do terapeuta e da técnica, nesta incluída a relação entre terapeuta e paciente. Rui segue procurando ajuda. Já foi atendido sob diferentes enfoques. Independentemente de os diagnósticos que diz ter recebido terem

sido acurados ou não, algo não foi atendido de sua busca. Nossa avaliação faz pensar no encaminhamento para um tratamento de orientação analítica, devido ao padrão repetitivo de sua conduta e à evidência de um conflito inconsciente na raiz desta. Vollmer Filho<sup>20</sup> salienta que “o conflito inconsciente configura a realidade psíquica”.

Como atender esse paciente sem reconhecer a importância de seu conflito inconsciente com o pai e com a posição infantil, que se faz tão evidente sob nosso ponto de vista? A motivação, aspecto determinante dos resultados de tratamento,<sup>21</sup> não favorece o encaminhamento para psicoterapia. Em uma psicoterapia de orientação analítica, seria possível levar em consideração esses aspectos (busca repetida de atendimento, padrão repetitivo de abandono e insatisfação, pouca motivação) e estabelecer um foco, compreendido como o que é central do conflito do paciente que possa tornar-se o ponto de convergência das atenções do terapeuta.<sup>22</sup> Tal foco, inevitavelmente, aplicaria o que Etchegoyen<sup>23</sup> afirma ser o fundamental em psicoterapia de orientação analítica: o conflito atual, “uma conjuntura da vida que desequilibrou o paciente e lhe provoca um conflito que não é capaz de resolver com seus instrumentos comuns”.<sup>23</sup> “O estabelecimento desse foco é o passo inicial do planejamento, imediatamente associado a todo trabalho tático de exploração das defesas e ansiedades que previnam o paciente dessa percepção”, alerta Schestatsky.<sup>3</sup>

O estabelecimento de um foco, por parte do terapeuta, deve encontrar concordância no paciente para que seja efetivo. Essa concordância foi a variável que se mostrou estatisticamente significativa em relação aos resultados de psicoterapia no trabalho feito por Mondrzak,<sup>22</sup> em 1983, achado que está de acordo com outros da literatura,<sup>2,21,24</sup> de uma época em que se

estudava e trabalhava muito com psicoterapias breves e focais psicodinamicamente orientadas (como atesta a breve revisão da literatura realizada para este capítulo).

Formada nesse período, ainda hoje esses conceitos auxiliam minha prática psicoterápica. Não poderia pensar em atender Rui, por exemplo, sem delimitar um foco a partir do qual tentar fazer o paciente reconhecer o padrão repetitivo de seu funcionamento e se interessar por isso. Para tanto, acredito, teria que buscar, como sugere Cruz,<sup>10</sup> a ansiedade emergente na sessão. Com Rui, talvez se pudesse esboçar uma aproximação por meio da situação que descreve do pai querendo que retorne a sua cidade de origem e ele sem saber se o quer, mas criando uma condição de fracassos repetidos que parecem justificar tal exigência. Seria possível, então, mostrar o que inconscientemente provoca, ao criar situações repetidas de fracasso, apesar das condições que também demonstra ter, ao ser aprovado nas posições a que concorre. Com essa abordagem de um possível conflito atual (ainda não percebido como tal), em que seu papel ativo na determinação das circunstâncias pode aparecer, também se objetiva aumentar sua motivação e seu interesse pelos processos internos que o mantêm na condição de vida de que tanto se queixa.

Mabilde e Araújo,<sup>11</sup> em trabalho que enfatiza a importância do planejamento em um caso de transtorno da personalidade, afirmam que o planejamento, tendo em vista o “jeito de ser” de uma paciente, trabalhado dentro do foco proposto (no caso, a relação com o noivo), “permitiu que seus constantes *actings* não a levassem a interromper o tratamento”. O estabelecimento de um foco com o qual Rui concordasse e que atendesse a essa concepção possibilitaria que o paciente levasse adiante a psicoterapia e se beneficiasse dela. De acordo com Mondrzak,<sup>22</sup> a concordância do paciente

com o foco mostrou-se mais determinante dos resultados do que a própria motivação. Com Rui, seria possível pensar que sua ansiedade difusa e a onipotência defensiva que contribuem para o que ele mesmo descreve como ser “um zero em matéria de sentimentos” protegem-no de entrar em contato com a dimensão real de sua limitação e com a necessidade de responsabilizar-se pelo que é seu. Sua atitude distante e crítica em relação aos terapeutas e às terapias anteriores pode ser compreendida como mais uma forma de repetir seu conflito, “triumfando sobre os chefes”, para não precisar viver a dor de entrar em contato com o significado do que repete. A delimitação de um foco que conseguisse despertar seu interesse poderia desencadear um processo de reflexão que o paciente evita por meio da ação repetitiva e compulsiva (está sempre iniciando um estágio, uma psicoterapia), lembrando os ensinamentos de Freud em *Recordar, repetir e elaborar*.<sup>25</sup> Para isso, o foco precisaria ser formulado com clareza e especificidade, captando e dando sentido à ansiedade manifesta.

Mondrzak,<sup>22</sup> estudando a concordância do paciente com o foco, descreve ser possível que este mostre sinais de concordância desde o início do tratamento, após um período inicial de discordância, ou não mostre sinais de concordância durante todo o tratamento. Rui mostrou-se “entusiasmado de acordo”, desde o início: “maravilhou-se”, como dizia, com a possibilidade de entender o acúmulo e a repetição de situações em que se sentia decepcionado com o que recebia ou realizava, passando a inundar as sessões com raciocínios aparentemente profundos, tornando-as paralisadas, do ponto de vista da terapeuta. Foi possível examinar esse mecanismo dentro do foco proposto (criava outra situação de fracasso, apesar da aparência de “total cooperação e entusiasmo”, que o pro-

tegia de decidir o futuro de sua própria vida, atribuído, então, ao “pai tão bem-sucedido que o chamava para casa” e à “terapeuta brilhante que o chamava para Porto Alegre”), com alguma possibilidade de progresso, ainda que evidenciados a força das resistências e a estrutura de caráter subjacente.

Convém lembrar o quão fascinante é o estudo da mente, correndo-se o risco de ficar “encontrando significados” cada vez mais elaborados, à custa de uma psicoterapia de bons resultados. Isso implica pensar o que são considerados bons resultados em psicoterapia de orientação analítica, ou, em outras palavras, com que objetivos se trabalha.

Zimmermann<sup>26</sup> considera objetivos da psicoterapia dinâmica não apenas a redução significativa de sintomas, inibições e angústias dos pacientes como também a resolução ou a diminuição da intensidade dos problemas nas relações de objeto, a melhora no padrão de vida, o aumento da produtividade no trabalho e a melhora na capacidade de obter satisfações. Esses objetivos, afirma, sempre serão limitados em relação aos da psicanálise, por dizerem respeito a uma situação crítica ou a um ou mais focos de perturbação ou imaturidade, e não à estrutura básica da pessoa.

Para Malan,<sup>4</sup>

[...] o aproveitamento de um paciente deveria ser formulado em termos da “resolução” de seus conflitos, objetivo de todas as formas de psicoterapia. No entanto, este é um conceito difícil de definir, quanto mais medir, sendo, por isso, necessário recorrer a uma definição operacional baseada em sentimentos que possam ser observados ou descritos. De acordo com esta definição, presumimos ter havido resolução quando respostas “inadequadas”, que

incluem especialmente a reação inadequada a estresses específicos, não apenas desaparecem, mas são substituídas pelas respostas “adequadas” correspondentes.

Nas palavras de Eizirik e colaboradores,<sup>27</sup>

[...] na psicoterapia de orientação analítica, os objetivos de “máximo benefício terapêutico” vêm em primeiro lugar, acima da prioridade psicanalítica do “máximo conhecimento de si mesmo”.

Cruz<sup>10</sup> refere que,

[...] na psicoterapia, abordam-se os conflitos derivados, e sua resolução cria “pontos intermediários de estabilidade”; intermediários no sentido de que não se chega a uma resolução, via neurose de transferência, dos conflitos primitivos.

Essas questões das distinções entre psicoterapia de orientação analítica e psicanálise são complexas e continuam sendo estudadas, mas os autores coincidem quanto a ser objeto de ambas o trabalho com o inconsciente. “Encantar-se” com as “descobertas” realizadas pode levar a psicoterapias vagas, intermináveis.

A regressão inevitável do paciente pode acionar aspectos narcisistas do terapeuta que permitam a manutenção de pseudopsicoterapias de orientação analítica que, em última instância, atendam a necessidades infantis (ou menos nobres...) do par. Um planejamento pretende evitar esse risco, ainda que não o exclua.

Freud, citado por Eizirik,<sup>28</sup> defendia que a psicoterapia, se não pode causar mal algum, também não pode fazer qualquer bem. Em outras palavras, nosso instrumento tem

alcances e limitações. E riscos. O planejamento de uma psicoterapia deve, obrigatoriamente, levar isso em consideração. Se, na avaliação, é imprescindível o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica clínica e psicodinâmica que norteará a indicação, no planejamento da psicoterapia de orientação analítica direcionada à motivação, os objetivos (conscientes e inconscientes, se possível) e os recursos do paciente devem ser considerados, sob pena de estabelecer-se um plano distanciado de suas necessidades.

Malan<sup>4</sup> descreve a impossibilidade de encontrar um foco adequado como motivo de recusa de pacientes. Segundo ele, isso

[...] pode significar tanto a incapacidade para ver qualquer foco ou tema unificador para interpretações quanto, enfatizando a palavra “adequado”, poderíamos ter a situação em que se podia ver um tema unificador, mas este parecia envolver certos perigos específicos, se fosse feita uma tentativa de utilizá-lo em psicoterapia breve.

Apesar de esse autor referir-se a psicoterapias breves, com um número de sessões reduzido, os perigos de que fala também existem para psicoterapias sistemáticas e devem ser considerados no delineamento do planejamento e do foco. Malan<sup>4</sup> refere o “perigo” de não se poder iniciar efetivamente ou concluir o processo psicoterápico, além do risco de surtos depressivos ou psicóticos em pacientes com estruturas mais frágeis. Evidencia-se não só ser o planejamento um todo com a avaliação como também nossa grande responsabilidade ao receber um paciente, em especial diante de múltiplas possibilidades de tratamento hoje disponíveis, cada uma com sua especificidade de ação. É preciso conhecimento dos procedimentos disponíveis para fazer a melhor indicação para o paciente, naquele momento específico de sua vida.

No planejamento de uma psicoterapia, tendo sido essa a indicação, convém reconhecer que lidamos com processos complexos e que a busca de significado, mesmo que não seja o único recurso disponível, tem provado ser essencial e determinante da possibilidade de mudança de nossos pacientes.<sup>29</sup>

Rui, por exemplo, talvez pudesse ter-se beneficiado das técnicas de atendimento que lhe foram propostas anteriormente. Podemos pensar que a avaliação e o planejamento realizados tenham deixado de considerar as forças psicodinâmicas em ação, tornando, então, inócuas as possibilidades oferecidas por essas abordagens. Kandell<sup>30</sup> estudioso da memória premiado com o Nobel em 2000, afirma ser mente/cérebro um único e complexo sistema, ainda pouco conhecido por nós.

Cruz<sup>31</sup> dá ênfase ao fato de que a hipótese diagnóstica inicial está sujeita a alterações, tanto no que se refere aos aspectos clínicos quanto no que diz respeito aos aspectos dinâmicos, conforme o terapeuta vai conhecendo mais e melhor o paciente.

Em função disso, é necessário que o terapeuta tenha a flexibilidade de reavaliar a hipótese inicial no mesmo ritmo em que vai colhendo novos dados e que, inclusive, possa alterar seu plano à medida que as hipóteses iniciais vão sendo complementadas.

O planejamento deve ser, pois, um processo dinâmico e constante ao longo da psicoterapia, para não correremos o risco de lidar com nossos pacientes como se fossem sempre o mesmo ser, negligenciando até mesmo as modificações ocorridas como resultado do próprio trabalho psicoterápico ou desejando que tenha condições que ainda não tem e que talvez nem venha a ter.

Eizirik<sup>28</sup> descreve uma paciente fóbia que começava a apresentar progressos quando recebeu um convite para uma viagem profissional que lhe seria muito benéfica, mas que não queria aceitar.

O terapeuta, mantendo-se no foco, interpreta o castigo que a paciente se impõe como resultado de suas fantasias agressivas de triunfo sobre a mãe.

O terapeuta intervém mais do que costuma fazer, procurando mostrar as vantagens da viagem, até que a paciente protesta: “Mas como? Se eu não consigo nem ir ao cinema sozinha, como é que vou entrar num avião e me afastar de minha família?”.<sup>28</sup> Além das implicações pessoais do terapeuta, que declara interesse em fazer uma viagem como aquela, mas que não tinha condições para tanto, aparece o risco de deixar de avaliar constantemente o estado mental do paciente e a terapia, afastando-se do planejamento realista.

A grande e definitiva limitação da psicoterapia de orientação analítica (presupondo ser conduzida por profissional capacitado) reside na pessoa do paciente, em sua motivação, no reconhecimento de sofrimento, em seus recursos de ego, que, se insuficientes, podem inviabilizar a técnica. Nas palavras de Schestatsky,<sup>3</sup>

[...] não seria ocioso repetir a importância de sempre se visualizar o sistema defensivo operando mais ativamente no paciente, assim como seus recursos de ego disponíveis (capacidade de estudar, trabalhar, ter vida sexual ativa) e principalmente sua motivação para se submeter a um tratamento tão árduo e oneroso de tantos pontos de vista, especialmente o emocional.

Em nossos dias, esforços vêm sendo feitos para atender os pacientes mais gra-

ves, mais regressivos, que nos procuram. São tentativas válidas que atestam a complexidade dos fenômenos mentais, pois medidas medicamentosas e cognitivo-comportamentais, para citar algumas, não têm podido, sozinhas, alcançar os resultados desejados com esses pacientes, o mesmo fenômeno observado em nossa área. Na IX Jornada de Psiquiatria da Região Sul e VI Jornada Gaúcha de Psiquiatria, realizada em julho de 2003, um convidado americano, Andrew Nierenberg, eminente psiquiatra “biológico”, terminou sua palestra sobre o tratamento de pacientes com transtornos bipolares dizendo que precisamos, urgentemente, de novas terapêuticas. Talvez uma boa possibilidade fosse o que então sugeriu Cláudio Eizirik, um dos editores deste livro: a integração com métodos psicoterápicos. Fonagy<sup>32</sup> pensa na mesma direção, ao afirmar que os terapeutas que trabalham com métodos psicodinâmicos devem tentar uma aproximação maior com outras áreas do trabalho com a mente, para aprender e mostrar o valor da contribuição que têm a dar. E aproveitar as contribuições de outras abordagens, eu acrescentaria.

## PLANEJAMENTO: COMO?

Schestatsky<sup>3</sup> afirma que a

[...] dificuldade de planejar uma psicoterapia é diretamente proporcional à dificuldade de conceitualizar tanto a natureza dos processos mentais quanto a natureza dos seus processos curativos.

Acredito nas palavras desse autor, quando defende que, “na psicoterapia de orientação analítica, estamos discutindo, basicamente, o modelo intrapsíquico, psicodinâmico”, e reforço sua declaração de que

ainda que adotássemos outro modelo referencial, não mudaria a exigência de que seu domínio eficaz permanecesse sendo de crucial relevância.<sup>3</sup>

O modelo psicodinâmico implica um modelo de conflito psíquico.

Tal modelo implica conhecimento articulado e dinâmico de, basicamente, três processos: o de impulsos, necessidades e desejos, o de ansiedades associadas a eles e o de mecanismos de defesa mobilizados – todos em nível inconsciente e gerando sintomas cuja função é ao mesmo tempo defensiva e expressiva. Confusões e imprecisões maiores sobre os principais elementos deste modelo e de sua interação e organização implicarão, na prática, planos terapêuticos igualmente confusos e estereotipados, resultando na execução de tratamentos viciosos, intermináveis, que se esgotam em um grande número de impasses.<sup>3</sup>

Os autores concordam com a necessidade de, indicada uma psicoterapia de orientação analítica, delimitar-se um foco de trabalho que evite a dispersão possibilitada pelo atrativo da complexidade de fenômenos que se produzem nessa relação.

Indicada a psicanálise, tal risco é evitado pela centralização do trabalho na relação transferência/contratransferência.

Cruz<sup>12</sup> resume as concepções de Wallerstein a respeito da psicopatologia no modelo psicodinâmico, segundo o qual a doença mental deriva de conflitos intrapsíquicos que são predominantemente inconscientes, constituídos de impulsos instintivos que geram ansiedade e, como consequência, defesas. Esses conflitos es-

tão relacionados a experiências infantis que originaram conflitos básicos, resolvidos de modo inadequado. Antes do início das manifestações clínicas, os conflitos intrapsíquicos são manejados por padrões peculiares de defesa, os traços de caráter, mas, pela interferência de um fator desencadeante, os métodos previamente utilizados para manter o equilíbrio falham e os sintomas aparecem. Tais sintomas revelam importantes elementos dos conflitos e dos meios pelos quais o ego tenta lidar com eles e se manifestam nas relações atuais da vida do paciente e na sua relação com o terapeuta, com repetição de relações do passado.<sup>12</sup>

Tal concepção permitiu que autores considerados “radicais” quanto aos efeitos da psicoterapia breve afirmassem que, trabalhando o conflito atual, estaríamos, de alguma forma, lidando também com o conflito nuclear. Mesmo não sendo “radicais”, ao recebermos um paciente, vemos uma pessoa que sofre, ora apresentando sua situação como ligada a um fato específico, ora a apresentando de maneira vaga. A noção de foco como “ponto de urgência”<sup>12</sup> possibilita que examinemos o que está determinando de forma mais aguda o sofrimento do paciente, procurando, com isso, não só o alívio de seu sofrimento como também sua vinculação ao tratamento. A experiência com Vera exemplifica esse ponto.

Cruz<sup>12</sup> refere que a psicoterapia de orientação analítica

[...] utiliza como técnicas a interpretação transferencial e extratransferencial, juntamente com intervenções não diretivas, confrontações, assinalamentos, esclarecimentos e até intervenções de apoio, partindo das associações do paciente.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2

Vera é uma mulher jovem, casada há cinco anos com um homem que diz amar. Há seis meses, nasceu-lhes uma filha saudável que lhes traz muita satisfação, “apesar da trabalhadeira”. Há cerca de três meses, Vera começou a sentir-se triste, lamentando que, “ainda que tenha uma vida tão boa, nunca tenha se sentido sexualmente satisfeita”.

A psicoterapia, concebida para examinar esse problema, transcorria sem ameaças de abandono ou outras queixas por parte da paciente, mas em um clima de monotonia e falta de perspectivas. A terapeuta pensou que a “urgência” que parecia ausente talvez resultasse de um foco defensivo, ainda que a queixa fosse razoável. Com isso em mente, pôde perceber que a paciente sempre vivera isso que chamava “sua vida sexual morna”, sem sentir que precisava buscar atendimento. À medida que questionamentos começaram a ser trazidos, foi possível perceber que o desencadeante da procura estava ligado predominantemente à condição de mãe de Vera. O foco mudado para esse tema permitiu um engajamento muito maior da paciente e possibilitou uma noção mais clara de suas dificuldades, inclusive sexuais, ligadas à relação com a mãe, até então idealizada.

O foco é concebido como o tema principal em torno do qual convergem as interpretações do terapeuta.

Tema principal que é consequência direta do entendimento do conflito central do paciente. Malan<sup>4</sup> conta ter ouvido muitas vezes a pergunta “Como é possível manter as interpretações no foco?”. Responde sempre ter achado essa uma questão difícil, pois acredita que

[...] a melhor forma de manter as interpretações dentro do foco é, em primeiro lugar, selecionar pacientes com um foco definido e, depois, formular um plano terapêutico correto.<sup>4</sup>

Schestatsky<sup>33</sup> insiste na associação de, pelo menos, dois elementos: sofrimento psíquico com seus sintomas e um conflito identificável. Dal Zot<sup>21</sup> descreve como os autores que se dedicaram à psicoterapia

breve e focal enfatizam a necessidade de selecionar para essas técnicas pacientes com motivação, definida como sofrimento (egodistonia), e com quem se pudesse estabelecer um foco nas primeiras entrevistas.

Em nossos dias, quando recebemos pacientes por vezes tão comprometidos, a busca de um foco é importante na tentativa de ajudá-los não só a se vincular ao tratamento como a aprender a pensar psicologicamente, mesmo quando a combinação com outras técnicas se faz necessária.

Valério<sup>15</sup> destaca a necessidade de uma aproximação afetiva com o foco por parte da dupla e, para isso, acredita ser necessário o entendimento dos traços de caráter do paciente. Vollmer Filho<sup>20</sup> afirma que “[...] não basta o esclarecimento racional para que se possa obter a remissão dos sintomas”. Os autores consultados concor-



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 3

João, um senhor de meia-idade, procurou psicoterapia de orientação analítica depois de inúmeras tentativas de atendimento que abandonava por dizer incapazes de ajudá-lo. O quadro depressivo grave, melancólico, impossibilitava sua vida profissional e de relações. Era muito difícil identificar um fator desencadeante. Dizia ter sido sempre assim, apesar de ter trabalhado e mantido alguma vida social até há alguns anos. Nas sessões, mostrava-se interessado, mas criava um clima desvitalizado que não conseguia reconhecer. Parecia querer mudar, mas estar impedido por sua grave patologia. Apesar dos sentimentos contratransferenciais de desânimo, impotência e desespero, a terapeuta sentia-se mobilizada pela vida vazia, pela dor do paciente, pelo sentimento que transmitia de precisar de ajuda.

Os terapeutas anteriores haviam indicado uso de medicação, com o que a terapeuta atual concordava, devido especialmente aos riscos que apresentava, inclusive de suicídio. A recusa de João em seguir de forma adequada as orientações quanto à medicação tornou-se o foco do tratamento. Lenta e dolorosamente, esse trabalho foi permitindo entender melhor os sentimentos persecutórios, as queixas do paciente com aqueles que deveriam cuidá-lo e sua reação vingativa de impedimento ante a “ameaça” de alguma ajuda, mesmo aquela decorrente do efeito da medicação, ao tirar-lhe a justificativa para seguir “provando” a incapacidade dos cuidadores.

Sua história passada começou a ser trazida sob outro vértice. Maus-tratos repetidos por parte de uma mãe deprimida puderam fazer sentido para ele, que “já contara isso muitas vezes, ouvindo interpretações parecidas, sem que lhe parecesse fazer sentido”. Em uma das sessões, algo comovente ocorreu, quando exclamou que nunca pensara no que sentia quando apanhava sem saber a razão, ou ficava esquecido na escola. O fato de o reconhecimento de sua conduta ocupar o lugar do enfrentamento com seus sentimentos foi muito difícil. Ao longo desse árduo processo, em que já usava corretamente a medicação, trouxe a morte da mãe, ocorrida há alguns anos, como possível desencadeante do quadro atual, algo já levantado em outras psicoterapias, mas que agora parecia fazer sentido: já não tinha a mãe para castigar, esse fora o último abandono. O tratamento seguiu difícil; a melhora foi obtida de forma lenta e restrita, como o prognóstico do paciente, mas um caminho para o pensamento começou a se esboçar. Acredito que, sem o estabelecimento do foco inicial em sua dificuldade de usar de modo correto a medicação, não teria sido possível obter esse resultado. Tal foco era trabalhado, basicamente, na relação de João com a terapeuta e suas orientações, entendidas como atributos desta.

dam com essa recomendação, na medida em que o padrão de relacionamento determinará a vivência do paciente daquilo que acontece na psicoterapia. Desse ponto de vista, as interpretações transferenciais serão instrumento importante.

Vollmer Filho<sup>34</sup> esclarece duas possibilidades que podem evoluir a partir da interpretação transferencial. A primeira é a correção da identificação projetiva emergente no aqui e agora, o que, uma vez atingido, permite a continuação do exame do

conflito atual. A segunda alternativa, de seu ponto de vista, é possibilitar o trabalho sobre o traço de caráter do paciente.<sup>34</sup>

As possibilidades de operacionalização do foco estabelecido são múltiplas e dependem das condições do paciente, do terapeuta e do campo de trabalho que se estabelece. Cruz<sup>12</sup> sugere que

[...] o plano a seguir em um dado momento chama-se plano estratégico, e o conjunto de princípios que seguimos

para levá-lo a bom termo se conhece por estratégia. O conjunto de medidas utilizado para executar o plano estratégico se chama tática.

Utilizando noções inicialmente vinculadas aos afazeres da guerra, mas logo aproveitadas para qualquer empreendimento humano que exigisse um planejamento para conseguir determinado objetivo, como descreve, Cruz<sup>12</sup> enfatiza a necessidade de avaliar as forças em ação na determinação e na manutenção do problema do paciente, para estudar de que forma e utilizando que recursos (interpretações transferenciais, extratransferenciais, confrontações, intervenções mais diretas ou questionamentos, por exemplo) trabalhar com ele.

Esse autor considera ser a “arte” do psicoterapeuta reunir os dados obtidos ao longo da avaliação para um planejamento que permita um trabalho com

[...] uma dose de sensibilidade e bom senso que permita utilizar esses princípios nos momentos e modos adequados; saber distinguir o que destacar no material do paciente, o que deixar de lado por uns tempos e o que, definitivamente, não abordar na psicoterapia.<sup>12</sup>

A experiência psicoterápica me ensinou que, ao levantar uma hipótese de trabalho (como Etchegoyen,<sup>35</sup> considera a interpretação), devemos ter alguma ideia do que pretendemos. Ao formular uma interpretação transferencial em psicoterapia, talvez a intervenção mais suscetível de resultar inócua (seja por banalização, desencadeamento de ansiedade intolerável, seja pelo uso defensivo do paciente, para citar algumas possibilidades), há que se ter claro “para quê”. Com João, quando a terapeuta mostrava sua recusa em usar a medicação

de forma efetiva como tentativa de não melhorar, mostrando como ela lhe falhava, o objetivo era o reconhecimento de sua necessidade de manter a convicção de não precisar cuidar da própria vida, pois não recebia o que lhe era devido. Já com Rui, era possível observar sua busca de gratificação oral com o encantamento que procurava impor no campo – gratificação sádica, na medida em que, assim, fantasiava triunfar sobre a terapeuta. Interpretar isso, nesse momento, corria o risco de servir para mais uma manobra defensiva. O foco escolhido visava a perturbar o equilíbrio mantido pelo paciente, favorecendo o reconhecimento de sua participação ativa nos acontecimentos, com vistas a que pudesse mudar.

Outra questão importante diz respeito ao tom usado. Alguns pacientes reagem mal a formulações com humor, enquanto, para outros, elas podem ser de ajuda. Da mesma maneira, os termos utilizados na formulação das interpretações devem ser coerentes com os utilizados pelo paciente.

Cabe ressaltar que o paciente e a relação terapêutica sofrem modificações ao longo do processo, podendo haver mudança nesses padrões.

Um planejamento deve conter alguma noção do que deve ser atingido para poder pensar em alta. Tendo sempre em mente que o planejamento não é estático, evolui com a psicoterapia, objetivos a serem alcançados devem ser traçados. Assim, com Vera, o objetivo não foi que atingisse uma vida sexual mais satisfatória, pois dizia não ter sentido essa necessidade até o nascimento da filha, mas que retomasse sua condição de cuidá-la sem se sentir despojada de sua condição feminina. Atingidos esses objetivos, a paciente poderia sentir-se

pronta para levar sua vida ou desejosa de ir adiante na conquista de satisfação, especialmente sexual.

Motivação para seguir buscando compreender seus processos mentais deve ser sempre considerada um bom resultado.

A responsabilidade de assumir um tratamento exige muito do terapeuta. O trabalho de definição de um foco e de estabelecimento de um planejamento, nos moldes descritos, talvez nos proteja de merecer o que Freud<sup>1</sup> chama “ vaidade e falta de reflexão” daquele que, “com o mais breve conhecimento”, opina sobre “um estranho, completamente ignorante de todos os princípios da análise”.

Faz-se necessário que, em respeito às pessoas que nos procuram para tratamento, à teoria e à técnica a que dedicamos tanto de nossas vidas, possamos admitir o quanto precisamos aprender com nossos pacientes para poder ajudá-los e como esse aprendizado será determinante de nossa capacidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Keidann,<sup>14</sup> lembrando que mesmo uma avaliação cuidadosa não pode prever o que vai ocorrer ao longo da psicoterapia, sustenta ser essencial apreciar as condições da dupla, da pessoa do terapeuta e do paciente, pois “ambos já estão envolvidos numa interação dinâmica”, da qual os temores à mudança fazem parte. Segundo Eizirik,<sup>28</sup>

[...] o elemento central da psicoterapia, o veículo por meio do qual ela causará benefício, dano ou nada fará resultar, situa-se precisamente na relação que se estabelece entre o médico e o paciente.

O trabalho em psicoterapia de orientação analítica exige do terapeuta constante estudo, experiência de supervisão e tratamento pessoal, pois o instrumento de que dispomos somos nós mesmos, e a responsabilidade de ajudar outro a se aproximar de si mesmo é muito grande.

A complexidade disso pode ser captada na observação de Cruz,<sup>31</sup> quando afirma que “o paciente, afinal, está nos procurando para que o ajudemos na vida dele, e não para que organizemos a sua vida de acordo com nossas concepções”.

Intervir nos processos mentais de outro que nos procura para isso é entrar em uma relação subjetiva que também nos envolve, exigindo que estejamos atentos à “neutralidade possível”,<sup>36</sup> que mantenhamos o foco nas necessidades e nos valores do paciente. Acredito ser essencial o que Meltzer<sup>37</sup> ensina quando defende ser meta do tratamento psicodinâmico ajudar o paciente a responsabilizar-se pelo que é seu, por meio do *insight*. Não para culpar-se, eu diria, mas para abrir possibilidades de mudar ao romper com um padrão estereotipado, exclusivo, portanto limitante, e poder usar com mais flexibilidade os múltiplos recursos disponíveis à mente para lidar com a complexidade da vida, em seus prazeres e frustrações, sem perder a capacidade de se encantar, de pensar, de imaginar e de se relacionar.

Nosso instrumento permite múltiplos conluios inconscientes, sendo responsabili-

dade do terapeuta evitar isso. A avaliação cuidadosa, com o estabelecimento de um foco e de um planejamento em constante reavaliação que atendam às necessidades do paciente, dentro dos critérios descritos, pode, como já referido, servir como orientação nesse nosso fascinante e difícil traba-

lho. Isso é imperativo para não correremos o risco de atender ao que exclamou uma paciente, ante a perspectiva de alta de um processo psicoterápico de bons resultados: “como, se o mundo vai continuar cheio de problemas!?”...

### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. A psicoterapia de orientação analítica, quando indicada, exige uma avaliação o mais precisa possível das condições do paciente, tanto as que motivaram a procura do tratamento quanto os fatores de saúde, para que um processo efetivo seja estabelecido e o paciente possa obter benefícios.
2. Paciente e terapeuta, guardadas as diferenças de função, propõem-se a iniciar um processo que envolve, invariavelmente, investimentos e custos diferentes para cada um, é verdade, mas igualmente importantes.
3. Uma psicoterapia de orientação analítica impõe uma cuidadosa formulação psicodinâmica para que um adequado planejamento seja estabelecido. Considera-se que o problema atual do paciente seja causado predominantemente por fatores inconscientes (conflito atual), possivelmente com raízes na infância (conflito nuclear). Precisamos saber identificar o problema do paciente, sua etiologia e repercussões e traçar uma estratégia de abordagem que lhe possibilite alívio do sofrimento e, se possível, ampliação de sua capacidade mental, permitindo-lhe viver sua especificidade, dando sentido próprio às suas experiências e, assim, contribuindo para uma vida mais rica e criativa.
4. No planejamento de uma psicoterapia, tendo sido essa a indicação, convém reconhecer que lidamos com processos complexos e que a busca de significado, mesmo que não seja o único recurso disponível, tem provado ser essencial e determinante da possibilidade de mudança de nossos pacientes. Convém lembrar o quão fascinante é o estudo da mente, correndo-se o risco de ficar “encontrando significados” cada vez mais elaborados, à custa de uma psicoterapia de bons resultados. Isso impõe pensar o que são considerados bons resultados em psicoterapia de orientação analítica, em outras palavras, com que objetivos se trabalha, e delimitar um foco, compreendido como o que é central do conflito do paciente que possa tornar-se o ponto de convergência das atenções do terapeuta.<sup>22</sup>
5. Intervir nos processos mentais de outro que nos procura para isso é entrar em uma relação subjetiva que também nos envolve, exigindo que estejamos atentos a manter o foco nas necessidades e nos valores do paciente.
6. O planejamento é uma tarefa constante do processo psicoterápico, na medida em que compreendemos que as mudanças ocorrem ao longo do processo.

## REFERÊNCIAS

1. Freud S. Sobre o início do tratamento. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12. p. 162-87.
2. Dewald PA. Psicoterapia: un enfoque dinámico. Barcelona: Toray; [1972].
3. Schestatsky SS. Introdução ao planejamento em psicoterapia. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 71-8.

4. Malan D. As fronteiras da psicoterapia breve: um exemplo da convergência entre pesquisa e prática médica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
5. Bassols AM, Falceto O, Bergmann DS, Mardini V, Waldemar JO, Palma RB, et al. O ensino de técnicas psicoterápicas aplicadas à infância e adolescência. *Rev Bras Psicoter.* 2012;14(1):13-33.
6. Havighurst SS, Downey L. Clinical reasoning for child and adolescent mental health practitioners: the mindful formulation. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2009;14(2):251-71.
7. Eells TD, Lombart KG, Salsman N, Kendjelic EM, Schneiderman CT, Lucas CP. Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychother Res.* 2011;21(4):385-99.
8. Aguiar RW. Psicoterapias: desafios atuais e perspectivas futuras. *Rev Bras Psicoter.* 1999; 1(1):93-105.
9. Zimmermann D. Planejamento em psicoterapia dinâmica. *Rev Bras Psiquiatr.* 1982; 4(3):251-63.
10. Cruz JG. O processo de focalização em psicoterapia de orientação analítica. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 84-8.
11. Mabilde LC, Araújo ANB. Psicoterapia dinâmica: importância do planejamento em um caso de transtorno de personalidade. *Rev Psiquiatr RS.* 1990;12(2):99-104.
12. Cruz JG. Planejamento em psicoterapia de orientação analítica. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 79-83.
13. Lewkowicz S. Pacientes repetidores de psicoterapia breve: alguns aspectos psicodinâmicos. *Rev Psiquiatr RS.* 1983;5(3):167-78.
14. Zaslavsky J, Keidann CE, Dal Zot JS, Cruz JG. O contrato e as interrupções em psicoterapia de orientação analítica: compreensão e manejo. *Rev Bras Psicoter.* 2000;2(2):221-38.
15. Valerio MH. G. O que tratamos em psicoterapia? *Rev Psiquiatr RS.* 1985;7(2):133-6.
16. Lucion N. Psicoterapia psicanalítica na atualidade. *Rev Psiquiatr RS.* 1996;18(3): 301-5.
17. Levy R. Psicoterapia de orientação analítica na atualidade: avanços e vicissitudes. *Ver Psiquiatr RS.* 1996;18(3):306-10.
18. Lewkowicz A. Uma contribuição ao estudo do abandono em psicoterapia breve ambulatorial. *Rev Psiquiatr RS.* 1984;6(3):198-206.
19. Cordioli AV. Psicoterapia de orientação analítica: avaliação de pacientes. *Rev Psiquiatr RS.* 1983;5(2):99-101.
20. Vollmer Filho G. Conceito e diagnóstico de neurose em psicanálise. *Rev Psiquiatr RS.* 1985;7(2):95-7.
21. Dal Zot JS. Uma contribuição ao estudo dos critérios de seleção para psicoterapia breve. *R Psiquiatr RS.* 1984;6(1):7-13.
22. Mondrzak V. O foco em psicoterapia breve: estudo de 60 casos. *Rev Psiquiatr RS.* 1983;5(2):117-29.
23. Etchegoyen RH. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica; semelhanças e diferenças. *Rev Psiquiatr RS.* 1990;12(3):209-13.
24. Malan DH. *Psicoterapia individual e a ciência da psicodinâmica.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
25. Freud S. Recordar, repetir e elaborar. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12. p. 191-203.
26. Zimmermann D. Terminação de psicoterapia dinâmica. *Rev Psiquiatr RS.* 1980;2(1): 51-9.
27. Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Introdução. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 13-21.
28. Eizirik CL. Riscos e limitações da psicoterapia de orientação analítica: alguns aspectos da pessoa do terapeuta. *Rev Psiquiatr RS.* 1983;5(2):114-6.
29. Iankilevich E. Metas em psicoterapia. *Rev Bras Psicoter.* 2001;3(3):291-7.
30. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry.* 1999;156(4):505-24.
31. Cruz J. Planejamento em psicoterapia de orientação analítica. *Rev Psiquiatr RS.* 1983; 5(2):106-8.

32. Fonagy P. Psychoanalysis today. *World Psychiatry*. 2003;2(2):73-80.
33. Schestatsky SS. Introdução ao planejamento em psicoterapia. *Rev Psiquiatr RS*. 1983; 5(2):102-5.
34. Vollmer Filho G. Fórum de debate: psicanálise e psicoterapia de orientação analítica, semelhanças e diferenças. *Rev Psiquiatr RS*. 1990;12(3):212-3.
35. Etchegoyen RH. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
36. Eizirik CL. Entre a escuta e a interpretação: um estudo evolutivo da neutralidade psicanalítica. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 1993;1(1):19-42.
37. Meltzer D. O processo psicanalítico: da criança ao adulto. Rio de Janeiro: Imago; 1971.

# 11

## O CONTRATO

Neusa Lucion  
Lais Knijnik

Este capítulo aborda o contrato e suas vicissitudes, entendendo-os como parte do processo psicoterápico. O contrato será examinado muito além das combinações formais sobre horários das sessões, frequência, pagamentos, férias e responsabilidades, que são feitas no início do tratamento psicoterápico.

A palavra “contrato” é definida por Houaiss<sup>1</sup> como “um pacto entre duas ou mais pessoas que se obrigam a cumprir o que foi entre elas combinado sob determinadas condições”. É palavra de origem latina: *contractus*, significando convenção, ajuste, pacto.

Zimerman<sup>2</sup> acrescenta que a palavra “contrato” pode ser decomposta em *com + trato*, significando que, além do indispensável acordo manifesto de algumas combinações práticas básicas, há também um acordo latente que se refere ao modo como analista e paciente irão tratar-se reciprocamente. As funções e os papéis da dupla estão definidos: de um lado, há um paciente que busca alívio de seu sofrimento psíquico e, de outro, um terapeuta que, de forma sistemática, dispõe-se a utilizar todos os seus recursos teóricos, técnicos e emocionais para que, juntos, possam mitigar esse sofrimento.

As bases teóricas do contrato foram apresentadas por Freud em dois trabalhos: *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*,<sup>3</sup> de 1912, e *Sobre o início do tratamento (Novas recomendações aos médicos que exercem a psicanálise I)*,<sup>4</sup> de 1913. Nelles, formula e estabelece as normas fundamentais que compõem o contrato.

Freud<sup>4</sup> compara o tratamento analítico a um jogo de xadrez, no qual as aberturas e os finais, por serem limitados, podem ser descritos de forma sistemática, enquanto a “infinita variedade de jogadas que se desenvolvem após a abertura desafiam qualquer descrição desse tipo”. Ao tratar das regras para o início do tratamento, afirma:

Penso estar sendo prudente, contudo, em chamar estas regras de recomendações e não reivindicar qualquer aceitação incondicional para elas. A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica.

O contrato é entendido, desde sua conceituação original, como parte do processo psicoterápico.

Ele representa o princípio da realidade e a ele se opõem as forças das fantasias e do princípio do prazer, sempre prontos a rompê-lo. O modo como o contrato é sentido e estabelecido ou como são tentadas suas rupturas expressa, ao vivo, dados preciosos para a compreensão do paciente.<sup>5</sup>

O contrato tem uma função estruturante no estabelecimento do *setting* psicoterápico, na medida em que cria um arcabouço, um ambiente, que permite observar manifestações inconscientes, fantasias, resistências, reações transferenciais e contratransferenciais, assim como manifestações do caráter.

Meltzer,<sup>6</sup> ao discutir o processo analítico, afirma que:

[...] embora a interpretação possa ser importante para a “cura” e para a compreensão interna (*insight*), não constitui a tarefa principal do analista com relação ao estabelecimento e à manutenção do processo analítico. Isto é feito através da criação do *setting*, no qual os processos transferenciais da mente do paciente podem encontrar expressão.

Para Winnicott,<sup>7</sup> o *setting* é a soma de todos os procedimentos que organizam a análise e engloba todas as atividades extra-analíticas do processo analítico: os marcos temporal e espacial da relação analítica, o estabelecimento de horários, férias, honorários, entre outras variáveis. O *setting* cria as condições para que seja mantida a marcha ordenada do processo analítico, mas não constitui o jogo analítico (a interação associação-interpretação); ele proporciona as regras do jogo.<sup>6</sup> Tais regras, que são os elementos formais da relação terapêutica, constituem o contrato, e suas “modificações precisam estar baseadas na

teoria da técnica, uma vez que necessariamente influenciam o processo”.<sup>8</sup>

## ELEMENTOS CONSTITUINTES DO CONTRATO

As combinações do contrato – estabelecidas após a avaliação e a indicação de psicoterapia – podem ser feitas de maneira detalhada ou simplificada. Há psicoterapeutas que preferem esmiuçar todas as possíveis situações que surgirão no decorrer do trabalho psicoterápico.

A tendência atual é fazer combinações amplas e simplificadas com os pacientes, restringindo-se a elementos como a frequência da psicoterapia, os horários das sessões, os honorários e as férias.

Freud<sup>4</sup> cita o tempo e o dinheiro como os pontos de importância no estabelecimento do contrato. As demais situações serão tratadas à medida que forem surgindo no curso do tratamento, uma vez que constituem uma via de expressão de conflitos e do caráter do paciente, assim como do momento transferencial-contratransferencial que a dupla está vivendo.

### Frequência

Por vezes, o paciente tem a fantasia de que o tempo de duração da psicoterapia está diretamente relacionado à frequência das sessões. Essa é uma situação em que “dois não é o dobro de um, nem um é a metade de dois”. A maior frequência das sessões permite uma diferença qualitativa, e não quantitativa.

A frequência de duas sessões semanais é o veículo adequado para que a psicoterapia de orientação analítica dirigida ao *insight* possa promover mudanças psíquicas significativas.

O intervalo de poucos dias entre as sessões permite que haja continuidade no que vem sendo tratado, maior encadeamento entre as sessões, bem como um período no qual o paciente pode pensar sobre o que está ocorrendo, tendo uma sessão próxima para seguir examinando sua conflitiva. A proximidade entre as sessões também impede que o esquema defensivo se reorganize por completo.

Para algumas pessoas, a psicoterapia é indicada em uma frequência maior. Pacientes motivados, com egos bem estruturados, com capacidade de postergar satisfações e de ter *insight*, fantasiar, simbolizar e estabelecer relações, podem se beneficiar de uma psicoterapia com três sessões semanais ou de psicanálise, se exequível ou disponível. Aqueles com aparelho psíquico menos estruturado, que se expressam preferencialmente mediante o agir, o somatizar, que apresentam momentos de maior desorganização, beneficiam-se mais de uma frequência maior.

Entretanto, há situações nas quais o paciente não pode realizar o tratamento na frequência recomendada, quer por motivos econômicos, quer por indisponibilidade de horário, quer por outras dificuldades externas, as quais, muitas vezes, encobrem resistências internas. Há casos em que os pacientes alegam falta de condições financeiras, e, no decorrer do tratamento, fica evidente que isso é uma expressão da resistência ao trabalho psicoterápico. O terapeuta também pode apresentar resistência a indicar psicoterapia em uma frequência maior. Ele pode propor uma frequência

menor do que a indicada, motivado, inconscientemente, pelo temor de defrontar-se com seu mundo interno, uma vez que a proximidade entre as sessões favorece a expressão de fenômenos transferenciais-contratransferenciais. O interjogo da transferência-contratransferência está sempre presente, seja qual for a frequência da psicoterapia, porém seu acesso é facilitado pela proximidade entre as sessões.

Cabe ressaltar que, para se manter como o local privilegiado para a observação do inconsciente, uma psicoterapia de orientação psicanalítica necessita de uma frequência mínima, que acreditamos ser de uma sessão semanal.

Frequências menores dificultam a aplicação dessa técnica, comprometendo, assim, os resultados.

Há psicoterapeutas que, mesmo que o paciente não possa, no momento do contrato, realizar a psicoterapia na frequência recomendada, optam por esclarecer sua indicação. Argumentam que a pessoa deve ter acesso à indicação como uma perspectiva a ser buscada. Outros psicoterapeutas questionam tal conduta por acreditarem que isso pode levar o paciente a desvalorizar o tratamento que faz e idealizar o tratamento que não pode fazer, ficando a frequência a serviço da resistência.

## Responsabilidade sobre as sessões

Um elemento importante que deve ser explicitamente estabelecido na constituição do contrato é a responsabilidade pelo horário das sessões. Há, no entanto, psicoterapeutas que optam por examinar essa questão somente quando ela surge.

Ao combinarem um horário, paciente e terapeuta assumem um compromisso mútuo. Ambos se comprometem a encontrar-se no consultório em determinada hora para, juntos, realizarem o tratamento proposto. No horário combinado, o terapeuta estará disponível para atender exclusivamente aquela pessoa.

Os pacientes precisam sentir que os analistas podem realmente “estar lá” e que, ao estar sempre lá, possibilitarão o início do tratamento e, daí, o desenvolvimento do processo analítico.<sup>9</sup>

Meltzer<sup>6</sup> comenta que a atividade psicanalítica pode ser comparada com a do virtuose e com a do atleta. Aponta a importância, para a mente do analista, da regularidade das sessões, com a manutenção de horários em ordem. Quando um paciente falta a sua sessão, mesmo que avise antecipadamente, deixa uma lacuna nas atividades do dia, e a qualidade do trabalho posterior naquele dia é adversamente afetada. Ainda que a oportunidade de relaxar seja bem acolhida, ou mesmo que esse tempo seja aproveitado para outras atividades, isso promove uma quebra no “andamento” do trabalho.<sup>6</sup>

A descontinuidade pode impedir o aprofundamento da transferência. Meltzer<sup>6</sup> lembra a necessidade da repetição para que o processo psicoterápico exista. Se o paciente falta, há uma ruptura. Uma condição necessária para que a psicoterapia ocorra é o comparecimento do paciente às sessões. A quebra também se dá para a mente do paciente, que perde o exercício de pensar sobre si mesmo, comprometendo o virtuosismo dessa habilidade.

Temos de considerar a possibilidade de o paciente ou o terapeuta não poderem comparecer à sessão. Há divergências sobre a conduta a adotar. Para Langs,<sup>10</sup> o terapeuta

não deve trocar o horário do paciente, nem oferecer um horário alternativo no caso de feriados ou de algum impedimento seu. Outros autores, como Zaslavsky e colaboradores,<sup>11</sup> tentam, na medida da sua disponibilidade, oferecer outro horário para pacientes em psicoterapia, tendo em vista que a distância criada entre as sessões prejudica o andamento do processo. Quando é o paciente quem solicita a troca do horário da sessão, é preciso examinar a situação com cuidado. Foi o que ocorreu com Pedro, um paciente que tinha, eventualmente, compromissos de trabalho agendados por outras pessoas, sem que tivesse ingerência sobre o horário estabelecido. Em determinada ocasião, pediu com antecedência uma troca de horário, alegando que, assim, o terapeuta teria “tempo para remanejar alguém”. Ele tinha uma reunião marcada que ocuparia todo o dia, inclusive seu horário de sessão. O tema da sessão era sobre como ele não se sentia querido pelas pessoas, o que associava à preferência da mãe pela irmã mais velha. Dizia sempre precisar fazer tudo para os outros, a fim de ser amado. Ao examinarmos a situação e sua real necessidade, vimos que ele poderia chegar mais tarde à reunião e que a troca estava sendo pedida como uma prova de que o terapeuta gostava dele, tendo que desalojar outros pacientes, “remanejar alguém” (representando a irmã) para atendê-lo. Seria uma prova de que o terapeuta/mãe o preferia em detrimento da irmã. Para Pedro, como para outros pacientes, a troca de horário era uma prova de ser querido pelo terapeuta. Se este atende seu pedido, gosta dele; se não atende, não gosta. No entanto, o terapeuta nem sempre estará disponível para atender em outros horários. Como Romanowski e Vollmer Filho<sup>12</sup> assinalam,

[...] a relação transferencial tem sua matriz genética na relação primitiva

seio-bebê, e uma das fantasias mais constantes é a de igualar o analista a um seio inesgotável, mantida pela dissociação da imagem deste e pela própria negação da realidade da análise que oferece reiteradas privações.

Eizirik<sup>13</sup> lembra que, nessas questões de troca de horários, como nas demais, uma atitude flexível, mas não condescendente, firme, mas não rígida, é o recomendável. Examinar as motivações conscientes e inconscientes antes de tomar qualquer atitude é a conduta mais produtiva.

Durante a psicoterapia, poderão ocorrer situações nas quais o terapeuta será obrigado a romper ou a modificar o contrato, como no caso de atrasos, faltas, doença, viagens, compromissos profissionais, e que poderão colocar o paciente diante de situações reais que precisarão ser examinadas de forma adequada. De acordo com Ferro,<sup>14</sup> rupturas do *setting* por parte do analista devem ser absolutamente evitadas, mas são igualmente inevitáveis ao longo da análise. Essas situações costumam ativar o aparecimento e possibilitar o acesso a aspectos muito primitivos, como o sistema de angústia e as defesas do paciente. Podem surgir fantasias diversas, como a de ser abandonado, de o terapeuta morrer, de ser trocado por outro paciente. Conforme assinalam Romanowski e Vollmer Filho,<sup>12</sup> a compreensão e a interpretação dessas fantasias ativas, vistas na psicoterapia, permitirão a diminuição das ansiedades e, progressivamente, maior integração do ego.

Ao longo do tratamento, podem ocorrer doenças físicas de ampla duração, assim como pacientes que saem em viagens de estudos ou trabalho por alguns meses. Freud<sup>4</sup> costumava interromper o tratamento e, quando o paciente se restabelecia,

voltava a atendê-lo, se tivesse disponibilidade de horário. O compromisso anterior fica desfeito, e, na medida da disponibilidade de horário de ambos, o tratamento pode ser retomado ou não. Outras duplas encontram soluções alternativas, como, por exemplo, a situação de Betina. Tendo sido aprovada em concurso público, foi trabalhar em outra cidade e mantinha um horário regular com o terapeuta. Nesse seu horário, ligava para o terapeuta, realizando a sessão por telefone. Quando estava na cidade original, fazia sua sessão de forma presencial. A manutenção do vínculo auxiliou Betina naquele momento de sua vida. Questões como essa precisam ser discutidas pela dupla.

## Honorários

Outro elemento do contrato que mobiliza tanto paciente como terapeuta é o estabelecimento de honorários. À realidade externa somam-se conflitos da dupla, expressos no interjogo transferência-contratransferência, com possibilidades ilimitadas. Blanck e Blanck<sup>15</sup> enfatizam que os honorários são a única parte da terapia que legitimamente se destina ao terapeuta, podendo, então, ser uma via direta de expressão de seus conflitos.

Freud<sup>4</sup> assinala que:

[...] as questões de dinheiro são tratadas pelas pessoas civilizadas da mesma maneira que as questões sexuais – com a mesma incoerência, pudor e hipocrisia. O analista, portanto, está determinado desde o princípio a não concordar com esta atitude, mas, em seus negócios com os pacientes, a tratar de assuntos de dinheiro com a mesma franqueza natural com que deseja educá-los nas questões relativas à vida sexual. Demonstra-lhes que ele próprio rejeitou uma falsa vergo-

nha sobre esses assuntos ao dizer-lhes voluntariamente o preço em que avalia seu tempo.

Os honorários devem refletir o nível de formação e de experiência do terapeuta e estar de acordo com os padrões da comunidade com a qual trabalha, como expresso no Código de Ética Médica. É recomendável que o terapeuta estabeleça o valor com o qual se sente adequadamente remunerado, assim como o valor mínimo com o qual se sente confortável em trabalhar.

O estabelecimento de honorários mais baixos, o que é frequente entre os iniciantes, pode estar motivado por sentimentos de culpa por não se sentir capaz, por um desejo de agradecer, pela vontade de manter o paciente ou pelo desejo de compensá-lo por supostas ineficiências. Para o paciente, valores mais baixos podem significar levar vantagem, ter a voracidade solta e incontrolável, sentir-se o preferido em relação aos outros pacientes. Como afirma Eizirik,<sup>13</sup> isso pode conduzir a culpa, inatividade, desvalorização do terapeuta e do tratamento e ao frequente surgimento de impasses e interrupções.

Já a determinação de honorários altos pelos terapeutas iniciantes demonstra sua necessidade de negar essa condição, como se não houvesse diferença em relação aos colegas mais experientes, aquilo que é referido por Chasseguet-Smirgel<sup>16</sup> como a diferença entre as gerações. Demonstra também aspectos vorazes e o desejo de se impor como um objeto caro e valorizado. O paciente pode aceitar essa situação por identificar-se com esse objeto perseguidor, encobrindo seus sentimentos de desvalia. Nesses casos, a idealização, por mais que dure, acaba sendo substituída por sentimentos paranoides. A aceitação também

pode evidenciar aspectos de submissão do paciente.

O terapeuta pode ter em mente um valor menor de honorários para oferecer ao paciente, seja porque este enfrenta dificuldades financeiras temporárias; seja por tratar-se de pessoa com menos recursos, mas altamente motivada; seja porque ele próprio tem horários vagos que deseja preencher; seja porque o caso será supervisionado, havendo o benefício da aprendizagem. Ao indicar o valor aceitável, é importante propiciar a exploração da realidade das finanças do paciente, assegurando-se de que o valor acordado é realístico para ele, sem ser indulgente ou objeto de engano. Meltzer<sup>17</sup> considera honorários mais baixos um subsídio que o terapeuta oferece ao paciente. É fundamental explorar as fantasias que um valor inferior provoca, assim como estar alerta para quaisquer indicações de recursos não declarados. Se isso não for analisado e resolvido, o tratamento pode ser totalmente depreciado e boicotado. Isso não significa suspeitar cronicamente dos pacientes, mas cuidar para não “subsidiar a imoralidade de seu paciente”.<sup>17</sup> Por vezes, o terapeuta aceita honorários menores, aliando-se inconscientemente a aspectos empobrecidos do paciente, em um conluio que necessita ser identificado para poder ser tratado.

No caso de haver um acordo por um valor menor, este deve ser trabalhado em seus diferentes níveis: o da realidade externa e o dos significados no mundo interno do paciente e suas repercussões para a relação terapêutica.

A redução dos honorários pode provocar nos pacientes sentimentos de dívida para com o terapeuta, o que os impediria de expressar toda a gama de sentimentos

hostis em relação ao profissional. Em pacientes com traços de caráter oral, pode estimular a passividade e uma dependência indevida. Quando as condições econômicas do paciente se modificarem, o valor dos honorários será rediscutido, podendo ser atualizado dentro ou fora do período de reajuste.

Outra questão refere-se à responsabilidade monetária pelo horário das sessões. Tendo em vista que a psicoterapia de orientação analítica é um tratamento que tende a durar anos, o terapeuta assume compromissos com os pacientes que o limitam para outros atendimentos. Se o paciente não puder comparecer por motivos diversos, como trabalho, viagem ou enfermidade, precisa manter o acordo mútuo, responsabilizando-se pelo pagamento do horário reservado, uma vez que o terapeuta não poderá assumir outro paciente em seu horário. Isso está de acordo com o expresso por Freud:<sup>4</sup>

A cada paciente é atribuída uma hora específica de meu dia de trabalho disponível; pertence a ele, que é responsável por ela, mesmo que não faça uso da mesma.

Sob regime menos estrito, as faltas “ocasionais” aumentam de tal forma que o médico percebe sua existência material ameaçada, ao passo que, quando o acordo é seguido, impedimentos acidentais não ocorrem de modo algum, e moléstias intervenientes, apenas de modo muito raro.

Hoje, os tratamentos têm duração maior do que os realizados por Freud, e impedimentos acidentais tendem a ocorrer. Pode-se dizer que não há tratamento psicoterápico que não se defronte com tais situações. O que Freud<sup>4</sup> assinala nesse trabalho de técnica é que, seguindo o princípio estrito da hora marcada, vemos como é intenso o significado psicogenético da

vida cotidiana dos homens, com que frequência simulam doenças e como o acaso é inexistente. O acaso existe, mas, no exame das suas motivações inconscientes, perceberemos o quanto ele fica menos frequente. Uma justificativa realista para o não comparecimento às sessões pode ser usada para encobrir uma resistência ao tratamento ou ao que vem sendo tratado no momento. Como em outros aspectos do contrato, é fundamental o entendimento de que forças estão atuando no campo.

Nos dias atuais, muitos pacientes têm planos de saúde que cobrem o pagamento de algumas sessões ou que ressarcem parte de seu valor. Isso estará presente no tratamento como um pano de fundo silencioso ou ruidoso, sendo um veículo para fantasias que podem se aliar a resistências, ameaçando a relação terapêutica e a própria psicoterapia. Calich<sup>8</sup> salienta que paciente e terapeuta, ao incluírem artifícios para ganhar mais dinheiro, como, por exemplo, declarando um número de sessões diferente do realizado, introduzem um elemento de quebra da verdade que se opõe à própria essência da psicoterapia.

A data do pagamento é outro item que precisa ser explicitado no contrato. A psicoterapia é um tratamento de frequência regular, e, para comodidade de ambas as partes, conveniou-se que o pagamento seja feito uma vez por mês. Ele deve ser efetuado, de preferência, na última sessão do mês, pois o paciente efetua o pagamento pelo serviço realizado naquele período. Às vezes, por necessidade do paciente, a dupla combina que o pagamento será feito em outra data, por exemplo, na primeira sessão após o fim do mês. É importante que uma data seja estabelecida, para que um possível não cumprimento do acordo seja entendido e tratado.

Há pacientes que não pagam na data combinada, mesmo tendo o dinheiro para

isso. Expressam, assim, sua voracidade, privando o terapeuta de algo que é dele e/ou manifestando um desejo de retê-lo dentro de si. Pode ser também uma comunicação de um momento de desagrado em relação ao terapeuta. É possível, ainda, uma combinação desses aspectos: uma fixação na fase oral-sádica do desenvolvimento, com o paciente só querendo receber do terapeuta, tirar dele, como também um aspecto anal, de aferrar-se à propriedade para reter algo valioso dentro de si.

O momento do pagamento também evidencia que esta é uma relação profissional e assimétrica, além da necessidade e da dependência do outro, provocando, muitas vezes, sentimentos hostis no paciente.

O terapeuta, por temer seus aspectos orais vorazes, pode não abordar essa questão com a “franqueza natural” necessária, expressando seus próprios conflitos. Ele pode se sentir submetido, explorado pelo paciente, e atuar em uma atitude antiterapêutica. Um terapeuta mais livre de conflitos em relação à oralidade, ao dinheiro, sente-se mais à vontade para lidar com essas questões.

É importante que o terapeuta tenha trânsito em seu mundo interno para poder entender melhor os aspectos do paciente que, muitas vezes, são projetados em si.

O terapeuta, identificado com os objetos internos do paciente no que Racker<sup>18</sup> denominou de contratransferência complementar, não conseguirá entender e tratar os aspectos orais e anais deste.

Há pacientes que querem determinar quando e como vão pagar, expressando um

aspecto anal de seu caráter. Abraham<sup>19</sup> assinala que a entrega do excremento é a forma mais primitiva pela qual uma criança dá ou presenteia alguma coisa. Para ele, o importante é preservar seu direito de decisão, podendo recusar um pedido ou uma solicitação, mas dar a alguém o “belo presente” quando assim decidir. O paciente impor quando e como pagar constitui uma tentativa de controlar o terapeuta e o tratamento.

Uma situação interessante ocorreu com Patrícia, que, ao marcar a primeira consulta por telefone e sem saber os honorários do terapeuta, solicitou que ele cobrasse um valor inferior. Há pacientes que, como Abraham<sup>19</sup> descreve, estão sempre solicitando algo, sob a forma de um pedido modesto ou de uma exigência agressiva. A maneira como apresentam suas exigências tem em si algo da natureza da sucção persistente; não aceitam argumentos razoáveis e continuam a pleitear e a insistir.

Outras pessoas, como refere Abraham,<sup>19</sup> são dominadas pela crença de que sempre existirá uma pessoa bondosa, um representante da mãe, para, naturalmente, tomar conta delas e dar-lhes tudo de que necessitam. Essa crença otimista condena-as à inatividade. Esperam que o seio materno flua eternamente para elas, não precisando fazer esforço algum para ganhar o pão de cada dia. O caso de Rosa é ilustrativo. Ela é uma jovem em início de tratamento, sem dificuldades financeiras. Já no primeiro mês, precisa ser lembrada pelo terapeuta sobre o pagamento. No mês seguinte, também atrasa. Relata que sua mãe reclama de seu jeito de esperar que os outros façam tudo por ela. Nesse momento, o terapeuta pôde mostrar como esse seu aspecto oral estava presente na sessão por meio do atraso no pagamento, tendo colocado a responsabilidade pelo lapso no terapeuta. Caberia a ele lembrar-lhe do dia

do pagamento. As situações de pagamento propiciam que traços de caráter e inúmeros conflitos se expressem, fornecendo mais uma importante oportunidade de acesso ao mundo interno do paciente e aos movimentos transferenciais-contratransferenciais da dupla naquele momento do tratamento.

## Férias

A combinação sobre as férias é parte constituinte do contrato. Anteriormente, psicanalistas e psicoterapeutas costumavam ter um mês oficial de férias, e isso era comunicado ao paciente já no início do tratamento. Os pacientes ficavam com o compromisso de ter suas férias no mesmo período, evitando, assim, outras interrupções que prejudicassem o processo e também para não precisarem se responsabilizar financeiramente pelas sessões perdidas.

Hoje, há maior flexibilidade, exigindo a discussão desse tema. Muitas vezes, por questões de trabalho ou familiares, o paciente decide gozar suas férias em período diferente do terapeuta. Este, por sua vez, pode decidir dividir suas férias em mais de um período, atendendo durante aquele que originalmente seria parte do combinado como férias. O terapeuta pode oferecer ao paciente a possibilidade de vir ou não às sessões, independentemente de o paciente estar na cidade. Mesmo assim, é importante analisar as motivações para a atitude tomada pelo paciente. É possível que este venha às sessões como uma expressão de submissão, com a fantasia de que assim será amado pelo terapeuta. Ao não comparecer, pode estar comunicando a presença de transferência negativa. O entendimento das motivações é particular daquela dupla, naquele momento. Cabe ressaltar que o exame dessa situação inclui o cuidado de

não forçar no paciente algo alheio a ele e que esteja sendo introduzido como parte dos interesses do terapeuta. Nesse contexto, cabe ao terapeuta não apenas examinar as motivações inconscientes do paciente como também olhar por si mesmo e discriminar seus próprios sentimentos.

Quando o paciente tem suas férias em um período diferente daquele do terapeuta, a cobrança das sessões não comparadas suscita diferentes condutas em diferentes terapeutas. Estamos diante de uma situação em que não há um consenso.

## Faltas

A responsabilidade monetária pelas faltas insere-se no compromisso com o processo terapêutico. O paciente, muitas vezes, apega-se ao prejuízo econômico que terá com sua ausência às sessões, deixando de lado a perda pela descontinuidade do processo psicoterápico. As situações precisam ser tratadas com a particularidade de cada caso, sendo sua compreensão essencial à psicoterapia. Mais do que nos aferrarmos a combinações, precisamos trabalhar seu significado naquele momento. Como afirma Etchegoyen:<sup>20</sup>

Há sempre um ponto de toda relação humana em que é necessário saber escutar o outro e saber o que é que deseja e espera de nós, sem que isto nos obrigue a satisfazê-lo. Aceitar a opinião do paciente nem sempre significa gratificá-lo, do mesmo modo que não aceitá-la não tem por que ser sempre um menosprezo ou uma frustração.

Por vezes, o terapeuta, para não se incomodar, faz concessões no contrato sem avaliar adequadamente as repercussões de sua atitude no processo. Não se trata da questão flexibilidade *versus* autoritaris-

mo, e sim se aquela proposta de ruptura vai ser analiticamente entendida ou não e a serviço de que instância está. Pode ser, por exemplo, a expressão de um desejo do paciente de ter sempre um seio bom que o gratifique, e, ao aceitarmos essa proposta, estaremos fazendo uma aliança com sua parte oral, voraz, reforçando aspectos regressivos, ou a serviço de desinvestimento no tratamento, representando aspectos destrutivos.

## Reajuste

Outro aspecto do contrato refere-se a reajustes dos honorários no decorrer do tratamento. Há pacientes que reagem ao aumento dos honorários, não importando sua justificativa realista. Não reajustar o valor quando há aumento do custo de vida é negar a realidade externa e atacar a percepção do paciente.

A proposta de reajuste deve ser feita com tempo suficiente para permitir ao paciente uma ampla discussão de seus sentimentos antes do dia do pagamento.

Com frequência, o reajuste produz reações de raiva e ameaças de abandono. Sua discussão também evidencia as resistências e o movimento transferencial-contratransferencial predominantes naquele momento do tratamento.

Um exemplo ilustrativo ocorreu com Joana, uma moça de 28 anos. Já por ocasião do contrato, quis estabelecer o pagamento de somente oito sessões por mês, alegando que essa era sua programação financeira, apesar de ter boa situação econômica. O pagamento de nove sessões em um mês era alvo de frequentes reclamações e de pro-

postas de alteração do contrato. Envolveu-se com um professor, 40 anos mais velho do que ela, e manteve o relacionamento por alguns meses, expondo-o a situações constrangedoras. Meses depois, envolveu-se com um familiar próximo, também muito mais velho e casado. Tanto o professor como o familiar aceitaram sua proposta de ruptura do contrato social, a proibição do incesto. Por ocasião de um reajuste que concorda ser realista, tenta impor à terapeuta a realização de sete sessões mensais, ameaçando interromper se não for atendida. Há uma proposta de perversão na transferência por meio de uma ruptura do contrato, assim como ela rompia, fora do *setting*, os contratos sociais. Os sentimentos contratransferenciais foram de violento ataque, sinalizando perversão na transferência. Ao não aceitar a proposta de rompimento do contrato, a terapeuta manteve o *setting* e a paciente tranquilizou-se, podendo tratar de sua necessidade de perverter as relações.

As tentativas de ruptura do contrato são valiosas comunicações que podem ajudar a encontrar e reencontrar a sintonia com o paciente, bem como a obter o vértice interpretativo,<sup>14</sup> por vezes, constituem sinalizadores muito precoces do que está ocorrendo na psicoterapia. No interjogo que se estabelece entre paciente e terapeuta, temos, por um lado, um paciente com suas partes psicóticas, perversas, destrutivas da personalidade, que, de modo inconsciente, tenta subverter o contrato, provocando, desafiando, testando o terapeuta; ao mesmo tempo, a parte mais adulta e madura de sua personalidade espera e deseja que o terapeuta não se submeta, não se deixe envolver em um conluio com seus aspectos menos integrados. De outra parte, há um terapeuta que, como objeto transferencial, precisa ser suficientemente capaz de não permitir que seus próprios conflitos

sejam atuados, destruindo sua função psicoterápica. É a atitude mental do terapeuta que constitui a garantia da manutenção do contrato, permitindo a preservação da in-

tegridade do *setting*, e, assim, a ocorrência do processo psicoterápico. O contrato é o guardião do *setting* e o terapeuta, o guardião do contrato.

### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. O contrato é considerado uma parte do processo psicoterápico e abrange muito mais do que combinações formais.
2. No início do tratamento, são estabelecidas as regras referentes a frequência, horários, valores, férias e responsabilidade pelas sessões.
3. A frequência de duas sessões por semana é a mais adequada para uma psicoterapia psicanalítica, sendo que uma sessão semanal é o mínimo para que o processo se realize.
4. Paciente e terapeuta assumem um compromisso mútuo pelo horário das sessões. Faltas e férias em período diferente do combinado exigem um olhar que contemple aspectos objetivos e seus equivalentes subjetivos.
5. Os honorários devem refletir o nível de formação e a experiência do terapeuta. Muitas vezes, acertos entre a dupla tornam-se necessários, desde que o valor combinado seja adequado para ambos.
6. Ao longo do tratamento, as regras acertadas por ocasião do contrato inevitavelmente serão rompidas e precisam ser tratadas como valiosas comunicações do que está acontecendo com a dupla naquele momento.
7. É a atitude mental do terapeuta que constitui a garantia da manutenção do contrato, permitindo a preservação da integridade do *setting* e, assim, a efetivação do processo psicoterápico.

## REFERÊNCIAS

1. Houaiss A. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
2. Zimerman DE. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Freud S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12. p. 149-59.
4. Freud S. Sobre o início do tratamento (novas recomendações aos médicos que exercem a psicanálise I). In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12. p. 164-87.
5. Valério M. O contrato psicoterápico: sua relação com traços de caráter, a transferência e a contratransferência. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 107-20.
6. Meltzer D. O processo psicanalítico: da criança ao adulto. Rio de Janeiro: Imago; 1971.
7. Winnicott DW. Variedades clínicas da transferência. In: Winnicott DW. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1993. p. 483-9.
8. Calich JC. O contrato psicoterápico e suas alterações frente à relação atual. Revista Brasileira de Psicoterapia. 2000;2(3):313-21.
9. Zac de Filc S. Reflexões a respeito do setting no tratamento de adolescentes. Livro Anual de Psicanálise. 2008;22:151-68.
10. Langs R. The technique of psychoanalytic psychotherapy. 3rd ed. New York: J. Aronson; 1976. v. 1.

11. Zaslavsky J, Keidann CE, Dal Zot JS, Cruz JG. O contrato e as interrupções em psicoterapia de orientação analítica: compreensão e manejo. *Rev Bras Psicoter.* 2000;2(2):221-38.
12. Romanowski R, Vollmer Filho G. A regressão no processo analítico: regressão e angústia de separação. In: Annes SP. *Estudos psicanalíticos.* Porto Alegre: S. P. Annes; c1974. p. 69-74.
13. Eizirik CL. O contrato psicoterápico: os aspectos formais e sua relação com a transferência e a contratransferência. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 100-2.
14. Ferro A. *Na sala de análise: emoções, relatos, transformações.* Rio de Janeiro: Imago; 1998.
15. Blanck G, Blanck R. *Psicologia do ego.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
16. Chasseguet-Smirgel J. *As duas árvores do jardim.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
17. Meltzer D. *Sinceridad y otros trabajos: obras escogidas de Donald Meltzer.* Buenos Aires: Spatia; 1997.
18. Racker H. *Estudos sobre técnica psicanalítica.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1982.
19. Abraham K. *Teoria psicanalítica da libido.* Rio de Janeiro: Imago; 1970. p. 167-68, 181.
20. Etchegoyen RH. *Fundamentos da técnica psicanalítica.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
20. Etchegoyen RH. *Fundamentos da técnica psicanalítica.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 46.

# 12

## SETTING PSICOTERÁPICO: NEUTRALIDADE, ABSTINÊNCIA E ANONIMATO

Isaac Pechansky

A abordagem de um tema que pretende discutir aspectos técnicos da relação terapêutica aponta, desde logo, para uma discussão de conceitos diferenciados, mas intimamente relacionados em suas funções e objetivos.

Inicialmente, é preciso entender a importância do *setting* terapêutico, na medida em que é considerado um espaço dinâmico a serviço do bom andamento de toda terapia, na qual se envolvem paciente e terapeuta. É o ambiente que se estabelece a fim de propiciar as melhores condições para a instalação de um bom clima de trabalho.

Greenson,<sup>1</sup> ao mencionar o que a psicanálise exige do ambiente (*setting*) analítico, afirma que

[...] o termo se refere à estrutura física e aos procedimentos de rotina da prática psicanalítica que constituem parte integrante do processo de ser analisado [...] e que realmente facilitam e aumentam bastante o aparecimento de todas as diferentes reações transferenciais.

Mesmo sendo considerações referentes à prática psicanalítica, pode-se deduzir

que também é válido pensar que muito do que se depreende daí é passível de ser aplicado ao ambiente psicoterápico. É preciso levar em consideração que, sob o ponto de vista tanto da técnica como dos objetivos a serem atingidos, existem diferenças que demarcam os limites entre ambas as terapias. Para a maioria dos autores, a diferença fundamental está no trabalho de desenvolver a “neurose de transferência”, e, por isso, um *setting* específico exerce papel fundamental. É o que propõe Greenson ao estudar o ambiente analítico do ponto de vista dos elementos que favorecem a neurose de transferência e daqueles que facilitam a aliança de trabalho. Meu objetivo não é propor uma discussão em torno de diferenças entre as duas terapias, mas, dentro do possível, delimitar os espaços aplicáveis ao *setting* psicoterápico, a partir do *setting* analítico.

Qualquer proposta de um trabalho sobre neutralidade, abstinência e anonimato em um *setting* psicoterápico de orientação analítica terá sempre como ponto de partida fontes bibliográficas

da área psicanalítica, para somente a partir daí buscar sua aplicação em outras formas de psicoterapia. O que se pretende é uma discussão sobre a controvertida atitude neutra do terapeuta, bem como sobre sua relação com a abstinência e o anonimato, condições intimamente vinculadas à neutralidade.

## NEUTRALIDADE

O assunto, embora objeto de preocupações por parte dos precursores da psicanálise desde Freud, ainda não perdeu sua atualidade. Estudos contemporâneos vêm destacando, cada vez mais, a importância do clima que se cria no campo terapêutico gerado pela dupla paciente-terapeuta.

Não se trata de algo novo, pois o surgimento do clima referido é um fenômeno natural e espontâneo que emerge no transcurso de toda relação terapêutica, em nível e intensidade variáveis, sempre como resultado das múltiplas e constantes inter-relações da transferência com a contratransferência. A questão primordial está no fato de o terapeuta poder identificar e acompanhar os movimentos que se instalam de forma gradativa no processo, produto de todas as manifestações que partem tanto do paciente quanto dele próprio. É preciso levar em consideração que boa parte dessas manifestações provém de fontes inconscientes e, por isso, nem sempre fáceis de perceber. A dupla assim formada, um no empenho de encontrar alívio para suas angústias, e o outro na tarefa de aliviá-las, inicia uma trajetória marcada pela mobilização de propósitos definidos, desejos, sentimentos e fantasias e que pode conduzir para caminhos nem sempre previsíveis. Se isso é válido para o tratamento psicanalítico, não é menos verdade que tais

considerações também se aplicam à terapia de orientação analítica.

Tratando-se de uma discussão que tem por objetivo central a figura do terapeuta, é preciso considerar os inúmeros fatores capazes de perturbar seu bom desempenho técnico. Parte-se sempre do pressuposto de que o terapeuta tem, em sua bagagem, uma boa formação profissional e está perfeitamente identificado e comprometido com atividades tão envolventes como são as terapias que lidam com problemas emocionais. Espera-se que ele possa estar suficientemente liberado dos entraves que afetam e prejudicam qualquer tipo de relacionamento humano.

Nunca será demais afirmar que aquilo que promove mudança eficaz e atitudes técnicas adequadas no terapeuta não resulta apenas do conhecimento intelectual adquirido em cursos e seminários, e sim da estruturação de sua personalidade prévia com traços caracterológicos predominantes, ou das alterações profundas ocorridas no transcurso de sua análise pessoal.

Freud, ao propor a análise pessoal para todo aquele que pretendesse praticar a psicanálise, partia de uma expectativa otimista, acreditando que, assim, o terapeuta ficaria liberado de qualquer influência negativa que pudesse exercer no curso do processo terapêutico. Afora isso, é bom lembrar que não se pode propor um modelo único para a formação de um terapeuta sem considerar as características pessoais de cada um. Sabe-se que determinados tipos de pacientes não se “encaixam” bem com certos tipos de terapeutas, adaptando-se melhor a outros. É preciso reconhecer que a recíproca é verdadeira. Fatores conscientes e muitos outros inconscientes determinam ligações favoráveis e produtivas, em um verdadeiro processo de empatia.

Vamos lembrar o que disse Freud em seu trabalho de 1912, intitulado *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*:<sup>2</sup>

As regras técnicas que estou apresentando aqui alcancei-as por minha própria experiência, no decurso de muitos anos, após resultados pouco afortunados me haverem levado a abandonar outros métodos.

Com isso, queria afirmar que a técnica recomendada era a que melhor se adaptava a sua personalidade individual. Mais adiante, defende:

[...] não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa ver-se levado a adotar atitude diferente em relação a seu paciente e à tarefa que se lhe apresenta.

Freud, como se sabe, ocupou-se muito com esse problema em vários de seus trabalhos, embora jamais tenha utilizado o termo “neutralidade”, expressão que a tradução inglesa usou em lugar de *indifferenz*. Neutralidade, que vem de raiz latina, significando “nem um, nem outro”, não implica, necessariamente, conduta indiferente, de frieza ou de ausência de sentimentos por parte do terapeuta. O que Freud<sup>2</sup> pretendia, na comparação que fez com a atividade médica do cirurgião, era mostrar que este põe de lado todos os sentimentos, até mesmo de solidariedade humana, e concentra suas forças mentais no objetivo único de realizar a operação tão completamente quanto possível.

Apesar de não insistir em recomendar que se tome o cirurgião como modelo durante o tratamento psicanalítico, ele mesmo afirma em outro momento:

[...] a justificativa para exigir esta frieza [*indifferenz*] emocional do analista

é que se criam condições mais vantajosas para ambas as partes: para o médico, uma proteção desejável para sua própria vida emocional, e, para o paciente, maior auxílio que lhe podemos dar.<sup>2</sup>

Ao longo dos anos, os textos sobre técnica (ou sobre teoria da técnica) referem-se ao tema da neutralidade com regular frequência, mas nem sempre utilizam a expressão de forma explícita. Afora isso, o que se constata, às vezes, é uma discordância entre os autores, com opiniões que oscilam entre os que consideram sua presença indispensável a todo processo terapêutico e os que veem a neutralidade como algo inatingível, com o que não concordo, a não ser que queiram pensar em uma neutralidade absoluta, esta, sim, inatingível.

É preciso considerar que neutralidade absoluta não passa de mera abstração, algo como um ideal a ser desejado, mas jamais atingido. O problema é que, em algumas situações, ocorrem manifestações espontâneas, aparentemente inexpressivas, por parte do terapeuta, como um movimento na poltrona, um suspiro, uma expressão facial, um tom de voz, um sorriso, as quais podem revelar um estado de ânimo, uma desaprovação, um ajuizamento crítico, uma demonstração de afeto, porque, afinal, neutralidade não significa rigidez de comportamento. Gill<sup>3</sup> faz, nesse sentido, uma contribuição importante:

Neutralidade não significa que o analista seja um pedaço de madeira sem espontaneidade. Não significa que ele não possa rir de uma piada, ou fazer uma, ou mostrar irritação, ou ter lágrimas nos olhos quando o paciente relata uma situação comovente. Essa neutralidade não está em contradição com um sentimento de benevolência

amistosa do analista em relação ao seu paciente.

Entretanto, o cuidado excessivo em evitar essas formas espontâneas e reveladoras dos sentimentos do terapeuta (para muitos consideradas respostas contratransferenciais) pode levá-lo a tomar uma atitude defensiva, com um comportamento controlado, de aparente frieza, por se sentir ameaçado em sua neutralidade. Na verdade, estamos diante de uma “neutralidade” forçada e reativa, como que a policial possíveis expressões afetivas do terapeuta, temeroso de que, com isso, revele um envolvimento emocional mais comprometedor com seu paciente.

Da constatação de toda a complexidade que envolve a questão da neutralidade resulta que nem sempre é fácil encontrar uma definição que contemple toda a diversidade de situações que ocorrem no transcurso do processo terapêutico. Entre os muitos autores que se propuseram a conceituar ou descrever o que é ser neutro, Laplanche e Pontalis<sup>4</sup> buscaram uma definição que pretenda ser abrangente no sentido de uma recomendação técnica, como uma função do analista, mas deixaram em aberto algumas questões que serão discutidas adiante. Referem eles no verbete do *Vocabulário da psicanálise*:<sup>4</sup>

Uma das qualidades que definem a atitude do analista no tratamento. O analista deve ser neutro quanto aos valores religiosos, morais e sociais, isto é, não dirigir o tratamento em função de um ideal qualquer e abster-se de qualquer conselho; neutro quanto às manifestações transferenciais, o que se exprime habitualmente pela fórmula “não entrar no jogo do paciente”; por fim, neutro quanto ao discurso do analisando, isto é, não privilegiar *a priori*, em função de preconceitos teó-

ricos, um determinado fragmento ou um determinado tipo de significações.

Acrescentam eles, mais adiante, que

[...] a exigência de neutralidade é estritamente relativa ao tratamento: constitui uma recomendação técnica [...], a neutralidade não qualifica a pessoa real do analista, mas a sua função.

Entendida a neutralidade como uma função do terapeuta na condução do tratamento, é de se prever que possa haver diferenças em suas atitudes, mas que estas serão ditadas pelas peculiaridades de cada terapia, ou seja, pelos objetivos a serem atingidos, pela forma de envolvimento que pode surgir no trato da transferência, pela individualidade do próprio terapeuta, pelo tipo de paciente que se apresenta a partir do diagnóstico de seus distúrbios, enfim, por um sem-número de variantes que modelam o formato do próprio tratamento.

Considero que a neutralidade é, acima de tudo, uma postura do terapeuta, uma forma de conduta que inclui um comportamento amistoso, ético, tolerante e benevolente e a capacidade de suportar frustrações.

Muitas vezes, na tentativa de melhor compreender as manifestações de seu paciente, ele pode ser levado a tomar atitudes que ultrapassam certos limites, como respostas emocionais de agrado ou desagrado, elogios, referências a interesses particulares, gosto estético e até mesmo confissões de certas intimidades, como uma espécie de “dar-se a conhecer”.

Considerando que, no trabalho cotidiano, estamos, a todo momento, sendo postos à prova pelas variadas formas de manifestações transferenciais, a manuten-

ção da neutralidade nem sempre se torna tarefa fácil. Destaco aqui um possível confronto que pode surgir e que diz respeito aos valores do paciente nem sempre coincidentes com os do terapeuta. O bom prosseguimento da terapia depende, e muito, de um adequado manejo e sem comprometimento com formulações preconceituosas, pois a ameaça de cairmos na tentação de projetar algumas das peculiaridades de nossa própria personalidade está sempre nos rondando.

Como assinalei em um trabalho anterior,

[...] o terapeuta, como qualquer indivíduo, assume posições diante da vida, emitindo opiniões, expressando sentimentos, mostrando-se por meio de conceitos de toda ordem no terreno da ética, da moral, da política, da religião e de tudo o mais que diz respeito aos seus interesses particulares. Sua história pessoal revela qualidades, defeitos, gostos, preferências e aversões. Assim sendo, não pode ser considerado neutro na sua essência, como se isso fosse um atributo de sua personalidade.<sup>5</sup>

Em contrapartida, Freud, no importante trabalho de 1915,<sup>6</sup> *Observações sobre o amor transferencial*, afirma:

A experiência de se deixar levar por sentimentos ternos em relação ao paciente não é inteiramente sem perigo [...], nosso controle sobre nós mesmos não é tão completo que não possamos subitamente, um dia, ir mais além do que havíamos pretendido.

Continua Freud:<sup>6</sup>

Em minha opinião, não devemos abandonar a neutralidade para com o paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência.

Sob essa perspectiva, partindo-se do pressuposto de que todo terapeu-

ta está sempre atento às suas respostas emocionais, ficaria, assim, assegurada a manutenção do *setting* e da neutralidade, sendo ele, em princípio, seu verdadeiro guardião. É sabido que, em alguns casos, os pacientes se empenham, movidos por defesas inconscientes nem sempre controladas, em obstaculizar o andamento da terapia, até mesmo com tendência a perverter a relação.

E aqui podemos chegar a um dos pontos mais críticos de qualquer terapia psicológica: as necessidades narcísicas do terapeuta. Essas necessidades podem ser mobilizadas na busca de outras formas de gratificações que atendam, inclusive, ao próprio paciente.

A experiência tem mostrado que conflitos de toda ordem podem ser revividos na relação com o terapeuta, criando formas transferenciais as mais diversas. Se estas não forem devidamente entendidas, podem levar o terapeuta a confundir “amor de transferência” com “amor de verdade”, fazendo ressonância com seus próprios conflitos mal resolvidos. No momento em que ele transfere para o campo terapêutico seus próprios problemas, não fica difícil prever os rumos, muitas vezes bastante constrangedores, a que a dupla é levada, envolvida em um verdadeiro conluio. É de se esperar, então, que o terapeuta perceba o que está ocorrendo, inclusive a partir da contratransferência, para poder manejar tais situações de forma adequada e no devido tempo, pois ninguém está totalmente imune às manifestações que elevam a autoestima. O importante é ele poder discriminar bem entre sentimentos contratransferenciais e conflitos mal resolvidos, capazes de gerar “pontos cegos”.

Eizirik<sup>7</sup> faz uma ampla revisão sobre o tema da neutralidade, com base na con-

tribuição de muitos autores, desde Freud, levando sempre em consideração a evolução dos conceitos analíticos ao longo do tempo, bem como as alterações que sofrem determinados termos conforme o autor e seu referencial teórico. A partir daí, busca, em uma tentativa de síntese, uma descrição abrangente da complexidade do conceito de neutralidade, afirmando que:

A neutralidade analítica é a posição, tanto comportamental quanto emocional, a partir da qual o analista, em sua relação com o paciente, observa, sem perder a necessária empatia, mantendo uma certa distância possível em relação:

1. ao material do paciente e à sua transferência;
2. à contratransferência e à sua própria personalidade;
3. aos seus próprios valores;
4. às expectativas e pressões do meio externo;
5. à(s) teoria(s) psicanalítica(s).

Faz considerações sobre cada um dos cinco itens, não antes de afirmar que “uma certa distância possível” é uma expressão propositalmente ambígua, pois a *distância* é necessária, mas também é relativa; com o *possível*, pretende enfatizar que, “estamos tratando de uma posição constantemente ameaçada por influências internas e externas, e que tentamos manter dentro das possibilidades”.<sup>7</sup>

Nessas considerações, Eizirik nos alerta para a multiplicidade de variantes que entram na configuração da neutralidade, verdadeira equação composta de fatores a todo instante mutáveis, provenientes ora do paciente, ora do próprio terapeuta.

Cabe, ainda, uma palavra sobre contratransferência, essa reação inquietante e imprevisível que nos acompanha como verdadeiro “cão de guarda”, a mostrar co-

mo e por onde andamos nessa árdua tarefa de curar. Considerando todas as circunstâncias anteriormente mencionadas, como entender os sentimentos que emergem no interior do terapeuta: como um instrumento a favor de um melhor entendimento do material que surge ou como um impedimento para essa compreensão? Ou, ainda, o que é mais preocupante: trata-se mesmo de contratransferência? A esse respeito, Paula Heimann, citada por R.D. Hinshelwood,<sup>8</sup> chamou atenção para o aspecto da contratransferência, que constitui uma reação específica ao paciente, distinguindo-a da intrusão da neurose e da transferência neurótica do próprio analista no trabalho analítico. Nem sempre é fácil obter uma resposta para essas perguntas, mas, quaisquer que elas sejam, o terapeuta deve tomar consciência do que está se passando. Se essa tarefa se torna difícil, e ele não consegue resolver o enigma, o melhor que tem a fazer é procurar ajuda.

Se o terapeuta não se propõe a uma revisão adequada, está menosprezando aspectos importantes da técnica e, com isso, corre o risco de se comprometer com atitudes que podem ferir princípios éticos básicos. Perde, assim, a possibilidade de resgatar os reais objetivos terapêuticos assumidos com seu paciente, atirando no esquecimento recomendações feitas já a partir de Freud.

## **SOBRE A ABSTINÊNCIA**

Em contraposição à ideia defendida por alguns autores de que não se pode frustrar em demasia os pacientes que buscam tratamento psicológico, e sim, de certa forma, gratificá-los, creio que aqui estamos entrando em um terreno escorregadio, pois agora teremos de nos defrontar com a

controvertida regra de abstinência. Se não encontramos aquele espaço intermediário neutro, “nem tanto além, nem tanto aquém”, podemos correr o risco de cair na falsa concepção de que, assim procedendo, ou seja, não frustrando, mas gratificando, estamos favorecendo a descontração de nosso paciente, na tentativa de afrouxar suas resistências. É possível, dentro de certos limites, atingir esse objetivo, mas há sempre a possibilidade de estarmos reforçando defesas em consequência de excessiva liberalidade, com duvidosas concessões.

Laplanche e Pontalis<sup>4</sup> assim conceituam a abstinência:

Princípio segundo o qual o tratamento analítico deve ser conduzido de tal modo que o paciente encontre o menos possível de satisfações substitutivas para os seus sintomas. Implica para o analista a regra de se recusar a satisfazer os pedidos do paciente e a desempenhar efetivamente os papéis que este tende a impor-lhe. O princípio de abstinência pode, em certos casos e em certos momentos do tratamento, especificar-se em indicações relativas a comportamentos repetitivos do indivíduo que dificultam o trabalho de rememoração e de elaboração.

Entendo ser essa uma definição de abstinência que privilegia, basicamente, a conduta do terapeuta na manutenção do *setting*, inserindo-o na condição abrangente de neutralidade e, dessa forma, considerando-o responsável pela condução do processo terapêutico. Para os autores,<sup>4</sup> a noção de abstinência está implicitamente ligada ao próprio princípio do método analítico, enquanto este faz da interpretação o seu ato fundamental, em lugar de satisfazer as exigências libidinais do paciente.

Ao considerar o problema da abstinência, é preciso levar em consideração que não se pode exigir que todo terapeuta siga um mesmo modelo de comportamento, independentemente de suas características pessoais, obedecendo de forma rígida àquilo que se preconizaria como uma “boa técnica”.

Boa técnica é aquela que se adapta melhor à individualidade de cada um, sem que, com isso, transgrida princípios elementares da neutralidade, como a interferência dos valores próprios do terapeuta, atuando no campo terapêutico, como assinalado anteriormente. Em contrapartida, não se pode padronizar para todos os pacientes a aplicação da “regra da abstinência”, assunto já discutido por Freud e Ferenczi, que, no entanto, nem sempre concordam em seus enunciados. A discussão sobre se a regra se aplica ao paciente ou ao terapeuta requer alguma reflexão. No que se refere ao paciente, seria prudente sua aplicação em circunstâncias muito especiais, por exemplo, em atuações repetitivas que podem colocar em risco a própria vida do paciente, como uso abusivo de drogas e comportamento sexual promíscuo. Obviamente, não se pode exigir que o paciente se abstenha de certas gratificações, com a finalidade de criar um clima de frustrações que venham a favorecer, na transferência, a análise de seus conflitos. Era o que preconizava Ferenczi, ao aplicar a regra da abstinência para certos casos, com o intuito de afastar as satisfações substitutivas encontradas pelo paciente no tratamento e fora dele.

Freud se deteve mais em discutir a abstinência aplicada ao terapeuta, embora aprovasse, em seus princípios, as medidas propostas por Ferenczi. Em seu trabalho de 1919, *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*,<sup>9</sup> justificava o emprego da abstinência, afirmando:

Por muito cruel que isso possa parecer, devemos fazer o possível para que o sofrimento do doente não desapareça prematuramente de modo acentuado. Quando esse sofrimento se atenua, porque os sintomas se desagregaram e perderam o seu valor, somos obrigados a recriá-lo noutra forma sob a forma de uma privação penosa [...], contudo, não é bom deixar que [as privações] se tornem excessivas.

Pode-se depreender, então, que existe, na realidade, um interesse em distinguir, por um lado, a abstinência como uma regra que se impõe ao terapeuta, como consequência de sua neutralidade, e, por outro, medidas impostas ao paciente para que se mantenha em certo grau de abstinência.

Para Greenson,<sup>1</sup> a regra de abstinência foi mal interpretada e mal-entendida e acabou significando que o paciente estava proibido de usufruir qualquer gratificação instintual durante a análise. O autor faz algumas considerações a propósito da conduta do terapeuta. Refere:

[...] os analistas que se comportam com uma calorosidade constante e direta e com compreensividade emocional vão descobrir que seus pacientes tendem a reagir com uma prolongada transferência, submissa e positiva.

E ainda:

[...] as gratificações transferenciais recebidas de seus analistas bondosos prolongam sua dependência destes estímulos de satisfação e fazem com que os pacientes reprimam a transferência negativa.

E afirma adiante:

Por outro lado, analistas que tendem a ser distantes e ásperos vão muitas vezes descobrir que seus pacientes, rá-

pidam e firmemente, criam uma reação transferencial hostil e negativa.

Tudo isso nos leva a considerar, mais uma vez, a multiplicidade de situações às quais o terapeuta fica exposto na condução do processo terapêutico e na constante forma de agir, buscando a dosagem adequada na aplicação da regra da abstinência.

Novamente, defrontamo-nos com o problema tantas vezes discutido e sempre controverso: aquilo que se aplica ao tratamento psicanalítico é também válido para a terapia de orientação analítica? Teoricamente, sim, mas, na prática, nem sempre.

Tendo em vista os limites da relação que se estabelece na psicoterapia, sem aquele aprofundamento proposto pela terapia psicanalítica, que prioriza o estabelecimento da neurose de transferência, o bom senso recomenda mais liberalidade na primeira e menos concessões na segunda. Tratando-se de assunto polêmico, é bom referir que, em qualquer das circunstâncias, recomenda-se a adoção de comportamento que permita flexibilidade com a modulação de atitudes, levando-se em consideração as múltiplas situações imprevistas que podem ocorrer em ambas as terapias. Essa flexibilidade é sempre possível, desde que o terapeuta não se viole, comprometendo os princípios básicos daquilo que se espera de uma conduta neutra.

## **SOBRE O ANONIMATO**

Outro aspecto que se insere, inquestionavelmente, no problema da manutenção da neutralidade dentro do *setting* psicoterapêutico e que é considerado um de seus

importantes componentes refere-se ao anonimato, tantas vezes preconizado, mas impossível de ser mantido. O contato quase diário, em um ambiente todo pertencente ao terapeuta, sua maneira de vestir-se, o gosto por determinado tipo de decoração, inclusive sua maneira de falar, já podem servir de indícios que revelam alguns aspectos de sua personalidade. Além disso, o eventual contato que o paciente pode vir a ter com ele no convívio social, profissional, cultural ou mesmo institucional passa a ser uma fonte indicadora de sua vida pessoal. Não é possível mantê-lo no anonimato, mesmo porque muitas dessas informações são involuntariamente fornecidas por terceiros. Porém, trata-se de circunstâncias alheias à vontade do terapeuta e com as quais ele, como qualquer indivíduo, tem de conviver. Isso em nada depõe contra sua condição de psicoterapeuta, muitas vezes visto com aquela imagem caricata de pessoa estranha, de quem ninguém pode se acercar, pela ameaça de ser “interpretado”.

Na busca de soluções para seus problemas, via de regra, o paciente espera ver na figura do terapeuta alguém que lhe sirva de modelo, na expectativa de encontrar novos rumos para sua vida. À medida que o tratamento avança, em função dessa expectativa, o paciente começa a manifestar curiosidades de toda natureza, para poder se espelhar nessa imagem necessariamente idealizada. O mais importante, acima de tudo, é a maneira como o terapeuta se comporta, mantendo sua vida pessoal dentro do sigilo possível, sem compartilhar com o paciente problemas particulares, não obstante o assédio ansioso a que se vê exposto em determinadas circunstâncias. É preciso entender que essa curiosidade pode estar a serviço da necessidade de manter certo controle no *setting*, na tentativa de dimi-

nuir diferenças, reforçando, com isso, as próprias defesas.

Se, por um lado, o terapeuta não pode se esconder por detrás de uma máscara, na ilusão de se manter oculto à curiosidade do paciente, por outro, a manutenção do adequado anonimato só trará benefícios ao prosseguimento do processo, porque assim o paciente terá a oportunidade de manifestar fantasias que o ajudarão a compreender muitos de seus conflitos.

Nos dizeres de Greenson,<sup>1</sup>

[...] quanto menos o paciente sabe realmente sobre o analista, tanto mais fácil lhe será preencher os espaços vazios com suas próprias fantasias. Além disso, quanto menos o paciente souber realmente sobre o analista, tanto mais fácil será para o analista convencer o paciente de que suas reações são deslocamentos e projeções.

Em se tratando de psicoterapia de orientação analítica, a perda do anonimato, na medida em que pode interferir na necessária neutralidade, transforma o *setting* em um ambiente que dificulta a utilização de interpretações transferenciais, quando isso se fizer necessário.

Para de la Torre,<sup>10</sup> o anonimato deve ser considerado sob duas perspectivas: a do paciente e a do terapeuta. Entendo que, em qualquer das situações, o terapeuta precisa ter sempre presente o fato de que se dar a conhecer, sob qualquer uma das perspectivas, deve ser aproveitado para explorar a origem e a função das fantasias do paciente. Não se trata de informar para que ele venha a ter conhecimento sobre a pessoa do terapeuta, mas de tirar disso algum proveito no confronto que se estabelece entre reali-

dade e fantasia. A resposta imediata a uma pergunta pode obliterar sentimentos e fantasias que subjazem à pergunta; penetrar nesse espaço oculto é muito mais vantajoso do que simplesmente responder.

Nas considerações que Dal Zot<sup>11</sup> faz sobre a questão do anonimato, ao destacar a variedade de indícios reveladores da identidade do terapeuta, resultante do contato cotidiano com seu paciente, ela está de acordo com Langs,<sup>12</sup> quando este afirma que “o anonimato total é tanto impossível quanto absurdo”. Entretanto, continua Langs:

[...] a percepção de que o anonimato total não pode ser conseguido tem levado muitos terapeutas a ignorar o anonimato relativo e desenvolver justificativas fracas para seu envolvimento em autorrevelações deliberadas que vão além do mínimo inevitável.

Para esse autor, em qualquer psicoterapia vamos encontrar,

[...] em uma extremidade, autorrevelações que são inevitáveis, humanamente necessárias e que não interferem na relação e na experiência terapêutica e, na outra extremidade, uma multiplicidade de autorrevelações deliberadas que perturbam claramente o ambiente terapêutico ideal e a relação entre o paciente e o terapeuta.

É perfeitamente admissível que o paciente queira ter algum tipo de conhecimento a respeito do seu terapeuta, em relação à vida profissional, social ou cultural. A relação bipessoal continuada desperta essa necessidade, como foi destacado, a qual vai muito além do conhecimento formal de um nome que foi indicado. O problema se cria quando essa curiosidade, até certo ponto natural, pretende invadir a vida ínti-

ma do terapeuta, na tentativa de aliviar angústias geradas, com frequência, por sentimentos de exclusão e abandono. A forma de intervir do terapeuta serve de indicador do quanto ele compreende o que está se passando, podendo, assim, levar adiante o tratamento, mas com a atenção sempre voltada para os riscos que podem comprometer sua relação com o paciente.

Se é importante compreender os motivos dessa curiosidade, não é menos importante pesquisar os motivos que levam muitos pacientes a manifestar total indiferença pela vida do terapeuta. São frequentes manifestações do tipo “vim aqui para me tratar, e não para falar da sua pessoa” ou “não sei por que tenho de falar sobre o que senti ao vê-lo com a família no restaurante... nada tenho a ver com sua vida particular”. A persistência, muitas vezes excessiva, em inquirir sobre essa atitude de negação pode ser gerada por inquietações narcísicas do próprio terapeuta, ao não se sentir suficientemente valorizado pelo paciente.

Nem sempre é fácil atingir a medida adequada da manutenção do anonimato. Não é recomendável, por exemplo, aquela postura rígida de nada informar, na pretensão de manter o *setting* em uma falsa assepsia e, assim, evitar contaminações. Porém, é preciso ficar atento para o outro extremo, ou seja, para aquela ilusória liberalidade de muito informar, com o objetivo de tornar a relação terapêutica descontraída, amigável, social, comprometendo, assim, o mínimo que se espera de uma conduta neutra. Ambas as posturas parecem tratar-se de comportamentos defensivos por parte do terapeuta, na medida em que ele se defronta com dificuldades para suportar as frequentes tensões emergentes no ambiente terapêutico.

## SOBRE A MUDANÇA DO SETTING

---

Na caracterização do *setting*, sempre se considerou a neutralidade, a abstinência e o anonimato como integrantes essenciais para sua manutenção e fundamentais na preservação e na continuidade do processo terapêutico. Ao mesmo tempo, é necessário que se faça uma abordagem sobre os limites e os critérios a serem adotados para que o terapeuta possa se situar no espaço psicoterápico ou psicanalítico. Nem sempre tem sido fácil estabelecer as fronteiras que separam um do outro. São tantas as circunstâncias e os imprevistos que ocorrem no transcurso de ambas as terapias, ora dependentes do paciente, ora do terapeuta, ou mesmo da dupla, que, às vezes, se torna necessária a transposição de um *setting* estabelecido para outro ambiente. Um bom exemplo surge na eventualidade de um atendimento hospitalar, resultado de uma intercorrência qualquer. O terapeuta, nessa situação, abandona seu hábitat natural para exercer sua tarefa em um local em nada semelhante ao que ambos estão acostumados. É possível imaginar outras possibilidades de alteração do *setting*, o que nos leva, de imediato, à pergunta: modificam-se também os critérios de neutralidade?

Os critérios que caracterizam a neutralidade não se alteram; o que se requer é uma adequação precisa no comportamento do terapeuta toda vez que mudanças dessa natureza, ou de outras, se fazem necessárias. A experiência clínica tem mostrado que toda e qualquer mudança de *setting* é prontamente acusada pelo paciente, que se vê, de repente, às voltas com um ritmo ou com situações para as quais não está preparado. O percurso de toda terapia condiciona o paciente a determinados hábitos, ajudando-o, inclusive, a manter-se em um

ambiente que facilita a organização de suas defesas. São naturais as reações de angústia, algumas vezes com matizes paranoias, capazes de mobilizar fantasias inquietantes. Em quaisquer das circunstâncias, o terapeuta deve tentar criar o ambiente mais favorável para a continuidade do bom ritmo do tratamento, e cabe a ele a manutenção desse ritmos, a partir de recursos que resultam, é preciso reafirmar, de sua formação pessoal.

Até agora, sempre se privilegiou o terapeuta na condução do tratamento em determinado *setting*. E fora do ambiente terapêutico, na condição de cidadão comum, como se conduzir em relação a seus pacientes? Segundo quais regras e princípios? Sabidamente, o cidadão comum não é neutro por natureza; portanto, está comprometido com as injunções da vida, nas múltiplas formas de relacionamento que mantém em seu cotidiano, deixando descoberto traços de seu caráter, com todas as configurações de sua personalidade. Não creio que existam regras e regulamentos definitivos capazes de determinar o comportamento de um terapeuta fora do tratamento. São tantos os encontros fortuitos, muitas vezes inevitáveis, que pretender formalizar uma conduta poderia tornar constrangedores e artificiais tais encontros.

Não se envolver com seu paciente é uma recomendação elementar, e, nesse sentido, o terapeuta sabe, ou deveria saber, a quem pode e a quem não pode tratar. Vale lembrar o alerta de Freud, quando dizia que, para não se perder um amigo, não se deve tratar sua mulher. Manter-se neutro, portanto, sem se envolver com um paciente, não implica ignorar sua existência, o que levaria, nesse caso, a situações que poderiam até ser entendidas como falta de cortesia. Mais uma vez, estaríamos diante de uma atitude defensiva por parte do terapeuta, preocupado com a possibilidade de

revelar alguma peculiaridade que viesse a comprometer seu ofício.

Se é defensável a ideia de não transportar para dentro do ambiente terapêutico a vida pessoal do terapeuta, além daqueles limites referidos na questão do anonimato, por outra parte não é recomendável transportar para fora o clima que emerge da relação transferência-contratransferência. Em ambas as situações, haverá sempre prejuízo, em consequência da confusão de papéis que pode se instalar na relação terapêutica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de não ter sido feita uma revisão bibliográfica exaustiva sobre o assunto, sempre foi possível constatar, nos autores consultados, um questionamento e muitas dúvidas quanto à caracterização da neutralidade. Estão todos de acordo ao afirmar que se trata de uma função a ser exercida pelo terapeuta, e não de uma qualidade inerente a sua personalidade. E mais ainda: defendem uma flexibilidade dessa função, adequando-a a cada situação específica, a cada caso em particular e à individualidade de cada terapeuta, como já preconizava Freud. Somente a continuidade do trabalho psicoterápico, com a experiência que vai sendo adquirida, é que dará informações esclarecedoras sobre se estamos exercendo adequadamente a função neutra.

Quando nos referimos a *setting* terapêutico, somos sempre levados a considerar as funções que devem ser atribuídas ao terapeuta, comprometido com a tarefa de investigar e tratar, para somente então podermos compreender, realmente, a função primordial da neutralidade. O esforço revelado no sentido de melhor caracteri-

zar a condição de “ser neutro”, por meio de seus diversos componentes, mostra o quanto nos defrontamos com sua inquietante imprecisão, toda vez que buscamos sua aplicação na prática clínica. São tantas as variantes, tantos os “acidentes de trabalho”, que isso exige de todo terapeuta uma vigilância constante para não cair nas armadilhas da transferência, bem como nos percalços da contratransferência.

Quero ressaltar, mais uma vez, a importância da personalidade do terapeuta na condução de qualquer processo psicoterapêutico. Os mais diversos autores não pouparam palavras para colocar em relevo o quanto é necessário o terapeuta conhecer bem seu modo de funcionamento mental, a fim de não permitir interferências danosas no relacionamento com seu paciente.

Sobre isso, retiro do trabalho de Greenson<sup>1</sup> algumas afirmações, embora sejam considerações que se referem, explicitamente, à psicanálise:

As aptidões que a situação psicanalítica exige do psicanalista resultam não só da sua formação analítica como também da sua personalidade e caráter, i.e., temperamento, sensibilidade, atitudes, hábitos, valores e inteligência. Ninguém nasce psicanalista e ninguém pode virar psicanalista de repente, por mais talento e dotes que tenha a pessoa. A situação analítica faz exigências emocionais tão fortes sobre o psicanalista que, a menos que o talento seja escorado por uma estrutura de caráter analisado, esse talento não vai poder durar. O distanciamento, o autoritarismo, a frieza, a extravagância, a complacência e a rigidez não pertencem à situação analítica.

Mesmo que Greenson se refira, de modo específico, à personalidade e ao caráter do psicanalista, eu estenderia essas considerações para qualquer terapeuta. Tra-

tando-se de expectativas criadas em relação à personalidade e ao caráter, não há por que distinguir um do outro, psicanalista ou psicoterapeuta. Seria absurdo afirmar que um paciente submetido a tratamento psicanalítico merece mais que um outro que busca resolver seus problemas com psicoterapia, mesmo sabendo-se que, neste último caso, os objetivos terapêuticos propostos são mais modestos. Em meu entender, essa falsa conceitualização de valores leva muitos psicanalistas a assumir uma posição de superioridade narcísica, enquanto bons psicoterapeutas não se sentem valorizados o suficiente. É, portanto, perfeitamente lícito pensar nas implicações éticas e morais que decorrem de toda a complexidade que envolve a personalidade de um terapeuta e em suas repercussões sobre qualquer paciente.

Uma consideração, ainda, sobre o “poder” que se atribui ao terapeuta, em decorrência da situação de desigualdade e dependência na qual se encontra o paciente: colocado em um ambiente que não é o seu, na espera ansiosa de ver resolvidos seus problemas, submete-se às regras impostas pelo tratamento, sentindo-se, muitas vezes, humilhado ao ter de revelar segredos até então inconfessáveis.

Freud,<sup>6</sup> em um dos últimos artigos sobre técnica, transmite, em meu entender, de forma contundente, um legado aos futuros terapeutas:

Recusamo-nos, da maneira mais enfática, a transformar um paciente, que se coloca em nossas mãos em busca de auxílio, em nossa propriedade privada, a decidir por ele o seu destino, a impor-lhe os nossos próprios ideais e, com orgulho de um Criador, a formá-lo à nossa própria imagem e verificar que isso é bom.

E, assim, na tentativa constante de compreender tudo o que é dito e, muitas vezes, o que deixa de ser dito, o dia a dia da atividade psicoterápica é sempre repleto de aparentes contradições. Nesse cenário de acontecimentos eloquentes e silenciosos, frequentado por dois personagens que se multiplicam no desempenho de funções enriquecidas por fantasias e expectativas que se deslocam no tempo e no espaço, transita um terapeuta que precisa ser neutro; caso contrário, as contradições deixam de ser apenas aparentes. A partir daí, o rumo que pode tomar o tratamento é incerto e duvidoso, comprometendo a ambos, paciente e terapeuta.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. *Setting* terapêutico é o espaço dinâmico a serviço do bom andamento de toda terapia, no qual se envolvem paciente e terapeuta.
2. É o ambiente, espaço físico, que se estabelece a fim de proporcionar condições que favoreçam a instalação de um bom clima de trabalho.
3. O clima referido é um fenômeno natural e espontâneo que emerge no transcurso de toda relação terapêutica, como resultado das múltiplas e constantes inter-relações da transferência com a contratransferência.
4. Tratando-se de uma discussão que tem por objetivo central a figura do terapeuta, é preciso considerar os inúmeros fatores que podem interferir em seu bom desempenho técnico.
5. O que se espera é que o *setting* possa estar suficientemente liberado dos entraves que prejudicam e afetam qualquer tipo de relacionamento humano.

6. Para tanto, a neutralidade é uma condição básica para o bom desempenho de sua função terapêutica.
7. A exigência de neutralidade é estritamente relativa ao tratamento: constitui uma recomendação técnica; a neutralidade não qualifica a pessoa real do terapeuta, mas a sua função.
8. A ideia defendida por alguns autores de que não se pode frustrar em demasia os paciente que buscam tratamento psicológico, mas de certa forma gratificá-los, confronta-nos com a controversa "regra da abstinência".
9. Se não encontrarmos aquele espaço intermediário neutro, "nem tanto além, nem tanto aquém", podemos correr o risco de cair na falsa concepção de que, assim procedendo, não frustrando, e sim gratificando, estaremos favorecendo a descontração de nosso paciente, na tentativa de afrouxar suas resistências.
10. Boa técnica é aquela que se adapta melhor à individualidade tanto do paciente quanto do terapeuta, sem que, com isso, transgrida princípios elementares da neutralidade.
11. Sobre a questão do anonimato, impossível de ser mantido, o terapeuta não pode se esconder atrás de uma máscara, na ilusão de se manter oculto à curiosidade do paciente. Em contrapartida, a manutenção do adequado anonimato só trará benefícios ao prosseguimento do processo terapêutico, porque assim o paciente terá a oportunidade de manifestar fantasias que o ajudarão a compreender muitos de seus conflitos.

## REFERÊNCIAS

1. Greenson RR. A técnica e a prática da psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 1984.
2. Freud S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12.
3. Gill MM. Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. J Am Psychoanal Assoc. 1954;2(4):771-97.
4. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. 2. ed. Santos: Martins Fontes; 1970.
5. Pechansky I. Sobre neutralidade. Rev Psiquiatr RS. 1996;18(2).
6. Freud S. Observações sobre o amor transferencial. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12.
7. Eizirik C. A neutralidade psicanalítica: uma contribuição ao seu estudo. Porto Alegre: SPPA; 1992.
8. Hinshelwood RD. Dicionário do pensamento kleiniano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
9. Freud S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 17.
10. de la Torre J. Psychoanalytic neutrality: an overview. Bull Menninger Clin. 1977;41(4): 366-84.
11. Dal Zot JS. A neutralidade do psicanalista: conceito e problemas técnicos. Porto Alegre: SPPA; 1988.
12. Langs R. As bases da psicoterapia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.

## LEITURA SUGERIDA

- Pechansky I. Neutralidade na relação terapêutica: acertos e distorções. Rev Bras Psicoter. 2002; 4(1):53-8.

# 13

## A ALIANÇA TERAPÊUTICA E A RELAÇÃO REAL COM O TERAPEUTA

Fernando Grilo Gomes

Torna-se cada vez mais frequente o uso da expressão “aliança terapêutica” para caracterizar a relação positiva e necessária entre terapeuta e paciente no processo a ser desenvolvido entre ambos. É compreendida como uma relação dual, uma verdadeira formação de compromisso entre duas pessoas. Para expressar a associação com bons resultados, é cada vez mais usada, em qualquer situação terapêutica, a frase: “... e é necessária uma boa aliança terapêutica”.

De uma maneira objetiva e racional, é aparentemente fácil entender o que queremos referir com essa afirmativa: determinada situação em que um necessita do outro e na qual existe uma intenção de colaboração recíproca. Espera-se que, quanto melhor a qualidade dessa aliança, melhores sejam os resultados. Ela pode ser entendida como uma “união de forças” em direção à busca da cura.

Ficamos com a impressão inicial de que, para tanto, bastaria a boa intenção dos envolvidos, ou seja, o reconhecimento de sua necessidade, por parte do paciente, e a sabedoria e o bom senso, por parte do terapeuta. Porém, ao nos determos com mais

atenção nesse assunto, começamos a nos deparar não só com sua grande importância nos resultados terapêuticos como também com sua complexidade e dinamismo constante.

Atualmente, diversos autores se referem à “aliança terapêutica” como um fenômeno com existência comprovada e com papel relevante nos resultados terapêuticos, como Bordin,<sup>1</sup> Luborsky,<sup>2</sup> Luborsky e colaboradores,<sup>3</sup> Piper e colaboradores,<sup>4</sup> entre outros, com metodologia de pesquisa científica validada internacionalmente.

Um estudo brasileiro realizado por Marcolino e Iacoponi<sup>5</sup> avaliou o impacto da aliança terapêutica em um programa de psicoterapia individual psicodinâmica breve, considerando a aliança terapêutica um conceito central do processo psicoterápico. Os resultados demonstraram maior redução da sintomatologia nos pacientes que tiveram uma pontuação maior na habilidade de perceber o terapeuta como capaz de entender seu ponto de vista e seu sofrimento. Os pacientes com maior capacidade para aliança de trabalho atingiram os melhores resultados em psicoterapia.

Gomes (2003) demonstra uma assimetria entre a qualidade da aliança terapêutica do terapeuta e a do paciente. Mostra, também, que a qualidade da aliança independe do uso de mecanismos de defesa, mais ou menos regressivos, por parte do paciente.

A psicoterapia de orientação analítica é um tipo de tratamento psicológico baseado na teoria e na técnica da psicanálise, porém difere da psicanálise clássica. Ambas utilizam o conceito de inconsciente postulado por Freud,<sup>6</sup> assim como a associação livre, a compreensão dos sonhos, o humor e os atos falhos, para entender e dar significado aos conflitos inconscientes. Entretanto, a psicanálise caracteriza-se pelo uso do divã, por uma maior frequência de sessões e pela sistemática interpretação transferencial, estimulando a neurose de transferência. A diferença é que, na psicoterapia de orientação analítica, embora a interpretação também esteja baseada em uma compreensão transferencial, ela é expressa, *a priori*, extratransferencialmente; é habitual a realização de um menor número de sessões semanais e ausência do uso do divã.

Isso exposto, ao abordarmos basicamente a literatura psicanalítica, referimo-nos tanto à psicanálise em si quanto à psicoterapia de orientação analítica.

## **O CONCEITO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA (AT)**

É fácil entender intuitivamente a ideia de aliança terapêutica, mas é difícil colocá-la em conceitos. A aliança terapêutica é estabelecida com base em uma experiência prévia, na qual foi possível interagir com outra pessoa – por exemplo, a relação do bebê com a mãe, para nos remetermos às suas origens.

Autores atuais seguem enfatizando o que propôs Freud, quando destacou que a AT, que se estabelece durante o tratamento, é influenciada “pelas imagens das pessoas por quem foi acostumado a ser tratado com afeição”<sup>7</sup> e, certamente, irá repercutir nos resultados de uma psicoterapia de orientação analítica.

Etchegoyen<sup>8</sup> não considera esse fenômeno como transferência, pois se trata de uma experiência do passado que serve para o indivíduo se situar no presente, e não algo do passado que se repete irracionalmente em sua apresentação no presente. Dessa forma, Greenson e Wexler<sup>9</sup> e Etchegoyen<sup>9</sup> separam a aliança terapêutica da transferência, porém estão de acordo com Melanie Klein,<sup>10</sup> para quem a AT tem sua origem nas relações precoces de objeto e na relação da criança com o seio; a autora chega às mesmas conclusões de Zetzel.<sup>11</sup>

Já em 1893, Freud<sup>12</sup> dizia que “em análise transformamos o paciente num colaborador”, afirmando que é necessário ter, como primeiro objetivo, a ligação do paciente com o tratamento, a fim de que, em seguida, possamos tratá-lo analiticamente.

Desde que Freud<sup>13</sup> discorreu sobre a transferência positiva inobjetável, referindo-se a esta como uma parte consciente e racional do paciente que colabora com o analista para a efetivação do processo terapêutico, para diferenciá-la da transferência excessivamente positiva (ou erótica) e da negativa, vários autores têm tentado estabelecer um conceito sobre o que, de fato, acontece na relação transferencial entre analista e paciente. Freud, entretanto, referia-se a uma transferência diferente do conceito anterior, ou seja, da transferência como resistência inconsciente.

Etchegoyen<sup>8</sup> destaca que haveria uma dissociação terapêutica do ego; o conceito de que, além das resistências, há colabo-

ração do paciente com o analista é tipicamente freudiano, e o vemos atravessar toda a sua obra. Em 1932, no Congresso de Wiesbaden, e em 1934, no *International Journal of Psychoanalysis – The fate of the ego in analytic therapy* (O destino do ego na terapia analítica) –, Sterba<sup>14</sup> menciona concretamente a aliança terapêutica e a explica com base em uma dissociação terapêutica do ego, em que se destacam duas partes: a que colabora com o analista e a que se opõe a ele; aquela está voltada para a realidade, e esta compreende os impulsos do id, as defesas do ego e as ordens do superego. A dissociação terapêutica do ego se deve a uma identificação com o analista, cujo protótipo é o superego.

Vale a pena observar as coincidências entre os ensaios de Sterba e de Strachey, publicados no mesmo número do *International Journal*, de 1934. Enquanto, para Sterba, o decisivo no processo analítico é a dissociação terapêutica do ego, para Strachey, a chave é a assunção, pelo psicanalista, do papel de superego auxiliar. Os dois começam a destacar a importância da intervenção na (resistência de) transferência. De acordo com o modelo freudiano de 1912, do qual parte Sterba, a transferência se estabelece como resistência ao trabalho de investigação da análise, já que o paciente atua para não se lembrar das fantasias e experiências infantis. Isso promove uma defesa do ego em relação ao analista, transformando-o em representante das mesmas tendências às quais o ego do analisado precisa se opor. O analista coloca-se em uma difícil situação, porque se transforma no destinatário da repetição emocional que se opera no paciente, para obstruir, justamente, as lembranças que o analista procura.

Durante uma discussão sobre problemas de transferência no 19º Congresso Internacional de Genebra, em 1955, Zetzel

referiu que ela é entendida como a união da neurose de transferência com a aliança terapêutica. Segundo Sterba<sup>14</sup> e Birbring e colaboradores,<sup>15</sup> o ego sofre um *splitting*, o que leva Zetzel a distinguir, teoricamente, a transferência, ainda que ela dependa da existência de um ego suficientemente maduro, o que não existiria nos pacientes gravemente perturbados e nas crianças pequenas. A exposição de Zetzel no Congresso de Genebra é o ponto de partida para uma investigação penetrante sobre o papel que a AT cumpre no processo psicanalítico.

A aliança terapêutica continua a ser entendida como assentada nas funções do ego e, concretamente, na autonomia secundária, mas é, além disso, remetida às primeiras relações de objeto da criança com os pais, em especial com a mãe. Mantém-se íntegro o conceito de que a aliança terapêutica é indispensável ao tratamento baseado na teoria psicanalítica, e ela volta a ser definida como uma relação positiva e estável entre terapeuta e paciente, o que permite levar a cabo a psicoterapia.

É consenso, na literatura atual, que a aliança terapêutica relaciona-se com frequência à transferência positiva e até à negativa (quando fatores de rivalidade levam o paciente a colaborar), apesar de ser legítima a tentativa de separar conceitualmente os dois fenômenos. Para Gutheil e Havens<sup>16</sup> e Etchegoyen,<sup>8</sup> a aliança terapêutica (ou de trabalho) é um aspecto da transferência que não se separou claramente de outras formas de relação transferencial: “A aliança de trabalho é um fenômeno de transferência relativamente racional, dessexualizado e desagressivado”.

A aliança terapêutica depende do paciente, do terapeuta e do enquadre. O paciente colabora enquanto lhe é possível estabelecer um vínculo relativamente ra-

cional, a partir de seus componentes instintivos neutralizados, vínculos do passado que agora surgem na relação com o terapeuta. Este contribui por seu constante empenho em tentar entender e superar a resistência, com sua empatia e atitude de aceitar o paciente sem julgá-lo ou dominá-lo. Podemos deduzir, então, que a aliança terapêutica contém sempre uma mescla de elementos racionais e irracionais.

Greenson e Wexler, no Congresso de Roma de 1976,<sup>8</sup> apresentaram suas ideias de que a relação analítica é dividida em transferencial e não transferencial. A aliança terapêutica fica definida como uma interação real (às vezes entre aspas e outras sem elas, para mostrar a dúvida dos autores) que pode requerer, por parte do terapeuta, intervenções diferentes da interpretação. Seria a relação racional, não neurótica, com o analista.

Meltzer<sup>17</sup> afirma que sempre existe em cada enfermo, ainda que inacessível, um nível mais maduro da mente que deriva da identificação introjetiva com objetos internos adultos e que pode ser chamado, com razão, de “parte adulta”. Com essa parte seria constituída a aliança terapêutica, embora o autor não utilize tal conceito.

Heimann,<sup>18</sup> no mesmo Congresso de Roma em 1976, preferiu denominar aliança básica o que Greenson e Wexler definiram como aliança de trabalho. Heimann reconheceu que a transferência positiva sublimada é um fator indispensável ao tratamento, aspecto que se liga à confiança básica e à simpatia, as quais fazem parte da condição humana.

Mackie<sup>19</sup> entende que o paciente desenvolve um vínculo e uma dependência não transferencial com o terapeuta, o que seria parte da AT. Dickes<sup>20</sup> se refere a uma distinção entre aliança de trabalho e aliança terapêutica, sendo esta uma relação mais ampla, envolvendo tanto aspectos racio-

nais quanto irracionais. Entre os racionais, refere-se às expectativas realísticas acerca do tratamento e do desejo de aliviar-se dos sofrimentos; entre os irracionais, menciona as expectativas não realísticas (infantis, mágicas, entre outras), a transferência positiva, bem como o desejo de livrar-se do sofrimento sem seu próprio esforço.

Etchegoyen<sup>8</sup> ainda menciona o conceito de pseudoaliança terapêutica de Rabin, considerando uma expressão do que Bion chama de personalidade psicótica ou parte psicótica da personalidade. Esta assume, às vezes, a forma de reversão da perspectiva, como a aparente colaboração do paciente.

Kaplan e colaboradores<sup>21</sup> sugerem que nenhuma análise pode avançar sem a formação de uma aliança terapêutica racional e confiável e que seu estabelecimento é a primeira tarefa antes que a neurose de transferência mais profunda possa ser facilitada. A inevitável irrupção de elementos transferenciais exige que o terapeuta restaure, repetidamente, a aliança terapêutica, de modo a evitar que a irracionalidade e a regressão desorganizem o paciente e ameacem o tratamento.

Seria importante, para o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica, que o paciente tivesse a capacidade de entender que, enquanto uma parte de sua mente, de modo inconsciente, repete os conflitos psíquicos, outra parte é capaz de manter-se livre de conflitos e racionalmente distanciar-se, a fim de reconhecer a natureza irracional de suas respostas. Para ilustrar melhor o que estamos referindo, a seguir, como exemplo, apresentamos o caso de uma paciente em psicoterapia de orientação analítica, em que os aspectos transferenciais e o estabelecimento da AT são destacados.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Regina, 35 anos, casada, autônoma, em terapia há cerca de um ano e meio, procurou-nos por dificuldades de relacionamento com os colegas de trabalho, o que a leva a frequentes trocas de emprego. Tentou outros dois terapeutas, mas, no primeiro ou segundo mês, interrompeu as terapias, por considerá-los “múmias paralíticas”. Vê-se como uma pessoa extremamente exigente consigo e com os demais, o que leva seus familiares a acharem-na uma “chata”. Reconhece como verdadeira essa crítica, mas não consegue mudar e frequentemente provoca situações constrangedoras com seus “comentários e brincadeiras de mau gosto”.

Provém de uma família com mais dois irmãos, sendo que o relacionamento entre eles e com sua mãe viúva é considerado “formal”; a mãe é vista como fria, raramente manifesta o que pensa. Regina sente-se “pisando em ovos” quando tem que falar algum assunto mais delicado com ela, pois nunca faz ideia de qual será sua reação.

Considera-se afetiva, embora não demonstre, o que a leva a ser criticada e percebida como uma pessoa fria e racional. Seu pai faleceu quando ela tinha 13 anos, tendo deixado a família em uma situação de dificuldades econômicas, o que a levou a trabalhar para ajudar no sustento da casa. Nunca teve a vida tranquila que gostaria, pois seu pai era um homem com “altos e baixos” profissionais, o que provocava um sentimento de insegurança. Não confiava no pai; pelo contrário, criticava-o por esse seu jeito. Acha que o principal para relacionar-se é a segurança econômica. Tudo o que ganha é depositado no banco, não compra nada além do necessário, sendo considerada por sua família uma pessoa avarenta. Não quer passar pelo que passou durante toda a infância, de não saber o que aconteceria no dia seguinte.

Não tem amigas, embora muitas conhecidas, pois acha que as pessoas só se aproximam dela por interesse. Pensa que tudo na vida é um grande negócio, em que as pessoas se aproximam umas das outras para levar alguma vantagem. Exemplifica com nossa situação: ela vem em busca de melhora de sua capacidade nos relacionamentos e está pagando por esse trabalho.

Percebemos, no entendimento de sua história e nos sentimentos despertados, que o problema mais “urgente” dessa paciente era sua dificuldade de estabelecer vínculos afetivos e confiáveis e que isso seria também o nosso obstáculo mais importante. Ao combinarmos o contrato de trabalho, abordamos essa compreensão, bem como a tendência a tais dificuldades se repetirem em nosso relacionamento. Regina reagiu imediatamente, dizendo que não concordava comigo, pois tinha excelentes recomendações a meu respeito e que nosso trabalho seria puramente profissional. E assim começamos...

Terceira sessão:

- R – Quando estava chegando aqui, vi você entrando na garagem do prédio. Bonito carro, parabéns. (Silêncio.) É engraçado (termo que utiliza frequentemente quando não consegue definir o sentimento), mas achei que você me viu, mas não quis me cumprimentar. Faz parte da técnica?
- T – Parece que esse fato gerou em você um sentimento de insegurança em relação a mim.
- R – Não, claro que não, mas é evidente que seu interesse por mim é como por qualquer outra paciente, você me atende, eu lhe pago e pronto, ou vai me dizer que não é assim?
- T – Talvez seja este o seu desejo, que tenhamos uma relação puramente formal, em que não surjam sentimentos que possam atrapalhar.
- R – Que mania vocês têm de dizer que não tenho sentimentos, mas aqui a nossa relação é profissional...

E assim seguimos até o fim da sessão, a paciente sentindo-se acusada por mim de que não teria sentimentos e dizendo que, afinal, aqui não era o lugar para falarmos dessas coisas a nosso respeito, e sim de seus problemas lá fora.

(*Continua*)

*(Continuação)*

Após três semanas:

- R – Engraçado nosso encontro lá no cafezinho, fiquei meio sem graça, não entendo o porquê (nos encontramos na cafeteria perto do consultório antes da sessão). É como se você fosse duas pessoas, uma lá e outra aqui...
- T – O que você nota de diferente?
- R – Não sei: o que falamos aqui fica entre nós dois, vai ficar guardado aqui dentro; e, lá fora, é como se você pudesse me expor, fiquei ansiosa.
- T – Então é como se eu fosse duas pessoas, uma em quem você pode confiar e outra não...
- R – Pior é que é isso; embora reconheça as recomendações que tive a seu respeito, sua formação, etc., tem momentos, como agora, em que não confio. O pior que este é o meu problema, parece que não confio em ninguém. Mas é por isso que estou aqui, como falamos no início da terapia, não sei se um dia irei confiar totalmente em alguém. Até acho que foi em função da desconfiança que interrompi as outras terapias.
- T – Se você está conseguindo me falar da sua desconfiança, inclusive em relação a mim, é porque de alguma maneira está apostando na nossa relação.

O que tentei exemplificar nessa breve vinheta é que a AT começa a se estabelecer desde o início, principalmente após a terceira sessão, de acordo com as pesquisas de Luborsky.<sup>2</sup> A tendência é a de tornar-se ainda mais intensa à medida que o tempo de duração da terapia aumenta.

Podemos observar, nesse exemplo, alguns fatores que ocorrem desde o início da terapia, como as identificações projetivas transferenciais, em que o paciente revivencia seu mundo interno no presente, e a formação da AT, quando consegue identificar esses fatos e separá-los da relação com seu terapeuta. Mesmo sentindo na relação presente, diferencia esse sentimento da relação real com o terapeuta.

As pesquisas demonstraram que os resultados positivos nas psicoterapias, e aqui se incluem todas as formas de terapias, dependem diretamente do estabelecimento de uma AT de boa qualidade.

Hausner<sup>22</sup> examinou as diferenças entre aliança terapêutica e aliança de trabalho. Desde sua introdução, esses conceitos vêm provocando polêmica quanto à natureza e às funções das alianças, assim como em relação a sua aplicabilidade e validade. O autor delinea aspectos desses conceitos tais como colocados, originalmente, por Zetzel<sup>11</sup> e Greenson,<sup>23</sup> com ênfase nas distinções significativas entre elas.

A relação desses conceitos com o grau de psicopatologia é examinada, em especial no que diz respeito ao que pode ser entendido como os aspectos mais silenciosos da aliança terapêutica; identificação mútua, empatia e responsividade à função são enfatizadas como aspectos constituintes da AT. A aliança de trabalho só é vista como possível (teórica e clinicamente) após uma aliança terapêutica ter-se estabelecido em certo grau. Ambas as alianças são entendidas como estruturas intrínsecas ao processo analítico.

Meissner, em seu livro *The Therapeutic Alliance*,<sup>24</sup> aborda de modo enfático o tema quanto à natureza e às diferenças entre a transferência, a contratransferência, a aliança de trabalho, a relação real entre terapeuta e paciente, a empatia e as qualidades e fatores pessoais, em uma das mais completas revisões sobre o tema.

Muitas de suas referências são as já citadas neste capítulo.

Quando discorre sobre a natureza da AT, Meissner, referindo-se à definição do termo, destaca que ainda existe uma considerável confusão; uns falam que se trata só da colaboração do paciente, outros afirmam que é a transferência, ou um aspecto desta. Lacan se refere a uma ligação entre o ego do paciente e o ego do terapeuta, referindo uma aliança de trabalho.

Para Meissner, contudo, a AT é algo específico, dinâmico, que evolui com o desenvolvimento da terapia. O autor baseia seus conceitos em Zetzel<sup>11</sup> e Greenson.<sup>23</sup> Refere-se, ainda, a Winnicott, na comparação com o conceito de *holding*, e a Anna Freud, quando esta se refere a determinadas crianças que se relacionam com seus analistas como pessoas reais.<sup>24</sup>

Seu conceito, no entanto, é baseado em dois aspectos: o primeiro é que a AT se implementa no processo terapêutico, com o envolvimento dos aspectos transferenciais e contratransferenciais, assim como de histórias do paciente e do analista, e evolui, durante o tratamento, mais no paciente do que no terapeuta. O segundo aspecto é que a AT se relaciona com o *setting* na manutenção das regras da terapia, no desenvolvimento de uma ressonância empática do entendimento, das descobertas, das formulações, das explicações e das interpretações, sendo responsável pelo

desenvolvimento de um papel crítico em todos os níveis do processo terapêutico; é extremamente dinâmica e desenvolve-se e modifica-se de acordo com o caráter e o significado do progresso terapêutico.

Podemos perceber, dessa maneira, que a maioria dos autores considera que a AT, embora tenha características próprias de estar mais localizada no ego consciente, recebe influências de todo o nosso mundo inconsciente. Poderíamos dizer que, por ser extremamente dinâmica, a AT pode predominar, em determinados momentos da terapia ou de uma sessão, com maior ou menor intensidade, confundindo-se, às vezes, com a transferência e dependendo, igualmente, de fatores contratransferenciais. Também é possível constatar que ela independe da patologia apresentada pelo paciente, desde que o terapeuta tenha condições pessoais e conhecimento para conciliar a técnica a sua expectativa em cada situação terapêutica.

Muitas vezes, o desejo de ajuda de um paciente não é, necessariamente, transferencial, e sim racional, quando a realidade é que serve de motivação. A razão impõe-se contra as resistências, por exemplo, as narcisísticas, da negação de sua patologia. Será com esse seu aspecto racional que, seguidamente, iniciaremos uma AT, para conduzir a terapia e tentar superar as resistências.

Entretanto, em outras situações, será preciso ficarmos atentos a uma pseudo-AT, uma aliança aparente que está a serviço da resistência. Um exemplo típico é aquele paciente que necessita do amor de seu terapeuta e assume, em função desse fato, uma atitude sedutora e de submissão, dando a impressão de estar colaborativo e aliado. Em geral, são situações nas quais a terapia não evolui, fica estacionada infinitamente em um “faz de conta que estou me tratando”, levando a sentimentos contra-

transferenciais frequentes de desânimo e impotência.

## A ALIANÇA TERAPÊUTICA E A REALIDADE

Conforme Meissner,<sup>24</sup> a presença e a influência da realidade no processo terapêutico são ubíquas e não podem ser desprezadas. Existiriam, basicamente, dois tipos de situações: intrínsecas ou extrínsecas ao processo. No primeiro grupo, estariam incluídas a neutralidade, a abstinência e a realidade a serviço da resistência; no outro, figurariam situações como doenças, gravidez, fatores econômicos e ligados ao trabalho, entre outros. Todos esses aspectos podem influenciar a transferência, assim como a AT.

Outro fator é a confiança; a disposição do paciente em confiar distingue-se da confiança que se estabelece na capacidade de seu terapeuta de compreendê-lo e ajudá-lo. Meissner<sup>24</sup> refere que

[...] o paciente pode confiar no terapeuta, relatando as suas mais perversas fantasias, seus mais íntimos segredos, mas não o chamaria para entregar a chave de seu cofre.

É com essa confiança na capacidade terapêutica que o paciente se alia ao seu terapeuta na construção de uma AT.

Baudry citado por Meissner,<sup>24</sup> referindo-se às características pessoais do analista, divide-as em três possibilidades, que poderão influenciar a AT:

1. sentimentos e atitudes egossintônicas que permeiam os aspectos do funcionamento tanto pessoal quanto profissional, como pessimismo/otimismo,

graus de permissividade, atividade/passividade, calor humano, distância, rigidez/flexibilidade, tendências autoritárias, entre outros

2. aspectos no estilo de ser do terapeuta, como habilidade, verbosidade, uso do humor ou ironia
3. reações características do terapeuta às variações do afeto do paciente ou a problemas no tratamento, como situações de casamento

Todas essas situações não dependem de aspectos transferenciais ou contratransferenciais, pois preexistem nas características pessoais do terapeuta e, de alguma maneira, podem influenciar o estabelecimento da AT.

A relação terapêutica e a aliança terapêutica e tudo que influi nelas (incluindo intensamente os fatores do terapeuta) têm também papel decisivo na mudança psíquica, no alívio de ansiedade e na redução de sintomas. O processo não se dá exclusivamente no paciente, mas ocorre uma dinâmica de *avanços e retrocessos da dupla* em fazer, desfazer, refazer e sobrefazer. Em suma, “recordar, repetir/(contra)transferir, simbolizar/(re)elaborar”.

A importância de observar as vicissitudes do terapeuta é cada vez mais considerada, por que é de suas características particulares que se constrói um cenário propício às mudanças, principalmente por meio de uma aliança terapêutica positiva. Até hoje as contribuições do terapeuta na AT foram menos estudadas do que os fatores dos pacientes. Há uma ênfase contemporânea em examinar tais aspectos dessa importante variável no entendimento do processo psicoterápico. Alguns dos estudos revisados a seguir comprovam que atributos pessoais específicos do terapeuta são significativamente relacionados à formação e à manutenção da aliança terapêutica.<sup>25</sup>

Em psicoterapia nos aproximamos da mente do paciente, espécie de empréstimo mútuo do aparelho mental, o que inclui tanto as partes conscientes como as inconscientes. A participação de uma série de fatores inespecíficos se dá nessa aproximação. Ao “simplesmente” ouvir nosso paciente, adotamos uma postura receptiva e reflexiva que automaticamente o faz adotar o mesmo procedimento. Este pode ser considerado o primeiro passo para que tenha contato com seus sentimentos e emoções, proporcionando *insight* (assim como as interpretações). Além disso, sem nos darmos conta, muitas vezes, nesses momentos, estamos compartilhando com o paciente as suas (e as nossas!) emoções, valores, sentimentos, angústias, e transparecendo aceitação, afeto, compaixão, dúvidas. Assim, essa postura de “escuta” pode, além de estimular o paciente a pensar (e, como consequência, elaborar) os seus conflitos, proporcionar a introjeção de partes/valores do terapeuta. É ouvindo nosso paciente que lhe mostramos, da forma mais genuína possível, que suas questões são suportáveis e que é possível lidar com elas. Há, sem dúvida, outra parte igualmente importante da terapia, que são as intervenções propriamente ditas. Constituem a parte mais próxima da consciência, mas nem por isso são mais determinantes do sucesso do tratamento.<sup>26</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como referido anteriormente com base em diversos autores, o estabelecimento de uma AT depende de fatores ligados à realidade externa, às características pessoais, à transferência e à contratransferência.

A AT é bastante dinâmica, variando sua intensidade de acordo com o momento da terapia ou da sessão, porém, a tendência é de que cresça proporcionalmente ao tempo de terapia. A presença de uma AT de boa qualidade poderá ser independente dos conflitos e da gravidade dos sintomas do paciente, desde que o terapeuta tenha condições pessoais e conhecimento suficientes para adaptar-se às expectativas dos pacientes, assim como para limitar as suas próprias.

Um maior entendimento das contribuições do terapeuta para a aliança, que incluem qualidades pessoais e técnicas terapêuticas, pode equipar melhor os médicos para desenhar e implementar métodos específicos de cultivar alianças mais satisfatórias com seus pacientes. Enquanto os achados desta revisão não fornecerem uma perspectiva “manualizada” de desenvolver uma aliança sólida, eles fornecem um entendimento sintetizado da relação entre o terapeuta e a aliança. Ter um maior entendimento dessa relação implica terapeutas mais bem treinados e, possivelmente, maiores sucessos terapêuticos. Pesquisas futuras podem levar esse entendimento ainda mais longe e explorar como integrar esses achados em princípios de treinamento.

Como um exemplo dessas pesquisas, em recente artigo ainda não publicado, Versaevel e colaboradores<sup>27</sup> desenvolvem uma pesquisa para identificar precocemente o “tipo” de paciente que desenvolverá uma AT de boa qualidade e aqueles que não apresentam essas características iniciais. Para tanto, classificaram os pacientes em três características: os “turistas”, que são aqueles que “não têm nada” e “não sabem por que estão ali”; os “queixosos”, que reconhecem que têm alguma coisa errada, mas que “atribuem a fatores externos” a si; e os “clientes verdadeiros”, que reconhecem que existe algo errado e que depende

deles uma solução, mas que não conseguem. A finalidade da pesquisa baseia-se na importância que os autores detectam na AT e no fato de que os dois primeiros tipos

de pacientes não têm capacidade de desenvolvê-la e que, para eles, o objetivo inicial é tentar que se aproximem da condição de “cliente verdadeiro”.

### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Destaca-se a importância de uma aliança terapêutica de qualidade para o bom andamento de uma psicoterapia de orientação analítica.
2. Há aspectos inconscientes atuantes no processo de estabelecimento de uma aliança terapêutica sólida.
3. Evidenciam-se alguns marcos históricos no desenvolvimento do conceito de aliança terapêutica.
4. Ao longo dos anos, o conceito de aliança terapêutica mantém o entendimento de ser um processo egoico, fundamentado em relações de objeto precoces, nas quais uma relação positiva com cuidadores serve de modelo para o paciente motivar-se para estabelecer o grau necessário de confiança na relação atual com o terapeuta.
5. Destaca-se a tendência cada vez maior de os autores enfocarem o processo terapêutico como um fenômeno a dois no tratamento individual, em que devem ser compreendidos os aspectos transferenciais e contratransferenciais, além de todos os elementos que compõem a pessoa do paciente e a do terapeuta.
6. Há significativas diferenças entre aliança terapêutica e aliança de trabalho.
7. A aliança terapêutica é um processo dinâmico, que, ao longo de uma psicoterapia, pode variar de intensidade, mas que, quando as expectativas estão sendo preenchidas, vai se fortalecendo de modo progressivo.

## REFERÊNCIAS

1. Bordin E. *Research strategies in psychotherapy*. New York: Wiley; 1974.
2. Luborsky L. *Helping alliances in psychotherapy*. In: Luborsky L. *Psychotherapy research and clinical research*. Washington: American Psychological Association; 1976.
3. Luborsky L, Diguier L, Luborsky E, McLellan AT, Woody G, Alexander L. Psychological health sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(4): 542-8.
4. Piper WE, Azim HF, Joyce AS, McCallum M, Nixon GW, Segal PS. Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *J Nerv Ment Dis*. 1991;179(7):432-8.
5. Marcolino JA, Iacoponi E. O impacto inicial da aliança terapêutica em psicoterapia psicodinâmica breve. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(2):78-86.
6. Freud S. O inconsciente. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 14.
7. Hovath AO, Gaston L, Luborsky L. The therapeutic alliance and its measures. In: Miller N, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP. *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*. New York: Basic Books; 1993. p. 247-73.
8. Etchegoyen RH. Aliança terapêutica. In: Etchegoyen RH. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
9. Greenson RR, Wexler M. A relação não transferencial na situação psicanalítica. In: Greenson RR. *Investigações em psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 1969.

10. Klein M. Fundamentos psicológicos da análise infantil. In: Klein M. *Psicanálise da criança*. São Paulo: Mestre Jou; 1981.
11. Zetzel ER. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal*. 1956;37(4-5):369-76.
12. Freud S. A psicoterapia da histeria. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 2.
13. Freud S. A dinâmica da transferência. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 12.
14. Sterba RF. The fate of the ego in analytic therapy. *Int J Psychoanal*. 1934;115:117-26.
15. Bibring GL, Dwyer TF, Huntington DS, Valenstein AF. A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *Psychoanal Study Child*. 1961;16:9-72.
16. Gutheil TG, Havens LL. The therapeutic alliance: contemporary meanings and confusions. *Int Rev Psychoanal*. 1979;6:467-81.
17. Meltzer D. O processo psicanalítico: da criança ao adulto. Rio de Janeiro: Imago; 1971.
18. Heimann P. *Int J Psycho-Anal*. 1954;31. Partes I e II.
19. Mackie AJ. Attachment theory: its relevance to the therapeutic alliance. *Br J Med Psychol*. 1981;54(Pt 3):203-12.
20. Dickes R. Technical considerations of the therapeutic and working alliance. *Int J Psychoanal Psychother*. 1975;4:1-24.
21. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Psicoterapias. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. cap. 32. p. 773.
22. Hausner RS. The therapeutic and working alliances. *J Am Psychoanal Assoc*. 2000;48(1):155-87.
23. Greenson RR. A técnica e a prática da psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 1981.
24. Meissner WW. *The therapeutic alliance*. New Haven: Yale University; 1997.
25. Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of the therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev*. 2003;23(1):1-33.
26. Greenberg J. Teorias da ação terapêutica e suas técnicas In: Person ES, Cooper AM, Gabbard GO. *Compêndio de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 226-36.
27. Versaveel C, Samama D, Jeanson R, Lajugie C, Dufretre L, Defromont L, et al. Determine the patient's position towards psychiatric care: a simple tool to estimate the alliance and the motivation. *Encephale*. 2013;39(4):284-91.

## LEITURAS SUGERIDAS

---

- Gomes FG, Ceitlin LH, Hauck S, Terra L. A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. *Rev Psiquiatr RS*. 2008;30(2):109-114.
- Sandler J, Dare C, Holder A. O paciente e o analista: fundamentos do processo psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
- Strachey J. The nature of therapeutic action of psychoanalysis. *Int J Psychoanal*. 1983;5:117-29.

A psicoterapia de orientação analítica, a exemplo da psicanálise, pode ser estudada de acordo com suas três fases: início, etapa intermediária do processo e término. Estas não são determinadas exclusivamente por sua duração. Muito das características de cada fase é definido pelas características da interação terapeuta-paciente.

Neste capítulo, vamos nos deter ao exame das peculiaridades de cada uma dessas três fases. Podemos sintetizar o que vai ser abordado por meio de palavras que possam qualificar sucintamente cada uma das fases da psicoterapia de orientação analítica.

Assim, propomos que, nas estruturas neuróticas, as questões relativas à dicotomia confiança-desconfiança podem ser o enfoque principal da etapa de abertura de uma psicoterapia de orientação analítica. Da mesma forma, a resolução de conflitos pode caracterizar a etapa intermediária, e o luto pela separação representa a etapa final ou o término. Dito de outra maneira,

podem-se considerar as ansiedades paranóides o alvo do início da psicoterapia analítica, assim como as ansiedades depressivas o enfoque da etapa final. As oscilações entre as duas posições propostas por Melanie Klein,<sup>1</sup> a esquizoparanoide e a depressiva, são a matéria-prima do processo psicoterápico que se desenrola dentro do campo criado pela interação paciente-terapeuta.

Quando o paciente não apresenta a estrutura neurótica, e sim se trata de um caso-limite, também denominado paciente fronteiroço ou *borderline*, é preciso acrescentar que as ansiedades de aniquilamento do *self* podem irromper em qualquer fase da psicoterapia, pois são pacientes mais primitivos, sem a estrutura defensiva do neurótico e que se desorganizam com muita facilidade.

Nas páginas a seguir, buscamos fazer uma apresentação de características, dificuldades, riscos e soluções que o terapeuta

precisa enfrentar e buscar resolver, junto com seu paciente, em cada uma das três fases que compõem uma terapia dirigida ao *insight*. Atendendo aos fins didáticos deste livro e tomando os escritos de Langs<sup>2</sup> como ponto de partida, apresentamos na introdução da descrição de cada fase um breve esquema, com alguns dos conteúdos práticos de cada etapa da psicoterapia.

cuidadosa das resistências e das angústias paranoídes, tão comuns nessa etapa das psicoterapias.

Objetivos: estabelecer uma aliança terapêutica sólida e identificar as razões da busca de tratamento e a conflitiva inconsciente que produz o sofrimento, bem como fazer o contrato terapêutico (Ver Capítulo 11).

## FASE INICIAL

**Definição:** é a etapa que se estende do primeiro contato do paciente com o terapeuta até o estabelecimento de uma aliança terapêutica sólida entre eles. Pode ocupar algumas sessões ou perdurar por meses, dependendo das características da personalidade do paciente e da habilidade do terapeuta em conduzir as questões relativas a essa etapa.

**Riscos:** o grande risco dessa etapa do tratamento é o de abandono precoce.

**Intervenção:** nesse momento, a intervenção mais utilizada pelo terapeuta é a interpretação

A etapa inicial da psicoterapia analítica começa com o primeiro contato do paciente com o terapeuta. Pode ser ao telefone, quando o paciente liga solicitando um horário, ou mesmo antes disso, quando ele começa a procurar um terapeuta com quem possa se consultar. As características dessa busca variam de acordo com a personalidade do paciente e emprestam um colorido próprio à etapa inicial daquele caso em particular.

Um exemplo é apresentado na vinheta a seguir.

A passagem do tempo, por si só, não caracteriza o começo e o fim da etapa inicial. Há uma tarefa a ser executada nessa etapa, que pode durar de uma semana até vários meses. A tarefa principal dessa etapa é o estabelecimento de um vínculo for-



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

O senhor Antônio solicita a sua esposa que consiga o nome de um terapeuta com quem possa se tratar. Uma vez de posse do nome de sua futura terapeuta, ele demora cinco meses para fazer o primeiro contato telefônico. Durante esse período, Antônio “perde”, algumas vezes, os dados da pessoa indicada, precisando solicitar o nome e o telefone da terapeuta repetidas vezes.

Nesse caso em particular, a etapa inicial só se estabeleceu formalmente quando a terapeuta foi, de fato, procurada, mas, do ponto de vista dinâmico, estendeu-se por um período bem mais longo, pois as características de dúvida, ambivalência e desconfiança da personalidade obsessiva de Antônio já se manifestaram quando da solicitação do nome da terapeuta, sem que esta pudesse fazer qualquer intervenção que facilitasse o acesso do paciente ao tratamento. Quando, finalmente, ele chegou ao tratamento, essas características de desejo e receio de se submeter à terapia puderam ser abordadas, e o paciente conseguiu, muito lentamente, “entregar-se” ao processo terapêutico.

te de confiança, uma aliança terapêutica sólida, enquanto são examinadas, com o paciente, suas dificuldades emocionais e a necessidade de tratamento. Questões como motivação, recursos egoicos e metas terapêuticas são preocupações que o terapeuta deve ter também nessa etapa, mas concordamos com Langs,<sup>2</sup> quando ele aponta que a preocupação primordial do terapeuta na etapa de abertura deve ser a conquista da confiança do paciente e o estabelecimento de uma forte e positiva aliança terapêutica. Segundo esse autor, não se pode considerar a etapa inicial como concluída enquanto está sendo cogitada a possibilidade de realização de uma psicoterapia analiticamente orientada. Enquanto o paciente, o terapeuta ou ambos têm dúvidas sobre a necessidade ou a possibilidade ou não de ser empreendida tal psicoterapia, a etapa inicial não pode ser considerada conclusa, e, assim, as intervenções devem ser, principalmente, dirigidas a essas dúvidas.

O grande risco na etapa inicial é a interrupção abrupta do tratamento, justamente no momento em que o terapeuta sabe menos a respeito de seu paciente e, portanto, tem menos recursos para trabalhar ambivalências, desconfianças e resistências.

O exame das motivações que levam o paciente ao tratamento é fundamental para que se possa estabelecer uma boa aliança terapêutica e, assim, quem sabe, evitar um término abrupto e precoce. Alguns pacientes não buscam a terapia por um desejo genuíno de examinar seus conflitos e processar mudanças. Muitas vezes, procuram-na por razões “não terapêuticas”, e, se o terapeuta conseguir identificar esses problemas, poderá ajudar o paciente a ingressar em um tratamento por razões mais

verdadeiras e, desse modo, salvaguardar a própria existência da psicoterapia. Razões comuns e não terapêuticas, inconscientes ou não, para a busca manipulativa de tratamento incluem as necessidades de: receber aconselhamentos e suporte para momentos difíceis, satisfazer um cônjuge ou outra pessoa que insiste que o paciente deve se tratar (muito comum com adolescentes que vão à terapia por insistência dos pais), criar com o terapeuta uma relação simbiótica de dependência passiva ou sadomasoquista, satisfazer necessidades profissionais (muito comuns em pessoas da área “psi”), entre outras. Cabe ao terapeuta, nessa etapa inicial, discutir com o paciente tais “motivações” e auxiliá-lo a descobrir e identificar motivações mais apropriadas e construtivas, pois sempre que uma pessoa chega a um consultório dessa natureza é porque tem, em algum lugar dentro de si, o desejo de se tratar. Algumas vezes, no entanto, as falsas motivações se mostram irreduzíveis, e o paciente abandona o tratamento apesar de todos os esforços do terapeuta para trabalhar essas resistências e angústias.

O abandono precoce do tratamento é o problema crucial dessa etapa, e a busca de uma aliança terapêutica é a forma de evitar tal desfecho. Para isso, é importante que o terapeuta esteja atento a algumas questões contratransferenciais que as defesas do paciente podem suscitar em si. Como regra, pode-se pensar que sentimentos e afetos exagerados, seja irritação, inquietude, ansiedade, pesar, seja compaixões, atração sexual, falta ou excesso de empatia pelos problemas que o paciente traz, significam, com frequência, reações contratransferenciais, que, se bem identificadas e compreendidas, podem ser muito úteis no trabalho com o paciente e no estabelecimento da aliança terapêutica. Se não identificadas e não trabalhadas, podem levar rapidamente à interrupção do tratamento.

Outras causas de abandono precoce e, portanto, de especial atenção do terapeuta nessa etapa inicial do tratamento, quando o vínculo terapêutico é ainda frágil, dizem respeito aos inúmeros medos e fantasias que o paciente tem ao iniciar sua terapia. Langs<sup>2</sup> refere-se ao “medo da transferência”, que tem suas origens nas relações primitivas do paciente com seus primeiros objetos de amor. Esses medos são particularmente significativos quando o paciente não apresenta uma estrutura neurótica de personalidade. Os pacientes *borderline* tendem a defender-se desses medos com apegos e idealizações muito intensas, porém frágeis, que se rompem rapidamente, ameaçando a continuidade da psicoterapia.

Além do medo de ingressar em uma relação importante com o terapeuta ou com os próprios conflitos, há outros medos que também podem contribuir para que não se estabeleça a aliança terapêutica. Medo de perder o controle e de enlouquecer; de se deprimir em função de recordações tristes que certamente aflorariam ao longo da terapia; de fantasias eróticas, principalmente de cunho homossexual; de reproduzir relações desastrosas já ocorridas no passado ou em terapias anteriores; de mudanças que implicariam abandono de antigas defesas. Uma das referências de receio mais comuns por parte dos pacientes nesses momentos iniciais diz respeito a um medo que traz oculto o desejo de criar um vínculo de dependência máximo, eterno, passivo e escravizante, diante do qual tanto paciente como terapeuta podem recuar assustados. Todos esses temores podem e devem ser identificados sempre que possível, pois isso ajuda a desfazer um pouco das ansiedades paranoides dessa etapa da psicoterapia, ao mesmo tempo que oferece ao terapeuta informações

preciosas a respeito da vida emocional do paciente e de como ele tende a reagir ante as intervenções do terapeuta.

A atitude do terapeuta é fundamental para que se dissipem um pouco esses medos e o paciente possa ingressar na etapa seguinte. Prestar atenção à contratransferência, criar um ambiente acolhedor de aceitação das dificuldades do paciente, no qual a dor e o sofrimento expostos por este são recebidos e respeitados, é condição *sine qua non* para que o processo evolua.

Conquistar a confiança do paciente é a tarefa primordial, mas é importante não confundir isso com seduzir o paciente com promessas inadequadas de cura ou de gratificações de necessidades e expectativas neuróticas. Conquistar a confiança do paciente significa respeitar a forma deste de se apresentar, aceitando, sem críticas, o modo de aproximação possível daquele indivíduo em particular.

Langs<sup>2</sup> resume de forma bastante clara os objetivos da etapa inicial da psicoterapia analiticamente orientada:

1. Desenvolver uma sólida, firme e positiva aliança terapêutica, enquanto é criada uma atmosfera terapêutica adequada para o exame dos problemas e dos conflitos emocionais do paciente.
2. Definir quais são os problemas emocionais do paciente, explorando junto deste os motivos que o levam à terapia, enquanto se tenta acessar as estratégias defensivas utilizadas pelo paciente e seus modos de comunicar isso tudo ao terapeuta.
3. Buscar esclarecer as origens do sofrimento do paciente, identificando seus principais conflitos intrapsíquicos, suas

relações de objeto primitivas e seus traumas; em especial, detectar e analisar as resistências mais precoces e as tentativas de criar alianças antiterapêuticas que podem levar ao abandono.

O grande risco dessa etapa inicial da psicoterapia é o abandono. Por isso, acredita-se que, dos três objetivos propostos por Langs,<sup>2</sup> embora todos tenham relevância, atenção especial deve ser dada ao primeiro, a necessidade de se estabelecer uma sólida aliança terapêutica. Isso se consegue com uma postura atenta às resistências e com o exame das motivações que levaram o paciente ao tratamento, a fim de identificar e trabalhar motivações inadequadas, enquanto se busca criar um ambiente acolhedor para que o paciente possa expor suas dificuldades. Uma postura demasiado silenciosa por parte do terapeuta pode criar um clima desnecessariamente hostil. Em contrapartida, uma postura tão amistosa que se confunda com uma visita social prejudica o estabelecimento da aliança terapêutica.

Eu acrescentaria que é função do terapeuta, no início do tratamento, buscar identificar dentro de si que tipo de emoção aquele paciente lhe desperta, pois estar atento à contratransferência é o caminho para conquistar os itens descritos por Langs.

É importante que o terapeuta “ensine” o paciente a se tratar, auxiliando-o a despertar seu interesse pelos conflitos e pelas formas de funcionamento de sua personalidade. Muitos pacientes procuram terapia pensando que o terapeuta vai dar conselhos ou determinar o rumo dos assuntos em sua vida. Essas pessoas necessitam aprender a se tratar e compreender o que significa o tratamento e o que podem ou não esperar da terapia e do terapeuta.

Cabe, ainda, referir algo sobre a questão de responder ou não às perguntas de um paciente. É importante que algumas delas sejam esclarecidas, principalmente nessa etapa do tratamento. Perguntas de cunho pessoal, a respeito da vida privada do terapeuta, devem ser exploradas mais do que respondidas, mas perguntas sobre o tratamento, nesse momento, precisam ser esclarecidas. Com alguns pacientes muito frágeis, faz-se necessário que o terapeuta use e abuse de sua sensibilidade para poder definir quais perguntas responderá e quando. Há alguns pacientes, muito paranoides e regressivos, que não toleram uma interpretação em lugar de uma resposta. Pode custar um pouco mais de tempo até que eles estejam em condições de suportar não serem gratificados com respostas às suas perguntas. Há ocasiões em que vale a pena responder a uma pergunta do paciente, desde que não seja sobre a vida privada do terapeuta, para logo a seguir tentar, junto com ele, entender o significado inconsciente da pergunta. À medida que o tratamento evolui, percebe-se que o paciente vai suportando cada vez mais não ter suas perguntas respondidas.

Com relação ao conteúdo das intervenções do terapeuta, é preciso examinar brevemente dois pontos de vista distintos. Algumas escolas, principalmente a kleiniana, defendem a ideia de que se deve interpretar o material relativo aos impulsos do id desde o início, pois isso diminuiria as resistências e a ansiedade. Concordamos com Langs<sup>2</sup> e com Dewald,<sup>3</sup> no sentido de que somente as intervenções que enfoquem as resistências ao tratamento devem ser usadas nessa etapa inicial. Interpretações mais “profundas”, conforme nossa experiência, trazem um incremento de ansiedades persecutórias desnecessário e nefasto à sobrevivência da terapia. Assuntos que po-

dem conduzir o terapeuta a interpretações consideradas “profundas” dizem respeito a material cujo conteúdo apresenta fantasias, experiências e relações de caráter incestuoso, homossexual, traumas precoces ainda não elaborados e interpretações que visam a questões edípicas expressas na relação terapeuta-paciente. Pensamos que, de modo geral, são temáticas que demandam maior confiança na relação terapeuta-paciente e melhor conhecimento da problemática do paciente para que possam ser abordadas de maneira a fazer crescer a compreensão deste a respeito de si próprio. Quando examinadas antes do *timing* adequado, podem causar muito desconforto e levar o paciente a fugir do tratamento.

Quando as ansiedades em relação à busca da terapia são muito intensas e não enfocadas na etapa inicial do tratamento, o paciente pode procurar “soluções mais fáceis” que precisam ser abordadas. Algumas vezes, há a solicitação de medicação, que pode ou não estar indicada, mas que precisa ser analisada. Pacientes mais frágeis, mais regressivos, com maior dificuldade de enfrentar frustrações e ansiedades, tendem a *acting outs*, como reatar um namoro francamente destrutivo, marcar casamento, decidir morar junto com o(a) parceiro(a). Outros *actings* a que o terapeuta precisa estar atento para interpretar incluem a busca de terapias alternativas, florais, tarôs, biodança, cartomantes, terapia de cores e cristais, além daqueles costumeiros acionamentos produzidos pelo paciente em seus familiares para que estes se posicionem contrários ao tratamento. Sempre que uma tendência dessa natureza for identificada, o terapeuta deverá assinalar, pois poderá, dessa forma, auxiliar o paciente a entender o significado inconsciente oculto por trás do *acting*.

## FASE INTERMEDIÁRIA

**Definição:** é o período que se estende do momento no qual o terapeuta identifica uma razoável aliança terapêutica estabelecida até a ocasião em que uma séria proposta de término passa a ser discutida entre paciente e terapeuta. É, em geral, a etapa mais longa dos tratamentos.

**Riscos:** inúmeros são os riscos dessa etapa do tratamento, todos eles levando a uma parada no desenvolvimento do progresso terapêutico, devido a diferentes causas. Podem ocorrer conluíus narcísicos, impasses, interrupções, intelectualizações não acompanhadas de *insights* genuínos, para citar alguns.

**Intervenção:** além das interpretações a respeito das resistências, que já vinham sendo usadas na etapa inicial, agora o terapeuta lança mão de interpretações a respeito da conflitiva inconsciente do paciente. São preferencialmente interpretações extratransferenciais, mas, sempre que necessário, o terapeuta deve usar também as transferenciais. Estas se fazem necessárias quando surgem angústias, despertadas no paciente em consequência de sua relação com o terapeuta, que ameaçam a evolução do processo terapêutico.

**Objetivos:** o objetivo dessa etapa é o da terapia analiticamente orientada, qual seja: examinar, analisar, explorar e resolver os sintomas e as dificuldades emocionais do paciente. Constitui a essência do tratamento. Cabe ressaltar, no entanto, que a resolução de conflitos psíquicos inconscientes traduz o objetivo principal do paciente neurótico, enquanto, para o paciente mais regressivo, o *borderline*, o objetivo principal seria a construção de um *self* coeso, com capacidades simbólicas mais eficazes e espaço mental para pensar as angústias inerentes à vida.

Escrever sobre a etapa intermediária de uma psicoterapia analiticamente orienta-

da é como escrever a respeito de quase tudo em psicoterapia, pois é quando as mudanças e transformações ocorrem. A etapa inicial é uma preparação para que essa segunda etapa transcorra da maneira mais eficiente possível, e a etapa final é assim chamada pelo fato de os objetivos da etapa intermediária terem sido atingidos, de forma parcial ou total, e só resta elaborar a perda pelo fim da relação terapêutica. A etapa intermediária é, pois, a razão de ser da psicoterapia analiticamente orientada, seu cerne e corpo principal. Assim, torna-se impossível detalhar tudo o que ocorre nesse período. Freud<sup>4</sup> já salientava esse aspecto em um de seus trabalhos a respeito de técnica, traçando uma comparação com o jogo de xadrez. Nessa comparação, ele destacava que é possível estudar modos de abertura e de fechamento das peças no tabuleiro de xadrez, mas que o “miolo” do jogo apresenta tantas variações que não é possível abordá-las todas para um exame detalhado. O que se pode fazer é examinar, em linhas gerais, algumas ocorrências comuns das fases intermediárias das psicoterapias, para que o leitor tenha uma visão das vicissitudes e dificuldades que podem acontecer no trabalho com pacientes nesse tipo de tratamento.

Muito do que transcorre na etapa intermediária de um atendimento dessa natureza é secundário ao tipo de patologia e conflitiva que o paciente busca tratar. Pacientes muito regressivos tendem a apresentar mais perturbações em todas as fases da psicoterapia, na etapa intermediária inclusive. Isso porque a ansiedade que permeia todo o processo é principalmente o medo da desintegração psicótica, a ansiedade de aniquilamento, enquanto o paciente mais integrado teme a castração, que é mais tolerável. Quanto mais bem conduzida foi a etapa anterior, tanto mais progresso vai ser

possível atingir nessa segunda etapa. Mesmo assim, é importante salientar que o encontro das personalidades paciente-terapeuta é determinante para a evolução do processo terapêutico. Bion<sup>5</sup> já salientava a turbulência emocional que acontece no encontro de quaisquer duas personalidades. No encontro terapêutico, isso é particularmente verdade. Favalli<sup>6</sup> salienta as questões relativas ao campo criado pelo interjogo das forças transferenciais-contratransferenciais como fundamentais para a compreensão do que se passa no processo terapêutico. Assinala esse autor a importância das contribuições de cada participante para o andamento do tratamento. Cabe ao terapeuta estar atento ao que se passa nesse encontro, pois forças poderosas estão em jogo, e muitas delas são inconscientes para ambos os participantes.

O trabalho dessa etapa centra-se nas questões que o paciente apresenta para serem discutidas nas sessões. De modo geral, os temas centrais atêm-se a questões do cotidiano do paciente, referindo-se aos contextos da realidade externa ou de seus sintomas. São temas comuns as questões relativas aos conflitos com familiares, cônjuges ou colegas de trabalho. Outras temáticas abordadas com frequência dizem respeito aos anseios e às frustrações do paciente com relação a sua pessoa, às pessoas à sua volta e, principalmente, aos objetivos e às metas que ele não consegue alcançar. Os sofrimentos que os sintomas impõem ao paciente em seu dia a dia também são temas frequentes. Por meio dessas temáticas, chega-se aos conflitos intrapsíquicos, às fantasias inconscientes, às memórias perdidas no tempo.

A postura atenta e respeitosa do terapeuta diante das temáticas trazidas pelo paciente

permite que cada vez mais este se sinta encorajado a relatar seus sofrimentos e preocupações. À medida que o paciente vai se sentindo mais e mais à vontade, seus relatos passam a ser mais espontâneos, e o terapeuta identifica os momentos em que pode intervir para interpretar o conflito inconsciente subjacente àqueles relatos. Quando esses conflitos são bem abordados e bem elaborados, novas soluções, mais

bem adaptadas à realidade e menos custosas para a economia psíquica, passam a fazer parte do arsenal defensivo do paciente, que começa a dispor de mais vigor para a realização de suas tarefas do dia a dia.

A vinheta a seguir ilustra bem essa questão.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2

A paciente Brenda veio a tratamento com inúmeras queixas somáticas e de depressão. Estava com 44 anos na ocasião da busca do atendimento. Aparentava bem menos idade e vestia-se de maneira bastante jovial, embora não inadequada. Não relacionava seu estado emocional com algumas alterações que estava enfrentando devido aos sintomas do climatério, que haviam surgido alguns meses antes da busca de tratamento. Apesar de seu sofrimento, achava que não teria o que tratar em uma psicoterapia, pois “não tinha problemas graves”. Era uma mulher bonita, bem articulada, agradável, um pouco acima do peso. Casada há 20 anos, não tinha filhos porque nunca quis ser mãe, embora não tivesse discutido esse assunto em profundidade com o marido ou consigo mesma. Fora demitida de seu trabalho há quatro anos, pois a firma em que trabalhava enfrentava dificuldades financeiras, e, sendo ela uma funcionária antiga e de salário alto, foi uma das eleitas para demissão na política de contenção de despesas. Ganhou uma boa indenização e, com esse dinheiro, montou seu próprio negócio; estava indo bastante bem. O marido não era uma pessoa muito ambiciosa e contribuía pouco em casa, tanto financeira como afetivamente. Ele próprio sempre fora um homem bastante deprimido. Brenda, que durante toda a vida havia sido ativa e dinâmica, dizia que se sentia muito doente, sem forças. Não entendia por que tinha esses pensamentos, já que o “susto” maior havia passado; quando se viu sem emprego, pensou que não conseguiria fazer mais nada profissionalmente. Seus receios em relação ao desemprego mostraram-se exagerados, pois era uma mulher inteligente e trabalhadora e havia conseguido reerguer-se, conquistando um ganho atual de quase o dobro do que ganhava em seu antigo emprego. Assim, não sabia por que se sentia doente e fraca. Aos poucos, foi ficando evidente o quanto Brenda negava seus sentimentos com relação à menopausa e ao luto ante o processo natural de envelhecimento. Parece que ela havia negado a passagem do tempo. Sentia-se jovem e bem disposta, vestia-se de maneira jovial e parece que secretamente alimentava a esperança de algum dia ter coragem de engravidar e ter um filho. Os conflitos inconscientes que afloraram com relação à história com sua própria mãe e com a maternidade, que não se sentia capaz de enfrentar, estavam na base de seus sofrimentos. Uma vez identificada e verbalizada a dor pela impossibilidade de ser mãe, por não ter-se sentido capaz de enfrentar tal tarefa e porque agora já não seria mais possível, Brenda pôde começar a trazer para o tratamento toda uma história de desamparo e abandono que até então ela havia reprimido na tentativa de conseguir levar a vida adiante. Brenda não teve tempo de ter filhos, mas pôde dividir com alguém e elaborar essa perda, enquanto resgatava junto à terapeuta-mãe sua história de desamparo, devido ao abandono paterno e à depressão materna.

A vinheta ilustra o quanto as conflitivas inconscientes sustentam os sintomas. Também podemos identificar a negação da paciente como uma arma defensiva tão custosa que quase não lhe sobrava energia para suas tarefas cotidianas, apesar de ser uma mulher com bom potencial para uma vida ativa. Uma vez desfeita a negação e a repressão, o luto pôde ser vivido; justamente por ter-se entristecido a respeito das perdas físicas e emocionais que enfrentava, Brenda pôde liberar boa parte de suas energias para retomar sua vida de maneira mais vigorosa, embora não fosse possível fazer o tempo voltar atrás a fim de que ela pudesse engravidar e ter filhos, o que era um sonho alimentado secretamente no inconsciente ao longo de tantos anos.

Esse exemplo se refere a uma psicoterapia que evoluiu bem. Há outras ocasiões em que a evolução não é assim tão bem-sucedida; quando é, não ocorre linearmente. Quando tudo corre bem no processo terapêutico, podemos esperar a alternância de fases de muito trabalho psicoterápico, que dá origem a *insights* importantes, quando florescem memórias e fantasias até então ocultas, seguidas de períodos de maior resistência, em que o trabalho parece estagnar, até que outro reduto repressivo possa ser liberado, e assim sucessivamente. Fortes resistências, quando identificadas e bem trabalhadas, conduzem a novo material, que, enquanto reprimido, permanece patogênico e, uma vez verbalizado e compreendido, permite o surgimento de mais derivativos da conflitiva central do paciente. Estes, ao serem trabalhados, levam ao uso de defesas mais bem adaptadas, diminuindo, dessa forma, a disfunção do ego, que passa a usufruir de mais liberdade para enfrentar as tarefas do dia a dia. A ampliação da capacidade de *insight* e a aplicação de defesas mais maduras são a marca registrada de uma psicoterapia que está evoluindo bem. Isso não significa que o paciente vai sofrer menos, mas que vai sofrer pelo motivo adequado e de forma adequada. A paciente da vinheta anterior não sofreu menos. Pelo contrário, precisou encarar um doloroso luto, mas saiu com seu ego mais enriquecido, porque menos desgastado por defesas muito custosas, como repressão, negação e somatizações.

A longo prazo, quando a psicoterapia evolui bem, pode-se esperar que o paciente alcance *insights* cada vez mais genuínos e significativos, com conseqüente alívio dos sintomas. Há, no entanto, algumas ocasiões, não tão raras quanto desejado, em que o trabalho analítico não evolui assim. Pelo contrário, estanca. Nem sempre o terapeuta consegue identificar esses

momentos. Porém, sempre que a evolução terapêutica fica estagnada por um período longo, é sinal de problema e perturbação.

Usando Langs<sup>2</sup> como referência, apresentamos alguns indicadores de perturbação na etapa intermediária:

1. Resistências que não se resolvem, não se modificam e se repetem: nessas ocasiões, é possível notar que, em um período de muitas semanas ou até meses, as sessões se tornam repetitivas e ruminativas; a sonolência do terapeuta durante essas sessões é um sinal importante; provavelmente, uma mudança de vértice de abordagem se faz necessária.<sup>5,7</sup> A discussão do material com um colega ou supervisor auxilia bastante.
2. Alteração na aliança terapêutica: o terapeuta percebe sinais de mais desconfiança, distanciamento do paciente, *actings in*, fantasias e/ou reações destrutivas com relação ao terapeuta; é fundamental que este revise as sessões mentalmente ou com supervisão para identificar o problema.
3. Episódios agressivos e destrutivos agudos: a ocorrência de episódios agressivos não significa, obrigatoriamente, problemas nessa fase. Pelo contrário, pode ser conseqüência de um período mais ansiogênico, fruto de um bom trabalho terapêutico. Tais episódios se tornam sinais de dificuldades nessa etapa da psicoterapia quando parecem motivados por um descompasso entre o material do paciente e a compreensão do terapeuta. Erros do terapeuta podem desesperar um paciente mais impulsivo.
4. Falta de progresso terapêutico: há alguns pacientes que apresentam pequena ou nenhuma evolução ao longo de um bom tempo de trabalho analítico.

Na aparência, o processo está evoluindo normalmente, mas um olhar mais atento identifica falta de progresso. O paciente verbaliza suas preocupações, o terapeuta interpreta, e, assim, o tempo vai passando, mas a sintomatologia do paciente muda muito pouco ou não muda. Esse quadro é um forte indicador de impasse na etapa intermediária da psicoterapia. Conluos inconscientes são causa frequente desse tipo de problema, quando o tratamento se prolonga de forma indefinida.

5. Regressões repetitivas, *acting out* ou *acting in*: a repetição continuada e inalterada de *actings in* ou *out*, acompanhados ou não de sintomatologia regressiva, e o surgimento de novos sintomas podem significar problemas nessa fase. Alguns pacientes precisam de mais tempo para conseguir conviver com os *insights* alcançados. A capacidade de suportar a dor mental, que pode ser provocada ao se trabalharem assuntos muito penosos para o paciente, pode estar aquém do desejado e produzir esse tipo de problema. Isso deve servir de alerta para que o terapeuta revise sua postura nas sessões e, quem sabe, evolua um pouco mais lentamente, a fim de que o paciente possa suportar o sofrimento advindo dos *insights* enquanto amplia sua capacidade de tolerar a dor emocional. Situações desse tipo acontecem muitas vezes, devido a erros diagnósticos: abordar um paciente *borderline* como se ele tivesse a estrutura neurótica bem constituída é fonte importante de impasses, estagnações e abandonos.
6. Qualquer tentativa séria de abandonar a terapia, ferir-se ou ferir alguém: sempre que algo assim acontece, é fundamental uma reavaliação da terapia. Com frequência, o problema está na relação

terapeuta-paciente. Pode ser uma dificuldade com a avaliação da indicação. Há pacientes que não suportam os rigores de um processo terapêutico dessa natureza, pois são por demais frágeis e impulsivos. Em outros casos, a contratransferência é o ponto central do problema.

7. Qualquer sentimento ou *feeling* do terapeuta de que a terapia não está evoluindo: Langs<sup>2</sup> caracteriza isso da seguinte forma:

O terapeuta deve desenvolver um conjunto bastante seguro e confiável de impressões subjetivas, sentimentos e julgamentos com relação ao desenrolar da terapia, e aprender a confiar nesse conjunto.

Sempre que algo não estiver de acordo com o esperado ou que o terapeuta sentir a falta de alguma coisa é porque ele precisa parar e pensar.

Quaisquer desses sinais enumerados podem representar problemas na etapa intermediária. Alguns, em geral com pacientes *borderline*, podem ser indicativos de maior gravidade, como o risco de suicídio ou de ferimento em alguém. Outros podem indicar que algo não está evoluindo e, quem sabe, o terapeuta está “perdendo” algum ponto em relação ao material do paciente. É uma norma útil que o terapeuta, de tempos em tempos, faça uma reflexão a respeito do paciente. Isso tanto pode ser feito sozinho, na quietude de seu próprio consultório, como com a ajuda de um colega mais experiente. De modo geral, depois de algum tempo de prática, todos os terapeutas desenvolvem esse hábito, pois ele não só é útil como também muito necessário. Muitas vezes, um paciente parece estar evoluindo bem, mas, quando o terapeuta faz uma reflexão acurada, percebe que não

é bem verdade. Aquele tratamento, embora agradável e de “boa aparência”, não está trazendo melhoras para o paciente. Sob outro enfoque, um paciente mais difícil e agressivo, que luta muito com o terapeuta para manter suas defesas, quando consegue abrir mão delas, o faz de forma lenta e progressiva, mas de maneira definitiva e bastante curativa. O importante é que o terapeuta sempre encontre tempo para alguma reflexão, que deve ser feita em outro momento, não durante a sessão. Transcrever o material é bastante útil para examinar aquele relato com mais distância e objetividade. Terapias muito calmas e tranquilas podem ser tão improdutivas e destrutivas quanto terapias barulhentas e briguentas.

As causas mais frequentes relacionadas ao estancamento do progresso terapêutico ou à interrupção prematura deste incluem fatores do terapeuta, do paciente e também da realidade exterior. O terapeuta pode estar tendo problemas contratransferenciais que o impedem de confrontar e interpretar com adequação o material que o paciente traz. Para autores como Langs,<sup>2</sup> Dewald<sup>3</sup> e Etchegoyen,<sup>8</sup> entre outros, são as questões contratransferenciais as principais responsáveis pelos desenvolvimentos inadequados dessa etapa das psicoterapias analíticas. Podem ser pontos cegos, conluios narcisistas, necessidade de ser maltratado ou de maltratar o paciente, problemas financeiros, equívocos diagnósticos, entre outros fatores. Os vínculos sadomasoquistas podem levar a dupla a vivenciar as sessões como guerras que precisam ser vencidas, e, assim, os “bate-bocas” entre terapeuta e paciente tornam-se a regra do relacionamento. Questões de ordem financeira também contribuem, pois, muitas vezes, o terapeuta pode saber o que é preciso interpretar, mas, consciente ou inconscientemente, não o faz, quem sabe receoso da reação do paciente e também da ameaça

de perder aquele indivíduo. Outras vezes, há o estabelecimento de conluios narcisistas entre paciente e terapeuta; cada um sente mais gratificado com a idealização que o outro faz de si mesmo e da relação. O processo estanca, mas a relação pode perdurar de forma indefinida, pois as gratificações narcisistas impedem que os envolvidos se apercebam do problema no qual estão mergulhados. Esses estancamentos são intermináveis, e a passagem do tempo em nada altera a evolução do processo. Tais evoluções são uma das causas de impasse terapêutico. Esses pontos cegos no terapeuta levam, com bastante frequência, a problemas nessa etapa do tratamento, pois o material que precisa ser interpretado passa despercebido pelo terapeuta. Nesses casos, é comum a superficialização do processo, levando a interrupções prematuras ou à evolução para o impasse terapêutico, quando o tratamento não termina nunca.

A solução para as questões enumeradas reside na possibilidade de o terapeuta voltar a se tratar e/ou fazer mais superviões, pois, como constituem situações de contratransferência perturbada, são, por definição, inconscientes. Assim, o terapeuta não poderá fazer frente a elas sem ajuda.

Mesmo que os problemas na aliança terapêutica sejam oriundos da personalidade do paciente, ainda assim pode-se considerar o terapeuta como corresponsável, uma vez que compete a ele o manejo dessas situações. Portanto, a monitoração da evolução da aliança terapêutica é fundamental para que o processo evolua bem. Fantasias, impulsos e situações da realidade externa que não sejam adequadamente compreendidos e trabalhados comprometem a solidez da aliança de trabalho. Qualquer perturbação nessa aliança deve ser prontamente interpretada e compreendida em relação ao aqui e agora da relação trans-

ferencial. Nesses momentos, o uso de interpretações transferenciais é bastante eficaz. Falhas nessa abordagem representam riscos sérios para a boa evolução da terapia.

O medo das mudanças, o receio do sofrimento que elas podem trazer e a angústia que as memórias geram no dia a dia dos pacientes quando escapam da repressão constituem frequentes causas de alteração no processo terapêutico nessa etapa intermediária. Necessidades doentias, como a vontade de não melhorar e de sofrer eternamente, e os ganhos secundários que a doença proporciona também podem produzir perturbação. Além disso, a necessidade de derrotar o terapeuta e competir eternamente com ele pode trazer dificuldades. O uso indevido da terapia para gratificar outras necessidades ou atingir outros fins, que não o de examinar seus conflitos e problemas emocionais, também está na lista de situações que ameaçam a boa evolução do processo na etapa intermediária da psicoterapia.

Nos tratamentos de pacientes *borderline*, a intolerância à frustração, aliada ao medo terrorífico do abandono, constituem fontes importantes de perturbações do processo terapêutico na fase intermediária. Ao mesmo tempo, é preciso lembrar que essas questões são a matéria-prima dos tratamentos psicodinâmicos desse tipo de patologia.

A solução para esses problemas depende da capacidade do terapeuta de identificar e interpretar adequadamente as motivações subjacentes, inconscientes ou não, que estão interferindo na relação transferencial e na aliança terapêutica e ameaçando o bom desenvolvimento da psicoterapia. A sobrevivência da função analítica dentro da mente do terapeuta, como chama Win-

nicott,<sup>9</sup> é o que determinará a boa evolução desses momentos tão difíceis.

Situações da realidade externa, com frequência, provocam perturbações que o terapeuta precisa identificar junto a seu paciente, para que este possa enfrentá-las. Langs<sup>2</sup> refere-se principalmente ao papel desempenhado por cônjuges e pais. Muitas vezes, a *folie à deux* vivida entre o paciente e seu familiar pode sofrer a ameaça de não mais existir. O familiar, de modo inconsciente, depende, para sua economia psíquica, daquele específico papel doentio desempenhado por seu cônjuge ou filho(a). À medida que o paciente melhora, o familiar pode sentir-se ameaçado e tentar “sabotar” o tratamento. Há ocasiões nas quais esses ataques ao terapeuta e à terapia são conscientes e ferozes. Cabe a este auxiliar o paciente a entender as dinâmicas familiares e, assim, poder escolher, de forma consciente, se quer ou não tomar parte nesses relacionamentos tão confusos. Quando tudo corre bem, o paciente consegue “livrar-se” de seu papel, e o convívio familiar passa a ser muito mais prazeroso para todos os envolvidos.

Outras situações que cabe ainda citar e que também podem constituir ameaças ao tratamento dizem respeito a morte ou doença de algum familiar, separações matrimoniais, desemprego, tanto de um familiar importante quanto do próprio paciente e do terapeuta. Cada uma dessas situações pode ser usada pelas resistências e ser “motivo” de interrupção. Ao mesmo tempo, quando bem analisadas e elaboradas, criam possibilidades de vínculos ainda mais produtivos do paciente com seu terapeuta. O exame individual de cada uma dessas vicissitudes da vida cotidiana é fundamental para que se possa, de fato, evoluir no tratamento e atingir ganhos psicoterápicos cada vez mais gratificantes, tanto para pacientes como para terapeutas.

## FASE FINAL

**Definição:** é o período que se estende da primeira menção séria de término do tratamento até o minuto final da última sessão combinada, para que o tratamento de fato termine.

**Objetivos:** poder ajudar o paciente a examinar suas condições reais para um término, assim como trabalhar com ele as questões relativas ao luto pelo fim do relacionamento com o terapeuta; identificar os ganhos conquistados e as situações que ainda podem merecer alguma atenção psicoterápica no futuro.

**Intervenção:** é um período em que se mesclam trocas transferenciais-contratransferenciais, com diálogos referentes às questões da realidade externa ante o fato de brevemente não existir mais o vínculo paciente-terapeuta nos moldes em que até então aconteceu. Interpretações transferenciais relativas à perda e ao luto pelo término são muito úteis para auxiliar o paciente a se despedir de seu terapeuta. Há, com frequência, uma necessidade de rever etapas e examinar ganhos alcançados ao longo de todo o processo, bem como de analisar objetivos que não puderam ser atingidos, no todo ou em parte. É uma etapa de “balanços” e de elaboração da separação.

**Riscos:** os riscos mais significativos referem-se a termos fora dos *timings* adequados, seja prematuros, seja postergados, consequentes às atuações tanto do paciente como do terapeuta. Outro risco deveras importante é a possibilidade de ocorrer um impasse.

Antes de examinarmos com mais detalhes os temas referentes à etapa final de um tratamento psicoterápico, cabem algumas palavras sobre a terminologia comumente utilizada: término, alta, interrupção. Ferenczi,<sup>10</sup> em 1928, defendeu a ideia de que um tratamento pode e deve chegar a um término e que isso acontece de forma espontânea, por esgotamento, sem que terapeuta ou paciente ponham um fim artificial a ele. Já Freud,<sup>11</sup> em 1937, em seu

famoso trabalho *Análise terminável e interminável*, preocupava-se com as questões referentes às possibilidades de cura e, portanto, de alta de um tratamento. Se não há cura possível, então não se deve falar em alta, mas em término. Há um e só um tipo de término, de acordo com Etchegoyen:<sup>8</sup> o que é decorrente de uma decisão mútua de paciente e terapeuta. Sugere Etchegoyen que, quando a decisão é unilateral ou resultante de fatores externos, alheios à vontade de ambos, deve-se falar em interrupção.

Estabelecida a terminologia proposta, pode-se examinar a etapa final com mais detalhes. Quando começa, então, essa fase? Segundo Gilda De Simone, no livro intitulado *Ending analysis*, de 1997,<sup>12</sup> a etapa final inicia quando o paciente refere seu desejo de conduzir o tratamento a um término, e o terapeuta sente tal desejo como algo que não deve ser interpretado, e sim respondido. Trata-se de uma situação diferente de outros tantos momentos, em que o paciente referiu seu desejo de concluir o tratamento e o terapeuta sentiu que deveria interpretar esse desejo, quem sabe como resistência, em vez de entendê-lo como algo possível e adequado.

A próxima questão que se impõe é quando e quem estabelece a data para o último encontro. Como tantas outras questões relativas a esse tema, há também controvérsias sobre quem deve ter a responsabilidade da data do término. Sendo o término uma situação de comum acordo entre paciente e terapeuta, propõe-se que a data da última sessão seja acordada entre ambos. Partindo da ideia de que o paciente foi quem decidiu quando procurar o terapeuta, também poderia ser dele a iniciativa a respeito da última data da sessão final. Seguindo o mesmo raciocínio proposto, quando o paciente solicita um horário para a primeira entrevista, essa data é combinada tanto com sua contribuição quanto com a do terapeuta. Da

mesma forma, a data da última sessão pode e deve ser estabelecida com aportes de opiniões de ambos os membros desse processo. De Simone,<sup>12</sup> junto com um número significativo de profissionais, sugere que, salvo em circunstâncias muito especiais, a data estabelecida não deve ser alterada, nem antecipada, nem postergada. A última sessão deve acontecer conforme estabelecido previamente por paciente e terapeuta. Essa data não deve ser escolhida logo que se inicia a etapa de término. Pelo contrário, o assunto precisa voltar à discussão inúmeras vezes antes que os dois parceiros estejam aptos para firmar uma data. Em geral, os pacientes, ao longo das sessões, de forma lenta e gradual, expõem suas preocupações quanto à data de término, e assim vai ficando cada vez mais claro se esse é, de fato, o momento apropriado e como e quando será o desfecho do tratamento. É bastante comum que pacientes tendam a apresentar os sintomas do início do tratamento como uma forma de regredirem no tempo e, assim, evitem o momento da separação. Pela mesma razão, alguns deles se sentem impacientes demais para aguardar o dia da despedida e pressionam o terapeuta para que antecipe a data da alta; dessa forma, evitam sentir e vivenciar a dor das ansiedades depressivas diante da separação. Por essas razões, é importante que se avalie bem antes de fazer qualquer alteração na data preestabelecida como a última sessão.

Freud,<sup>11</sup> em *Análise terminável e interminável*, escreveu que uma análise chega ao seu fim quando o paciente não vem mais. Etchegoyen<sup>8</sup> salienta, a esse respeito, que Freud está correto quanto ao ponto de vista descritivo: se terapeuta e paciente não se encontram mais, então o tratamento acabou. Todavia, do ponto de vista dinâmico, é bem diferente. O tratamento pode e deve se estender muito além da data do último encontro, pois, apesar de não haver

um encontro formal, muitas questões seguem em processo de elaboração na mente do paciente. Etchegoyen salienta, ainda, com algum sarcasmo, que a terapia não pode acabar antes do último dia de sessão. Apesar de parecer óbvia, essa colocação é muito pertinente e revela um dos riscos da etapa de término, qual seja, o de que terapeuta e paciente sigam se encontrando no *setting* terapêutico sem, no entanto, haver mais um processo psicoterápico em andamento. Dificuldades no enfrentamento das ansiedades depressivas consequentes ao luto pela separação constituem causa frequente desse tipo de problema.

É importante que se examine algo a respeito da clínica dos processos psicoterápicos ante a etapa final. Que indícios o terapeuta pode ter para saber que a etapa de término se aproxima? Etchegoyen define esses indícios de indicadores. Quais, então, os indicadores de término? O mais óbvio deles diz respeito aos sintomas que levaram o paciente a tratamento. Apesar de não ser o melhor critério para um término, pode-se afirmar que é um critério inevitável, pois, se o que trouxe aquela pessoa a tratamento ainda não se modificou, não cabe ir adiante na busca de outros critérios mais adequados. Para se pensar em término, é necessário que tenha havido alguma mudança nos sintomas que determinaram o tratamento ou que podem ter surgido ao longo deste. Não se propõe que tais sintomas tenham desaparecido de todo. Sabe-se que, em situações angustiantes decorrentes das vicissitudes da própria vida, esses sintomas podem reaparecer, mas, apesar de ser desejável a supressão destes, uma modificação no grau de sofrimento que causam ao paciente já se constitui em indicador de melhora. “A intensidade e a frequência dos sintomas, assim como a atitude que alguém adota frente a eles, será, então, o que nos guiará nesse ponto”, diz Etchegoyen<sup>8</sup> a esse respeito.

Além da alteração sintomática, Etchegoyen nomeia outros indicadores que podem ser identificados no paciente, em combinações e graus distintos:

- Vida sexual: que o paciente possa usufruir, no fim de seu tratamento, de uma vida sexual mais regular e satisfatória e menos conflitante.
- Relações familiares: ao fim do tratamento, deve ter havido alguma modificação em suas relações familiares, permitindo trocas afetivas mais harmônicas com cônjuges, filhos e/ou pais.
- Relações sociais: como consequência de um tratamento bem-sucedido, é possível que o paciente tenha processado algumas modificações em seu círculo social, deixando de lado certas amizades que antes eram imprescindíveis e aproximando-se de pessoas anteriormente consideradas muito diferentes do paciente. Isso é particularmente verdadeiro com adolescentes drogaditos, casos em que a recuperação só é possível se o círculo de “amigos da droga” é abandonado. A melhora do paciente provoca distanciamento de outros drogados e aproximação com jovens antes considerados “nerds” ou “caretas”.
- Relações profissionais: é também um bom indicador de alta o fato de o paciente conseguir mudar suas relações de trabalho, obtendo mais gratificação de seu dia a dia profissional, sem tanta rivalidade ou sem temer tanto as competições inerentes àquela atividade.
- Quantidade de angústia e culpa: a diminuição da angústia e da culpa a níveis manejáveis e não tão desconfortáveis para o paciente é um indicador importante.
- Contato com a realidade: suportar a realidade, seja ela de que natureza for, constitui importante indício de término.

Tais indicadores são tanto mais significativos quanto menos “propagandeados” pelo paciente; quanto mais o terapeuta puder deduzir dos relatos essas modificações, mais verdadeiras e fidedignas, como indicadores, serão.

Por trás desses indicadores clínicos, há teorias que sustentam sua importância. A psicoterapia de orientação psicanalítica, como o próprio nome indica, tem suas raízes na psicanálise e nas teorias analíticas. Portanto, muitos dos embasamentos teóricos que os psicoterapeutas utilizam para estabelecer critérios de término são derivados das diferentes teorias psicanalíticas a respeito de término de psicanálise. Diversos autores, conforme suas teorias, sustentam distintos objetivos para os tratamentos dinâmicos; assim, também os critérios para o término serão estabelecidos de maneiras diferentes, obedecendo aos objetivos previamente estipulados. Para Freud,<sup>13</sup> a teoria de base que determina a ocorrência ou não de um término enfatiza o “tornar consciente o inconsciente”. Outra máxima defendida por ele era: “Onde estava o id, ali estará o ego”.<sup>14</sup> Há autores, como Winnicott,<sup>15</sup> por exemplo, que propõem que o término em si é um dos objetivos do tratamento, para que o paciente possa reexperimentar uma separação e ter a oportunidade de equacionar as angústias relacionadas de maneira diferente do que fez na sua infância. Melanie Klein<sup>16</sup> compara a separação do terapeuta com um novo desmame e propõe que as ansiedades paranoides e depressivas sejam trabalhadas antes que se pondere sobre uma separação. Tanto isso é verdade que Meltzer<sup>17</sup> chama de “desmame” a última etapa do processo psicanalítico. Já Hartman<sup>18</sup> elege como critério de término a expansão da área livre de conflito no ego. Lacan, citado por Etchegoyen,<sup>8</sup> defende a ideia de abandono da ordem do imaginário e acesso à ordem do simbólico

como condição básica para que o processo terapêutico chegue a um término.

O que se pode concluir a respeito de todas essas questões teóricas e práticas sobre os indicadores é que, seja qual for a escola seguida pelo terapeuta, o fundamental é que seu paciente esteja mais capacitado a lidar com a realidade, a despeito daquele conflito e/ou sintoma que o levou a tratamento. É sabido que, nas “práticas dos consultórios, há um acordo bastante amplo, o que não deixa de ser surpreendente, em relação à avaliação dos progressos do paciente”.<sup>8</sup> Isso significa que, apesar de compreensões teóricas distintas, muitos dos indicadores clínicos de término são compartilhados entre os seguidores das diferentes escolas. Se utilizada a perspectiva laciana, diremos que abandonar a ordem do imaginário pela ordem do simbólico significa estar mais de acordo com a realidade e menos propenso a fantasiar ou “imaginar” realizações. Se usarmos uma nomenclatura kleiniana, afirmaremos que o paciente está mais inserido na posição depressiva do que na esquizoparanoide, o que quer dizer que aceita mais suas limitações e as de seus objetos. Se preferirmos utilizar um linguajar freudiano, diremos que o paciente está mais ciente de seus conflitos do que antes do tratamento, quando a conflitiva era mais inconsciente. Da mesma forma, para os terapeutas vinculados à psicologia do ego, o término estaria condicionado a uma ampliação da área livre de conflito, o que, na prática, significa um contato maior do paciente com a sua realidade e a do outro.

Até agora, referimo-nos principalmente aos termos de terapias que foram conduzidas com sucesso. Há, no entanto, um número importante de tratamentos que não evoluem para um término bem-sucedido. Nesse grupo, incluem-se os abandonos por causas diversas, que são designados como interrupções, e os impasses; em outro

grupo, estão as psicoterapias que evoluem para tratamentos analíticos propriamente ditos. Aguiar<sup>19</sup> chega a afirmar textualmente: “Podemos dizer que as psicoterapias em geral terminam numa espécie de impasse: o caráter”. Apesar de empregada a palavra “impasse”, propõe-se atualmente o uso exclusivo desse termo para uma situação clínica particular, quando o processo analítico estanca devido a um conluio inconsciente entre terapeuta e paciente; não há avanço nem progresso da situação terapêutica, nada de modificação significativa acontece durante longo tempo, embora as sessões sigam acontecendo do ponto de vista formal. É uma situação perigosa e traiçoeira justamente por haver a participação inconsciente dos dois membros do processo.

As reações terapêuticas negativas também são causa frequente de interrupção. Segundo a escola kleiniana, estes são pacientes que melhoram, mas que não suportam dar crédito algum ao tratamento pela melhora conquistada e preferem interromper a prosseguir e tratar sua dependência e sua inveja das boas capacidades do terapeuta. Abordagens mais distantes dos kleinianos, como a proposta por Winnicott, defendem a ideia de que o impasse só acontece se o terapeuta não alcançar uma comunicação e uma compreensão eficaz com aquele dado paciente. Por fim, é importante que sejam mencionadas, ainda, aquelas interrupções que podem acontecer devido a causas da realidade externa, como dificuldades financeiras, mudança de cidade, entre outras. Nesses casos, é essencial que o terapeuta se disponibilize a processar uma interrupção o menos traumática possível. Há situações em que a frequência das sessões é alterada enquanto vai se processando o desmame possível. Em outros casos, as dificuldades financeiras são ocasionadas de forma inconsciente pelo próprio paciente, como forma de “se livrar” do

encargo emocional que a terapia lhe impõe, sem que precise se defrontar com as culpas que tal decisão provocaria. Nesse exemplo, cabe ao terapeuta interpretar o ataque agressivo inconsciente que o paciente fez à possibilidade de se tratar e, se possível, resgatar o tratamento.

Para finalizar, é importante salientar que essas descrições e sugestões devem ser usadas como referências, mas nunca como normas rígidas. Cada terapeuta, no calor da sessão com seu paciente, precisa ter essas referências bem estabelecidas e, ao mesmo tempo, deve poder colocá-las “de lado” para vivenciar, de maneira mais genuína e espontânea, as inúmeras vicissitudes do processo psicoterápico com aquele paciente em particular naquele determinado momento.

Quanto mais autêntico e genuíno for o diálogo paciente-terapeuta, dentro das restrições que o *setting* impõe, tanto mais o paciente vai sentir como verdadeiro todo o processo e suas conquistas.

Assim como esses indicadores precisam ser compreendidos, utilizados como referências, e não como regras absolutas, as fases das psicoterapias também são construções não absolutas. Não existe fronteira rígida entre essas fases justamente porque elas são evolutivas, fazem parte de um processo que vai se desenvolvendo gradualmente. Dessa forma, as etapas também se sucedem e se transformam aos poucos.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. A psicoterapia de orientação analítica, a exemplo da psicanálise, pode ser estudada de acordo com suas três fases: início, etapa intermediária do processo e término.
2. Nas estruturas neuróticas, as questões relativas à dicotomia confiança-desconfiança podem ser o enfoque principal da etapa de abertura, cujos objetivos podem ser assim descritos:
  - a) desenvolver a aliança terapêutica e criar uma atmosfera terapêutica adequada para o exame dos conflitos emocionais do paciente
  - b) definir os problemas emocionais, explorando junto ao paciente os motivos que o trazem à terapia, enquanto se tenta acessar as estratégias defensivas utilizadas por ele
  - c) buscar esclarecer as origens do sofrimento do paciente, identificando seus principais conflitos intrapsíquicos, suas relações de objeto primitivas e seus traumas
3. A resolução de conflitos pode caracterizar a etapa intermediária, particularmente no caso da terapia de um paciente com estrutura neurótica. Com o paciente mais regressivo, o *borderline*, o objetivo principal seria a construção de um *self* coeso, com capacidades simbólicas mais eficazes e espaço mental para pensar as angústias inerentes à vida.
4. O luto pela separação representa a etapa final ou o término.
5. As ansiedades paranoides são o alvo do início da psicoterapia analítica, assim como as ansiedades depressivas o enfoque da etapa final.
6. Quando o paciente não apresenta a estrutura neurótica, e sim se trata de um caso-limite, também denominado paciente fronteiro ou *borderline*, é preciso acrescentar que as ansiedades de aniquilamento do *self* podem irromper em qualquer fase da psicoterapia, pois são pacientes mais primitivos, sem a estrutura defensiva do neurótico e que se desorganizam com facilidade.
7. Não existe fronteira rígida entre essas fases, justamente porque elas são evolutivas, fazem parte de um processo que vai se desenvolvendo gradualmente. Dessa forma, as etapas também se sucedem e se transformam aos poucos.

## REFERÊNCIAS

---

1. Klein M. Uma contribuição à psicogênese dos estados manícodepressivos. In: Klein M. Contribuições à psicanálise. 2. ed. São Paulo: Mestre Jou; 1981. p. 355-89.
2. Langs R. The technique of psychoanalytic psychotherapy. New York: J. Aronson; 1974. v. 2.
3. Dewald PA. Psicoterapia: uma abordagem dinâmica. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.
4. Freud S. Sobre o início do tratamento. (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; c1969. v. 12. p. 164-92.
5. Bion WR. Two papers: the grid and caesura. Rio de Janeiro: Imago; 1977.
6. Favalli PH. O campo psicanalítico: considerações sobre a evolução do conceito. Revista Latino-Americana de Psicanálise. 1999;3(1):23-46.
7. Chuster A. W. R. Bion novas leituras: dos moldes científicos aos princípios ético-estéticos. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 1999. v. 1.
8. Etchegoyen RH. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987. p. 369, 374
9. Winnicott DW. The use of an object and relating through identifications. In: Winnicott DW. Psycho-analytic explorations. Cambridge: Harvard University; 1989.
10. Ferenczi S. O problema do fim da análise. In: Ferenczi S. Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1992. (Obras completas, v. 4).
11. Freud S. Análise terminável e interminável. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; c1969. v. 23. p. 247-90.
12. De Simone G. Ending analysis: theory and the technique. London: Karnac; 1997.
13. Freud S. Conferência XXVII: transferência. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; c1969. v. 16. p. 503-21.
14. Freud S. Conferência XXXI: a dissecação da personalidade psíquica. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; c1969. v. 22. p. 75-102.
15. Winnicott DW. The aims of psycho-analytical treatment. In: Winnicott DW. The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development. London: Karnac; 1990.
16. Klein M. On the criteria for the termination of a psychoanalysis. Int J Psychoanal. 1950;31:78-80.
17. Meltzer D. O processo psicanalítico: da criança ao adulto. Rio de Janeiro: Imago; 1971.
18. Hartmann H. Technical implication of ego psychology. Psychoanal Q. 1951;20(1):30-43.
19. Aguiar RW. Indicadores da terminação em psicoterapia de orientação analítica. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 394-400.

## LEITURA SUGERIDA

---

Bion WR. Turbulência emocional e sobre uma citação de Freud. Rev Bras Psicanál. 1987;21:121.

Na sua singeleza poética, Mário, o carteiro do filme *O carteiro e o poeta*,<sup>1</sup> ao ouvir uma poesia recitada por Neruda, comenta: “é engraçado, senti-me como um barco sendo sacudido pelas palavras da poesia...”. Curioso, senti-me até um pouco nauseado... Neruda diz-lhe que ele acabou de fazer uma poesia, pois expressou sua emoção por meio de uma metáfora. Mário surpreende-se e diz, com sua pureza ingênua, que não, não vale, pois foi sem querer. Além de ter feito uma poesia, o personagem define algo que me pareceu importante destacar para a finalidade deste capítulo: ele descobriu o poder da palavra para não só expressar os estados emocionais que vivenciamos como também para nos provocar intensas emoções e até sensações somáticas. Ele evidencia o enlace entre o simbólico e o somático. Aliás, em todo o filme, a palavra é enaltecida como aquilo que é capaz de arrebatá-lo, modificar e transformar o sujeito. A relação de Mário, o carteiro, e Neruda, o poeta, pode ser entendida – entre vários outros enfoques possíveis – como uma relação de natureza psicoterápica: Mário, aplastado em um ambiente que não sente como motivador, vislumbra em Neruda a possibilidade de transformar sua vida, conquistar mulheres, ter uma identidade, curiosamente pela

aquisição do dom da palavra: ele quer ser poeta também. Aprende a dar nome às suas emoções, a compreender e a nomear os sentimentos dos outros, bem como dos objetos do mundo, e transforma-se.<sup>2</sup>

Este capítulo tratará justamente disso: como, por meio da palavra, do *insight* que dela resulta, será possível ao paciente atingir melhoras sintomáticas e mudanças psíquicas.

Baranger e Baranger<sup>3</sup> auxiliam no esclarecimento da importância da palavra no trabalho psicoterápico.

A palavra que veicula a interpretação, diz Baranger, tem, de fato, um papel e funções essenciais: ela conecta emoções e partes do *self*, até então clivadas, e discrimina paciente e terapeuta, interno e externo, passado e presente. A palavra ordena as diversas confusões presentes na mente do paciente e na dupla terapêutica, mediante a discriminação do que esteve fusionado e da conexão do que esteve clivado.

Em recente trabalho, publicado na *Revue Française de Psychanalyse*,<sup>4</sup> foi estudada a função materna e a paterna da inter-

pretação, tema que será desenvolvido mais adiante.

Os tópicos de que trataremos neste capítulo, o *insight* e a elaboração, são da maior importância na psicanálise e nas psicoterapias de orientação psicanalítica. Tais psicoterapias estão justamente dirigidas ao *insight*, mas veremos o quanto apenas este não é suficiente para atingirem-se os objetivos visados no tratamento. Será necessário um processo de elaboração que conduza às modificações desejadas.

O *insight* é obtido por meio da interpretação realizada pelo psicanalista ou pelo psicoterapeuta de orientação psicanalítica.

Tentaremos compreender de que modo a palavra é capaz de atingir camadas profundas do psiquismo e provocar, em seu âmago, mudanças estáveis nos estados afetivos e em sua exteriorização, por meio da conduta.

Sabemos que existem outras formas de obterem-se modificações sintomáticas no paciente que não pelo *insight*, tal como a sugestão. Nos tratamentos psicanalíticos e nas psicoterapias de orientação psicanalítica, embora possam ocorrer intervenções de cunho sugestivo, elas são ferramentas mais utilizadas em outros tipos de psicoterapias.

Como já trataram Duarte<sup>5</sup> e Lewkowicz,<sup>6</sup> de modo geral, entende-se o *insight* e a elaboração como dois processos integrados. O *insight* é uma compreensão profunda a respeito da vida psíquica, podendo ser mais intelectual ou mais carregado de emoção. Ele ocorre em um dado momento da psicoterapia ou da análise e inicia em um longo processo de elaboração, que consiste na superação de diversas formas de

resistências e culmina nas almeçadas mudanças psíquicas. Ao longo deste capítulo, teremos oportunidade de detalhar esses conceitos.

Veremos o quanto, no desenvolvimento da teoria psicanalítica, dependendo do modelo teórico em questão, de como o funcionamento mental é entendido, variam os objetivos da interpretação, o contexto em que ela ocorre e os tipos de mudança esperados.

## ASPECTOS HISTÓRICOS

No início, a técnica concebida por Freud era, basicamente, sugestiva.<sup>7</sup> A própria hipnose consistia em uma forma de sugestão. Ocorria nessa técnica que o analista ocupava o lugar do superego do paciente, sugerindo o que ele deveria ou não deveria fazer. Depois, percebeu-se que isso não alterava em nada o conflito inconsciente, pois este, em seguida, voltava a produzir novos sintomas.

Breuer, em 1880, renunciou ao método sugestivo para tratamento das neuroses e passou a aplicar o método hipnótico de uma forma diferenciada. Passou a utilizá-lo, não para promover condutas sãs em sua histórica paciente Ana O., mas para fazê-la falar sobre seus pensamentos e suas experiências. Este foi um passo decisivo na história das psicoterapias, pois a hipnose não foi empregada para remover sintomas, mas para acessar memórias inconscientes.<sup>8</sup>

Freud, em seus *Estudos sobre a histeria*,<sup>9</sup> avançou ainda mais, situando-se em uma etapa intermediária, pois abandonou a hipnose e passou a usar um método que pressionava o paciente a falar sobre seus pensamentos. Esse método, anterior à psi-

canálise propriamente dita, foi chamado de *método de coerção associativa*.<sup>8</sup>

O criador da psicanálise compreendia, na época, que a função do sintoma neurótico era dupla: de um lado, defender a personalidade do paciente contra uma tendência inconsciente de pensamentos que lhe resultavam inaceitáveis e, de outro, ao mesmo tempo, gratificava dita tendência. O objetivo do *insight* era levar o paciente a ter consciência dela, fazer consciente o inconsciente, acreditando-se que assim cessaria a razão de ser do sintoma.

Ele deveria desaparecer automaticamente. Surgiram, no entanto, dificuldades: o paciente passava a colocar obstáculos ao bom andamento do tratamento – surgia a resistência – e, mesmo depois de conscientizado o pensamento inconsciente subjacente ao sintoma, ele persistia inamovível, no dizer de Strachey.<sup>7</sup> Como sempre ocorre na psicanálise, particularmente ao longo do trabalho investigativo de Freud, esses obstáculos deram lugar a avanços teóricos. Freud descobriu que era possível ter consciência de uma tendência inconsciente em dois sentidos: poderia ter consciência dela, mediante a interpretação do analista, sem ter “realmente” consciência dela. Criou uma metáfora visual para tentar explicar o fenômeno: deveríamos imaginar a mente como um mapa, em que, em uma determinada região, estava a tendência inconsciente, como pulsão, ou como uma moção pulsional, e, em outra região, a informação provida pelo terapeuta. O verdadeiro *insight* ocorreria apenas quando se poderia conectar essas duas impressões, a tendência pulsional e a informação. Posteriormente, essa compreensão deu origem aos concei-

tos de *insight* descritivo e ostensivo, que logo adiante abordaremos.

Entretanto, Freud logo percebeu que o paciente se opõe a recordar, pois há uma *resistência* a entrar em contato com memórias dolorosas. Descobre haver um jogo de forças intrapsíquicas, em que se confrontam o desejo de lembrar e o de esquecer simultaneamente. Propõe, então, a técnica da livre associação, em que o paciente deveria falar livremente, e, a partir do momento no qual esbarrava em alguma resistência, esta deveria ser compreendida e ativamente superada.

Freud entendeu que, antes de o paciente poder ter um *insight* acerca de seus desejos reprimidos, teria de compreender a resistência que estava colocando ao progresso do tratamento, e, uma vez feito isso, o inconsciente reprimido brotaria com facilidade.

Deu-se conta, também, de que algo, uma força interna ao paciente, impedia que se realizasse essa conexão. Seria algo como a descoberta de uma outra forma de ação da resistência. Desse modo, a fim de obter o verdadeiro *insight*, seria preciso interpretar, tornar consciente, também a resistência. Foi a partir disso que surgiu outro grande avanço na teoria da técnica: o objetivo do analista não era tanto tornar conscientes as tendências pulsionais censuradas, mas *libertar o paciente de suas resistências a elas*. Removendo as resistências, elas aflorariam naturalmente e sem maiores sobressaltos. Nesse aspecto, Reich<sup>10</sup> deu sua grande contribuição à teoria da técnica psicanalítica. Preconizava – e isso é válido até hoje, na teoria da técnica mais contemporânea – que não é possível visar-se a um *insight* de

conteúdo (p. ex., um desejo infantil qualquer) enquanto não for compreendida uma resistência ativa no momento, como, por exemplo, uma transferência negativa que se expressa na forma como o paciente fala ou se conduz no *setting*.

A importância desse histórico para o nosso tema consiste em compreendermos que, para que o *insight* seja obtido, necessita-se percorrer um caminho que pressupõe a superação de resistências.

Primeiramente, as resistências à aquisição do *insight*; em seguida, aquelas à efetividade dele; por fim, as resistências à elaboração, ou seja, ao abandono das gratificações e dos padrões aos quais o sujeito está neuroticamente apegado.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS A RESPEITO DO *INSIGHT*

O termo *insight* provém do inglês e foi cunhado pelos analistas da Europa e da América. Foi criado, no entanto, para expressar ideias que pertencem integralmente a Freud.<sup>8</sup> Considerando que a psicanálise e a psicoterapia de orientação psicanalítica visam a aumentar o conhecimento que o sujeito tem de si mesmo, o *insight* seria o momento da tomada de consciência de algo significativo a respeito da vida psíquica no tratamento.

Em inglês, a palavra significa visão interna, em função da junção do prefixo *in* (dentro) e o acréscimo de *sight* (vista). Trata-se, então, da visão, da compreensão que o sujeito tem a respeito de seu mundo interno, de sua vida psíquica.

De acordo com Etchegoyen,<sup>8</sup> é um tipo especial de conhecimento, novo e intransferível, em que o sujeito capta uma relação entre dois elementos que até aquele momento não havia percebido. Essa nova relação entre determinada atitude e um novo sentido que lhe é atribuído muda o significado de sua experiência. Um paciente, por exemplo, bate o carro. Diz que vinha dirigindo seu carro novo, chovia, e ele pensava que era um “bom” dia para bater o carro. Faz, então, uma manobra arriscada, não olha o retrovisor da direita e colide. Assume logo a culpa e responsabiliza-se pelos danos materiais. Na sessão, relata o acidente e, imediatamente após o relato, conta que, no fim de semana, cometeu uma transgressão com a namorada e ficou deprimido de encontrar a mãe, que vive no interior, sem condições mínimas de vida. Entendemos que o acidente ocorreu em função de seu sentimento de culpa e que foi uma forma de punição. Esse evento, que poderia ser percebido simplesmente como obra do acaso, passa a ter um novo significado. O *insight* serve para apreender um significado a que não se podia ter acesso até aquele momento.

A relação mais clássica existente é entre o *insight* intelectual e o emocional, sendo que alguns consideram verdadeiro apenas o segundo. Porém, na medida em que se trata de uma aquisição de conhecimento e de estabelecer novas relações entre dois termos, há um componente intelectual intrínseco ao *insight*. Considera-se que a emoção deva estar presente ou vinculada a esse ganho de conhecimento. Segundo Etchegoyen,<sup>8</sup> a emoção pode estar presente de duas formas: na primeira, o *insight* se refere a uma emoção; seu conteúdo é a emoção e o significado novo que será a ela atribuído. A segunda forma é que um determi-

nado *insight* libere determinadas emoções, imperceptíveis até aquele momento.

Existe, no entanto, outra classificação já mencionada por Duarte,<sup>5</sup> mas que merece ser lembrada.

Haveria o *insight* descritivo, obtido pela descrição verbal, restringindo-se ao domínio do verbal, e o ostensivo, que inclui, no momento do *insight*, uma vivência emocional que coloca a pessoa em contato direto com determinada experiência psicológica, sendo, por isso, chamado de ostensivo.

São situações em que, ostensivamente, aparece no consultório, ao vivo, uma vivência emocional e é possível apontar: “é disso que estávamos falando”. Na verdade, esses dois tipos de *insights* não se excluem, mas se complementam, pois a vivência emocional experimentada em determinado momento, como consequência de um conhecimento obtido no tratamento, é importante, do mesmo modo que é necessário que ela própria seja outra vez traduzida em palavras, para ser ampliado o conhecimento a respeito dela.<sup>8</sup>

Baranger e Baranger<sup>11</sup> descrevem o *insight* como um fenômeno do campo bi-pessoal. Sempre, inevitavelmente, ele é obra de duas pessoas, em qualquer dos modelos teóricos que se tome como referência. Claro que, naqueles que privilegiam a identificação projetiva, tal aspecto será mais bem entendido e enfatizado. O autor destaca o caráter de descobrimento do *insight*, acompanhado do sentimento de surpresa. Essa vivência é de descobrimento, de afeto não erotizado e sem a negação de tensões agressivas que podem ter ocorrido. É a sensação de trabalho cumprido e de que valeu a pena ser empreendido. Descreve como a gratifi-

cação autêntica que o analista pode afeirir de seu trabalho, além de outras menos fundamentais. É a possibilidade de acesso ampliado a distintas regiões do psiquismo. Não uma invasão ou confusão, mas uma união discriminada.

Talvez o maior clássico da história da psicanálise sobre *insight* e mudança psíquica seja o trabalho de James Strachey, de 1934. O que mais impressiona em seu genial artigo é que ele foi escrito em plena efervescência das criações clássicas da psicanálise e consegue obter, mesmo assim, a lucidez por vezes alcançada apenas com o distanciamento histórico.

Strachey dividiu em duas fases a interpretação mutativa, ou seja, aquela com a propriedade de produzir um *insight* capaz de efetuar mudanças profundas no psiquismo.

Ressalta que as duas fases costumam ser sucessivas, mas que, para efeitos de compreensão, podem ser divididas.

Na primeira fase, descreveu vários passos. Ocorreria, antes de tudo, a tomada de consciência de que está havendo uma tensão no ego; depois, a consciência de que está em ação um processo repressivo e que o sentimento de ansiedade provém do desamparo do ego diante das ameaças severas do superego; e, terceiro, finalmente, a tomada de consciência do impulso do id, que vinha sendo reprimido. O *insight* visto dessa forma dirige-se a vários pontos do aparelho mental, a vários setores da estrutura da personalidade, preparando o sujeito para conscientizar-se e absorver algum impulso do id. Esses processos poderiam ocorrer de forma sucessiva ou em uma sucessão irregular. Ou seja, em determinado

momento, o paciente poderia compreender a crueldade de seu superego; em outro, o quanto se sente angustiado pelas censuras que se faz e, posteriormente, as tentativas que faz para reparar o que acredita ter danificado com sua hostilidade.<sup>7</sup>

É interessante notar que, ao descrever a primeira fase da interpretação, Strachey utilizou um referencial classicamente freudiano: mencionou apenas tornar consciente uma pulsão inconsciente a partir da compreensão da dinâmica entre as três instâncias: o id, o ego e o superego. Na segunda fase da interpretação considerada mutativa por Strachey, é digno de nota enfatizar que integra um ponto de vista kleiniano, sendo que fazer isso em 1933 é realmente notável, conhecendo-se as rivalidades da época.

Diz ele que, estimulado pelo processo de transferência, o paciente dirigiu sua pulsão reprimida ao analista (ou ao terapeuta), porque projetou nele seu objeto interno arcaico. O terapeuta, então, ao manter a *atitude analítica*, de apenas compreender, e não atuar juntamente com o paciente aquela pulsão, ajuda-o a discriminar entre o objeto arcaico projetado e o objeto real, o terapeuta. Ao tomar consciência dessa distinção, o paciente poderá entender melhor a natureza de seu objeto interno, de seus sentimentos e desejos em relação a ele, e desenvolver seu sentido de realidade por diferenciar o que é real do que é seu mundo interno. O *insight*, nesse sentido, passa do plano puramente intrapsíquico – compreender suas pulsões, as repressões do ego e as censuras do superego – para um plano relacional e bipessoal.

Nesse trabalho,<sup>7</sup> destaca-se que, para ocorrer a segunda fase da interpretação mutativa, a discriminação entre o objeto primitivo projetado sobre o terapeuta e sua

atitude real é essencial à manutenção da neutralidade. Se o analista ou o terapeuta comportarem-se realmente como um bom objeto que gratifica, ou como um mau objeto que frustra ou ataca, essa discriminação não será possível, pois o terapeuta terá se comportado com um objeto interno do paciente. Então, o procedimento técnico de apoiar o paciente, embora possa ser muito útil em algumas psicoterapias dirigidas a essa finalidade, nas psicoterapias psicanalíticas, pode constituir um problema, pois, nesses casos, o terapeuta estará atuando como um objeto do mundo interno do paciente, gratificando-o ou frustrando-o diretamente.

Strachey<sup>12</sup> salientou que essa segunda fase da interpretação, chamada por ele de mutativa, seria mais possível de ser atingida por meio das interpretações transferenciais, em especial nos tratamentos psicanalíticos, em que a transferência é mais intensa. Segundo ele, para a interpretação ser mais efetiva, produzir um *insight* mais intenso, é preciso que seja interpretado um desejo que esteja ativo naquele momento, a fim de ser sentido como real, presente. Assim, as interpretações transferenciais potencialmente poderiam produzir *insights* mais intensos. As interpretações extratransferenciais, mais utilizadas em psicoterapias, correm maior risco de conduzirem apenas a *insights* intelectuais, levando à compreensão de que desejo, temor ou fantasia esteve em atividade *naquele outro momento*, naquele outro lugar, em uma linguagem racional, destituída de afeto, podendo transformar-se em uma atividade tipo “dicionário”, em que “isto” quer dizer “aquilo”. Uma decodificação pura e simples, sem presença do afeto. Mais adiante, abordaremos o porquê da importância da presença do afeto no *insight*.

Para evitar essa situação, talvez seja importante destacar que o terapeuta de-

verá sempre buscar o “ponto de urgência” para efetuar a interpretação, ou seja, onde está o afeto e de que afeto se trata. Mesmo que o afeto esteja ligado a uma experiência extratransferencial, identificá-lo e torná-lo objeto da interpretação permitirá que não se caia em um intercâmbio estéril com o paciente.

Tendo estudado alguns aspectos gerais, passaremos a ver, no item seguinte, como o *insight* e a sua dinâmica são entendidos nos vários modelos teóricos da psicanálise.

## **O INSIGHT NO MODELO FREUDIANO CLÁSSICO**

O *insight*, segundo o modelo freudiano, como já referido, consiste, basicamente, em tornar consciente o inconsciente. Entretanto, essa assertiva é mais complexa do que aparenta. Para Freud, do ponto de vista dinâmico, há diversos “inconscientes”: há o inconsciente reprimido, que são todas as pulsões e as fantasias correspondentes que sofreram esse destino; há todas as funções do ego que mantêm a repressão e a resistência ao tratamento; e, por fim, o superego e suas várias funções. Nesse sentido, o paciente poderá tomar conhecimento, ter um *insight*, a respeito de um desejo seu reprimido, de uma censura inconsciente que faz a si mesmo e lhe causa um sentimento de culpa ou de uma resistência que o domina e cria obstáculos ao andamento do tratamento. Em *Inibições, sintomas e ansiedade*, Freud<sup>13</sup> deixa claro seu ponto de vista:

É difícil para o ego dirigir sua atenção para percepções e ideias que ele então estabeleceu como norma evitar, ou reconhecer como pertencendo a si próprio impulsos que são o oposto completo daqueles que ele conhece como seus próprios. Nossa luta contra a resistência na análise baseia-se nesse

ponto de vista dos fatos. Se a resistência for ela mesma inconsciente, como tão amiúde acontece devido à sua ligação com o material reprimido, nós a tornamos consciente.

Para entendermos melhor como acontecem, do ponto de vista freudiano, a conscientização do inconsciente, o próprio *insight* e as mudanças psíquicas, será preciso aprofundar sua concepção de repressão. Para Freud, quando uma pulsão é reprimida, as representações (pensamentos, imagens, recordações) ligadas a ela são repelidas ou mantidas no inconsciente, mediante vários movimentos de catexias e anticatexias que aqui não nos interessa detalhar.<sup>14</sup> Entretanto, o afeto ligado a essa pulsão alvo da repressão é liberado sob forma de ansiedade livre. Assim, o afeto que estava ligado às representações reprimidas, quando opera a repressão, é desligado de sua representação original. Simplificando, então, existem dois destinos para esse afeto: permanece livre sob forma de ansiedade, e o sujeito fica ansioso e não sabe por quê; ou se liga a outra representação substitutiva.

Desde cedo, Freud descobriu que o afeto é flutuante, circulando entre uma representação e outra. Essa é a energia livre. A energia ligada é a que se uniu de uma maneira fixa a uma representação, sendo as fobias o exemplo clássico (o medo de Hans liga-se à representação do cavalo). O afeto é transposto, deslocado, de uma representação inconsciente para uma consciente; logo, temos uma simbolização.<sup>15</sup>

As funções da simbolização, em Freud, são, pois, a substituição de uma representação por outra (o pai pelo cavalo no caso do Pequeno Hans<sup>16</sup> e também a “ligação” do afeto que ficou liberado pela repressão da representação à qual ele estava ligado a uma outra representação, a fim de evitar a angústia. Utilizando-nos do modelo freudiano, poderíamos imaginar

a seguinte situação: um menino teme ser castrado pelo pai em função de seus desejos incestuosos. Todas essas representações são reprimidas; o menino simplesmente fica ansioso sem ninguém saber o motivo e, depois, passa a apresentar medos de cachorros, por exemplo. Houve uma simbolização que permitiu uma nova organização psíquica, na medida em que surgiu como tentativa de ligar, dominar, uma energia livre e indiferenciada, gerada depois da autonomia adquirida em relação a sua representação original, que foi reprimida. O afeto surge sempre do “desmanche” de uma rede simbólica anterior. Como veremos, esse ponto de vista está em perfeita harmonia com posicionamentos posteriores, como o de Bion, por exemplo, segundo o qual a impossibilidade de representação simbólica das experiências emocionais implica uma descarga bruta dos afetos, seja como ansiedade, segundo Freud, seja como somatizações ou atuações, para Bion.<sup>17</sup>

A palavra que veicula a interpretação tem o poder de restabelecer a coerência perdida e criar uma nova ordem simbólica. Haveria simbolização, nesse modelo, quando um afeto, desligado de sua representação original pelo processo de repressão, fosse ligado a uma nova representação. Simbolizar seria “ligar, reter – e, evidentemente, controlar – o afeto puro, para impedir que surja de forma não especificada, não ligada, isto é, sob forma de angústia”.<sup>14</sup>

Tal simbolização segue tendo relevância teórico-clínica hoje, por várias razões. Primeiro, por ser um modelo teórico que permanece verdadeiro e útil do ponto de vista clínico. Muitas vezes, operamos dentro desse modelo, mesmo que utilizemos outros. Segundo, porque hoje nos deparamos com muita frequência com pacientes

com dificuldades na simbolização que se apresentam com marcantes quadros de ansiedade livre, chegando, às vezes, a configurar ataques de pânico. Ligar essa ansiedade livre a alguma representação, dar um nome ou um sentido a essa ansiedade promovem um benefício econômico considerável. Sabemos que, na metapsicologia freudiana, o ponto de vista econômico é fundamental. Por economia psíquica entendemos toda variação de energias que ocorre no psiquismo. Quando um afeto é desligado de sua representação em função da repressão, há um aumento de energia livre, ocasionando ansiedade. “Ligar” esse afeto a uma representação provoca alívio, pois a energia ligada significa uma redução nos níveis de ansiedade.

Mas, retomando o foco deste capítulo, para que nos interessa tudo isso?

Interessa-nos, pois, no modelo freudiano, ter um *insight* significará perceber a qual representação estava ligado originalmente o afeto em foco. No caso do menino imaginário citado anteriormente, de forma simplificada, seria ele descobrir: “ah, então eu tenho medo de cachorros em vez de temer meu pai por desejos proibidos que tive?”. O *insight* seria desmanchar o deslocamento do afeto à nova representação substitutiva e remetê-la a sua representação original.

Seria um *insight* pelo restabelecimento da coerência perdida em função da repressão.

## O *INSIGHT* NO MODELO KLEINIANO

No modelo kleiniano, as defesas levadas em consideração, de modo predominante, são a dissociação, provocando clivagens, e a

identificação projetiva, causando perdas de conteúdos mentais ou partes do *self*, diferentemente do modelo freudiano, em que a repressão é a defesa por excelência. Isso fará o entendimento do funcionamento mental e da psicopatologia e, por extensão, os objetivos das interpretações serem diferentes.

A seguir, apresenta-se uma breve revisão de alguns conceitos básicos de Melanie Klein. Ela acreditava que, confrontado com as primeiras ansiedades decorrentes da ação da pulsão de morte, o bebê dissocia essa parte do *self* vinculada à pulsão de morte e projeta o temor ao aniquilamento para dentro de um objeto sentindo-o como perseguidor. A posição esquizoparanoide será entendida a partir desses processos de clivagem e projeção, que produzem uma visão parcial de si e dos objetos, criando na fantasia da criança a vivência de estar cercada de objetos parciais bons e maus. A predominância dos processos projetivos levará a uma visão distorcida dos objetos e da realidade, uma vez que estes serão vistos à luz daquilo que foi projetado. De modo gradual, na medida em que predominam as boas experiências, vai se fortalecendo o objeto bom, tornando-se o núcleo do ego, diminuindo as ansiedades persecutórias, a ação dos processos projetivos e permitindo que, pouco a pouco, o sujeito sinta a si e aos seus objetos como mais integrados, conduzindo às experiências da posição depressiva.

Klein<sup>18-20</sup> descreve, na posição depressiva, uma ampliação dos interesses da criança, um fortalecimento e um desenvolvimento do ego, uma organização libidinal maior e, como consequência, uma ampliação do âmbito das fantasias, uma maior elaboração e diferenciação destas, bem como uma modificação em sua natureza. Os processos de síntese nas relações objetivas ganham a primazia, e a ambivalência

passa a existir. Cria-se a noção de objeto total e o temor de perdê-lo pelos ataques sádicos anteriores. Os processos de síntese e integração do ego permitem uma maior apreensão, tanto da realidade psíquica quanto da realidade exterior. A noção de objeto total e a culpa pelo dano possível ao objeto amado fazem as *tendências reparatórias* se fortalecerem. Cria-se “uma urgência superlativa de fazer a reparação e de preservar ou reanimar o objeto amado e danificado”.<sup>19</sup> Como as tendências reparadoras provêm do instinto de vida, trazem consigo fantasias e desejos libidinais. A tendência reparadora passará a fazer parte das sublimações e será o grande meio pelo qual a depressão será elaborada e mantida sob controle. O desenvolvimento adequado da posição depressiva depende de como se realizou o desenvolvimento anterior, ou seja, se estabeleceu uma incorporação adequada do bom objeto como núcleo integrador do ego, e, portanto, os processos de divisão do ego não foram excessivos. Na posição depressiva, por meio da reparação do objeto amado e atacado, este se reinstala no mundo interno recuperado e restaurado. Evidentemente, aqui há a referência a uma reconstrução mental do objeto, na fantasia, supondo já um grau considerável de simbolização.<sup>21</sup>

Então, Melanie Klein entende o funcionamento mental a partir de seus conceitos de posição esquizoparanoide e posição depressiva e das relações de objeto que o sujeito internaliza em seu desenvolvimento primitivo. Nesse sentido, compreenderá a ação terapêutica vinculada a esses conceitos: confrontado com ansiedades, o indivíduo poderá recorrer a mecanismos esquizoparanoides, cindindo seu *self* e projetando partes dele em algum objeto. A ênfase atribuída às relações objetivas fará a transferência ser considerada um instrumento privilegiado para produzir mudan-

ças. O paciente projetará partes de si no terapeuta, que terá a missão de acolhê-las, compreendê-las e interpretá-las. O *insight* será dirigido à compreensão dessas cisões e projeções de partes do *self* e visará à recuperação do que foi projetado e à integração do *self*.

A reinternalização daquilo que foi projetado e a superação das cisões a partir do *insight* permitirão uma maior integração do *self* e uma visão mais acurada da realidade.

Estes são, justamente, fenômenos da posição depressiva. Eles permitirão a aquisição de uma visão mais realística e completa de si, do objeto e da realidade. Assim, aquilo que Klein compreende como sendo próprio do desenvolvimento infantil, a passagem da posição esquizoparanoide para a depressiva, é o que ocorre em um tratamento de orientação psicanalítica. A passagem de posição esquizoparanoide (PE) para posição depressiva (PD) implicará múltiplas alterações no funcionamento mental e na visão de si e do mundo. Acarretará diminuição dos processos projetivos e aumento dos processos introjetivos; diminuição das cisões e reforço na integração do *self* e dos objetos; uma visão mais clara de si, dos objetos e do mundo; maior responsabilidade por seus desejos e pelo cuidado com os objetos amados. Tal é o crescimento mental almejado no modelo kleiniano.

A mudança psíquica desejada, obtida por meio de sucessivos *insights*, será o indivíduo poder responsabilizar-se por suas pulsões, por seus desejos e pela conquista do respeito e da consideração pelo outro.

A grande oposição a esse crescimento, nesse modelo, é a inveja primária.<sup>22</sup>

A responsabilização por suas pulsões e a consideração pelo objeto conduzem à vivência da culpa pelos ataques ao objeto amado e ao desejo de repará-lo. Afirma Pe-tot:<sup>23</sup>

A ansiedade depressiva só é verdadeiramente completa quando os sentimentos de culpa são plenamente experimentados e as condutas reparadoras simbólicas são bem-sucedidas.

Corroborando o que estamos estudando, Bangerter<sup>11</sup> comenta que o *insight* seria a superação de uma clivagem, uma integração de algo dissociado e, nesse sentido, um fenômeno da posição depressiva. Além da associação de algo que esteve dissociado, o *insight*, envolve uma reintegração do que esteve projetado, pois, ao emergir do estado de fusão com o paciente promovido pelas identificações projetivas deste, por meio da interpretação, o terapeuta “devolve” ao paciente, de modo já transformado, modificado, o que havia sido projetado por ele.

No campo analítico ou psicoterápico, em um primeiro momento, temos a “fusão” de paciente e terapeuta pela troca de identificações projetivas, fazendo com que fique “misturado” o que é do paciente e o que é do terapeuta. Ao interpretar, há a passagem de um estado de simbiose a outro, em que analista e paciente se individualizam novamente e se repositonam em seus lugares. No momento do *insight*, ambos compartilham a mesma vivência de descobrimento e a sensação de trabalho cumprido.<sup>11</sup> Esse é um dos motivos pelos quais se atribui à interpretação uma função paterna.<sup>4</sup> Tal como o pai no desenvolvimento infantil, a interpretação “desfaz”

a fusão paciente-analista ocorrida em um primeiro tempo. Bollas<sup>24</sup> defende a ideia de que os três personagens do Édipo – a criança, a mãe e o pai – estão sempre presentes na situação analítica e psicoterápica. A criança, no devaneio, no sonho, no brincar na sessão. A mãe, ao acolher essa vivência e na capacidade de estar junto e sonhar com a criança. E, o pai, no estabelecimento dos limites e da discriminação. Claro que essas funções poderão transitar entre a dupla terapêutica a cada momento da experiência.

## NO INSIGHT NO MODELO BIONIANO E NAS TEORIAS DO CAMPO

Veremos, a seguir, como as contribuições de autores como Bion, Baranger, Ferro e Ogden elevam a importância da relação terapêutica ao seu apogeu, entendendo que é por meio dela e da experiência emocional compartilhada no campo terapêutico, pela dupla paciente-terapeuta, que ocorrerá a possibilidade de crescimento mental. Nesses referenciais, o crescimento mental é entendido como a ampliação da capacidade de simbolizar, representar, as experiências emocionais, sensoriais e pulsionais brutas – que pressionam à ação – em elementos simbólicos, pensamentos, capazes de serem sonhados e pensados e “metabolizados” na esfera psíquica.

Bion, em *Dream-work- $\alpha$* ,<sup>25</sup> apresenta uma série de funções mentais que afirma já serem bem conhecidas da psicanálise. Descreve o que, posteriormente, chamará de função  $\alpha$ :

1. é contínua dia e noite

2. opera sobre estímulos recebidos de dentro e de fora da mente e sobre a contraparte ideativa dos fatos externos

Tal função transforma as impressões sensoriais brutas de modo que possam ser armazenadas e lembradas. A impressão sensorial é transformada em ideograma, ou “ideogramatizada”. Por exemplo, se a experiência é de dor, o psiquismo poderá receber uma imagem de uma face com lágrimas, ou de um cotovelo arranhado.

Posteriormente, ordenando e ampliando suas ideias, Bion<sup>26</sup> criou o seguinte modelo: a função  $\alpha$  opera sobre as impressões sensoriais e sobre as emoções, chamadas por ele de elementos  $\beta$ , transformando-as em elementos  $\alpha$ :

Os elementos  $\alpha$  são as imagens visuais, os modelos auditivos, olfativos, adequados para serem empregados nos pensamentos oníricos, o pensar inconsciente de vigília, os sonhos, a barreira de contato, a memória.

E acrescenta: “Os elementos  $\alpha$  se assemelham e, na realidade, podem ser idênticos às imagens visuais a que estamos familiarizados nos sonhos”.

Trata-se de formas mentais capazes de serem pensadas ou armazenadas, enquanto os elementos  $\beta$  equiparam-se às coisas em si, pertencendo ao campo dos fenômenos, e não das ideias, ou seja, não passíveis de serem pensados. Os elementos  $\alpha$  pertencem ao domínio do pensar, e os elementos  $\beta$ , ao domínio do sentir. A função  $\alpha$  é necessária para o pensar consciente e para que determinado pensamento seja armazenado no inconsciente. Se só existem elementos  $\beta$ , que não podem ser inconscientes, não pode haver repressão. Aquela permite, então, a formação da barreira inconsciente/consciente (barreira de contato). Assim, na vigí-

lia, o sujeito pode ficar “adormecido” para percepções e experiências emocionais por ela armazenadas no inconsciente. A função  $\alpha$  possibilita o sonhar, por formar elementos  $\alpha$  que originarão os pensamentos oníricos. Garante, ainda, o desenvolvimento do sentido de realidade, tão importante para a mente quanto a comida, a bebida, o ar e a eliminação de fezes e urina o são para o corpo, no modelo teórico bioniano. A barreira de contato, como veremos, resulta da aderência entre os elementos  $\alpha$ .<sup>21</sup>

Segundo Bion,<sup>17</sup> para se aprender com a experiência, é preciso que a função  $\alpha$  opere sobre a experiência emocional, seja na vida diurna, seja na noturna, transformado-a em conhecimentos e memórias capazes de serem armazenados. Os elementos  $\alpha$  podem ser pensados, porque podem integrar-se, estabelecer ligações entre si. Capper,<sup>27</sup> em artigo interessante, sobre a função  $\alpha$ , comenta que, no sentido bioniano, a qualidade de ter significado está ligada à possibilidade de estabelecer conexões. Ou seja, uma ideia é significativa se pode ser conectada a outra ideia.

A tela de elementos  $\beta$ , que não podem articular-se entre si, presta-se mais à expulsão e visa a provocar reações no analista. O uso das palavras é mais uma ação para liberar o psiquismo de um acréscimo de estímulos do que uma linguagem propriamente dita.

Um dos grandes diferenciais de Bion em relação a Klein é que, além de criar um modelo teórico a propósito do que se passaria intrapsiquicamente, ele concebe a relação mãe/bebê de tal modo que o que se passa dentro da mente do lactante se torna inseparável do vínculo estabelecido com a mãe e do que se passa na mente dela.<sup>21</sup>

No início da vida, o bebê, confrontado com as frustrações inevitáveis, necessita

livrar-se dos elementos  $\beta$  e, por identificação projetiva, coloca-os para dentro da mãe. Bion,<sup>17,26</sup> dá um novo passo teórico: considera que a mãe tem um papel modulador essencial, “manejando” a personalidade do bebê para que este possa desenvolver sua mente. Ou seja, não depende apenas das características constitucionais do bebê (quantidade de pulsão de morte/vida e tolerância à frustração), mas também da capacidade mental da mãe de “metabolizar” e transformar as projeções iniciais do bebê. Considerando que a função  $\alpha$  não opera desde o início da vida, o bebê depende da função  $\alpha$  da mãe e de sua capacidade de *rêverie* para “alfabetizar”<sup>28</sup> suas experiências emocionais. A *rêverie* da mãe é entendida por Bion<sup>26</sup> como o “órgão receptor da colheita de sensações” do bebê que foram projetadas para dentro dela. É isso que satisfaz a necessidade de amor e compreensão do lactante. Se a mãe que alimenta não tem capacidade de *rêverie*, ou se a *rêverie* ocorre sem amor ao bebê ou ao seu pai (!), esse fato será comunicado ao bebê, mesmo que lhe seja incompreensível: “A ‘*rêverie*’ é fator da função  $\alpha$  da mãe”.<sup>26</sup>

Bion<sup>17,26</sup> acrescenta, assim, uma nova forma de operar a identificação projetiva, *normal*, qual seja, com finalidades comunicativas.

O bebê desperta na mãe sensações desagradáveis, das quais deseja livrar-se; a mãe as acolhe e “reage terapêuticamente”,<sup>26</sup> modificando o projetado, de modo que o bebê sente, depois de reintrojetar o que foi projetado, que está recebendo de volta sua personalidade de forma tolerável. Essa seria uma relação +contigente/contido que levaria ao desenvolvimento do

aparelho de pensar. Se, ao contrário, a mãe, reagindo com ansiedade e incompreensão, não acolhe as projeções, ou acolhe, mas não atenua e as devolve incrementadas por sua própria ansiedade, o bebê sente que está em relação com um objeto mau, espoliador, invejoso, e é invadido por um “terror sem nome”. Esse estado emocional conduz, por sua vez, a um novo incremento da identificação projetiva, contribuindo não para o desenvolvimento do aparelho de pensar, mas para um aparelho que serve mais para a evacuação.

Tal modelo teórico, que coloca o vínculo no centro do crescimento mental, irá conferir à relação terapêutica um novo *status*: será a partir das experiências emocionais da dupla terapêutica, da capacidade de *rêverie* do terapeuta, que ocorrerá o crescimento mental.

É certo que a aplicabilidade desse modelo será mais intensa e mais viável no âmbito de um tratamento psicanalítico do que na psicoterapia, em que a intensidade, a densidade, da experiência emocional é menor, e o psicoterapeuta, na maioria das vezes, não tem formação analítica. Entretanto, no tópico destinado à discussão do *insight* na psicoterapia de orientação psicanalítica, esse aspecto será debatido, percebendo-se que, mesmo no *setting* psicoterápico, em alguma medida, isso será possível.

Assim, assistimos à passagem de um modelo unipessoal, clássico, a um modelo basicamente bipessoal, embora Freud (*Recomendações*) já mencionasse a comunicação de inconsciente para inconsciente. Entretanto, suas teorizações sobre a passagem de elementos do inconsciente para a consciência em seu modelo era unipessoal. No modelo clássico, o *insight* era

compreendido em sua operação na mente do paciente: a partir da interpretação do analista, era superada uma resistência, e tornava-se consciente um elemento reprimido, provocando a sensação de alívio da tensão proveniente da repressão daquele material. No modelo bipessoal, possível a partir das contribuições de Melanie Klein e, posteriormente, de Bion e Winnicott, o *insight* será compreendido também a partir do intercâmbio de identificações projetivas entre a dupla no campo de trabalho e da posição do terapeuta em relação ao mundo interno do paciente. Criam-se as condições para entender o fenômeno psicoterápico como um campo de trabalho em que os intercâmbios projetivos da dupla conduzem e esclarecem o clima afetivo que se cria e o mundo interno do paciente.

Em *La situación analítica como campo dinámico*, Baranger<sup>3</sup> introduz o conceito de Winnicott de espaço transicional para precisar de que maneira e desde que posição o terapeuta participa do processo de *insight*. Refere que o paciente reconhece no analista uma posição privilegiada como seu objeto transicional, situado entre seu mundo interno e a realidade. No tratamento, então, o analista, ou o terapeuta, se torna uma tela de dupla projeção: pertence, ao mesmo tempo, ao mundo interno do paciente (por suas identificações projetivas) e à realidade. Desse modo, encontram-se, na pessoa do terapeuta, esses dois mundos, e ele, “de fora” do paciente, descreve tal encontro de modo menos angustiante ao paciente. Ou seja, a partir do encontro entre o mundo interno do paciente e a realidade, na mente do terapeuta, é que este pode descrevê-lo ao paciente.

Na verdade – e Baranger tem nítida esta noção –, é o campo terapêutico que se torna um espaço

transicional: ao mesmo tempo, é mundo interno e realidade, passado e presente, apresenta uma ambiguidade essencial<sup>3</sup> que a mente do analista, com suas ferramentas, é capaz de apreender.

Posteriormente, Ogden<sup>29</sup> descreveu bem esse terceiro intersubjetivo, uma experiência emocional compartilhada, que se cria entre paciente e terapeuta e que se torna o objeto da compreensão do terapeuta, da interpretação e do *insight*.

Antes de finalizar este tópico, é importante retomar as contribuições de Thomas Ogden.<sup>29</sup> De forma sintética, em sua visão, o sujeito psicanalítico cria-se a partir de diversas tensões dialéticas. Sua compreensão depende da possibilidade de articularem-se óticas de diferentes sistemas teóricos: o sujeito freudiano constitui-se na síntese da tensão dialética entre o inconsciente e o consciente; o sujeito kleiniano constitui-se na resultante da tensão dialética entre a posição esquizoparanoide e depressiva (desintegração/integração) e entre a oscilação introjeção/identificação projetiva; e o sujeito winnicottiano, entre o existir e o não existir, o eu e o tu, o sujeito e o objeto.

O que me agrada em Ogden é que ele apreende toda a complexidade e riqueza da psicanálise atual. Coloca em destaque a visão sincrônica pressuposta na teoria kleiniana, bioniana e winnicottiana, ou seja, de que persistem na mente simultaneamente o infantil e o adulto, o psicótico e o neurótico, o processo primário e o secundário, a integração e a desintegração, em uma oscilação permanente e em um conflito constante. O sujeito organiza-se em torno dos dois eixos, o sincrônico e o diacrônico. A importância dessa visão para o tema do *insight* é que o aqui-e-agora da sessão analítica passa a ser entendido sob

uma visão muito mais plástica e dinâmica. O encontro analítico será o encontro de duas subjetividades que geram uma terceira, intersubjetiva, no espaço potencial *entre* o paciente e o analista, ou seja, é

[...] a terceira área da experiência que se encontra entre o eu e o não eu, entre realidade e fantasia [...] É no espaço criado entre esses polos que os símbolos são criados e a atividade imaginativa se dá.<sup>29</sup>

E é isso que seria o objeto do *insight*.

O primeiro momento do encontro analítico é marcado pelas identificações projetivas cruzadas, pela confusão eu/não eu e pelo predomínio de PE. As experiências são vividas concretamente, e, muitas vezes, a única forma de lidar com elas é por meio do *acting out*. A interpretação – e o *insight* consequente – passa a ser entendida como uma transformação simbólica, a partir da capacidade de *rêverie* do analista principalmente, mas do paciente também, da experiência emocional intersubjetiva criada e vivida no espaço entre ambos. A possibilidade de compreendê-la e representá-la simbolicamente e, portanto, pensá-la permite a recuperação das individualidades e a discriminação eu/não eu.<sup>29,30</sup>

O *insight* promove crescimento mental, pois enriquece a mente do paciente acrescentando significado e novas simbolizações, sendo estruturante enquanto provoca uma reação catastrófica, forçando um reordenamento de todo o conhecimento anterior.

Claro que, uma vez adquirido o *insight*, será preciso ver o que o paciente fará com ele: se será acolhido em uma relação continente/contido comensal, propician-

do o nascimento de mais uma nova ideia, e assim infinitamente; ou se será invejosa ou destrutivamente despojado de sentido, atacado, levando a um esvaziamento. Mas isso pertence a outro estudo, o do ataque à capacidade de pensar, que aqui não será possível abordar.

Nesse sentido é que foi desenvolvida a ideia de que o processo interpretativo, na verdade, é uma conjugação de funções materna e paterna,<sup>4</sup> sendo necessária uma cena primária entre paciente e analista ou terapeuta. A relação continente (feminino) ↔ contido (masculino) que expande a mente, descrita por Bion,<sup>26</sup> implica isso. Ou seja, para “nascer” um novo pensamento, é necessário que haja a união criativa de dois, masculino e feminino, para gerar um terceiro, o novo pensamento. O novo pensamento, enunciado por uma interpretação, transforma-se imediatamente em contido (masculino), que deverá ser assimilado pelo continente mental do paciente (feminino), gerando um novo pensamento no paciente, e assim sucessivamente. Claro que aqui se abre um universo de possibilidades de compreensão quanto à técnica interpretativa. Terá o paciente mente (continente) para conter determinada interpretação (contido) formulada pelo analista? Terá sido a interpretação demasiada para a capacidade continente do paciente naquele momento?

Bianchedi<sup>22</sup> tem um ponto de vista estritamente bioniano quando defende que qualquer intervenção que não diga respeito à experiência emocional da dupla terapêutica, como, por exemplo, uma interpretação explicativa sobre o que o paciente relatou, é para ela “psicanálise aplicada”. Aumentará o conhecimento teórico do paciente, podendo até ajudá-lo a tomar decisões em sua vida, mas não lhe proporcionará elementos para seu cresci-

mento mental propriamente dito. *Stricto sensu* está certo: o crescimento mental, do ponto de vista bioniano, ocorre quando há transformações progressivas conduzindo a graus crescentes de abstração,  $\beta \rightarrow \alpha$ , ou experiências emocionais  $\rightarrow$  representação simbólica. Porém, especialmente em psicoterapias, *insights* intelectuais que conduzem ao incremento das funções sintéticas do ego, a uma maior integração egoica e até ao reforço de algumas defesas podem ser muito importantes. E, diferentemente de Bianchedi, acredito que é possível que interpretações extratransferenciais provoquem *insights* que propiciem ao paciente contato com experiências emocionais que deem origem a um crescimento mental como o mencionado.

Uma das maiores contribuições da abordagem bioniana é que as intervenções – e os *insights* – não pretendem ser verdade definitivas de tipo dogmático ou doutrinário. Bion alertava contra as interpretações repetitivas de tipo “propagandístico” com a finalidade de doutrinar e convencer o paciente. Para essa escola, pode-se avaliar a qualidade de uma interpretação pela sua capacidade indagatória. Ou seja, um *insight* não deverá ser fechado em si mesmo, mas capaz de despertar o desejo de conhecer mais, de ir em busca de outro *insight*. Ferro<sup>28</sup> denominará essas interpretações de insaturadas, em contraposição com as saturadas. As últimas fecham-se em si mesmas; as primeiras estão abertas para ampliarem-se, a exemplo de um cone que se abre em direção ao infinito.

Ao encerrar este tópico, assevera-se que, embora academicamente seja importante conceituar e entender como ocorre o *insight* em cada um dos modelos teóricos da psicanálise, na prática clínica, podemos nos servir de vários deles, dependendo de nossa formação, do paciente que estamos

tratando e do modelo inspiracional que nos ocorre a cada momento.

Com isso, reforço a ideia de Ferro,<sup>31</sup> de que, mesmo que em nossa mente prevaleça um dos modelos, em nossa clínica, transitaremos por todos eles.

## A ELABORAÇÃO

Se consultarmos o *Vocabulário de psicanálise* de Laplanche e Pontalis,<sup>32</sup> veremos que, em português, consagrou-se o uso do termo “elaboração” para descrever, na verdade, dois fenômenos abordados por Freud. Do ponto de vista freudiano, elaboração é, em determinado sentido (*Auserbeitung*, *working in* em inglês), todo trabalho psíquico realizado espontaneamente pelo aparelho psíquico com o fim de dominar as excitações que chegam até ele e cuja acumulação corre o risco de ser patogênica. O trabalho psíquico resultante da atividade analítica com a finalidade de integrar um novo *insight* e superar as resistências que ele suscita – que, em português, também denominamos de elaboração – foi chamado por Freud de *Durcharbeiten* e, em inglês, foi traduzido como *working through*. Ainda que, na versão portuguesa do dicionário de Laplanche e Pontalis, haja a sugestão de usar-se o termo “perlaboração” para a segunda acepção, neste capítulo, usaremos o termo “elaboração” (*working through*), pois é o que se consagrou em nosso meio.

Freud costumava considerar que a elaboração, seja ela realizada de forma espontânea, seja como resultado da análise, era, de fato, um trabalho psíquico, tanto que se referia, por exemplo, ao trabalho do sonho e ao trabalho do luto. O traba-

lho consiste em transformar e transmitir as energias recebidas pelo aparelho psíquico. Nessa perspectiva, uma pulsão pressionando o aparelho psíquico é definida como uma quantidade de trabalho exigida do psiquismo. A forma de dominar a energia, para Freud, era “ligando-a” a representações, como referido anteriormente.

Atendo-nos à teoria freudiana, a elaboração seria uma forma de transformar a quantidade física (a energia) em qualidade psíquica.

Ou seja, por meio da ligação de um afeto a uma representação, é permitido que ele entre no psiquismo e possa associar-se a outras representações, adquirindo novos sentidos. Assim, a elaboração permitiria a transição entre o registro econômico e o registro simbólico.

A elaboração no tratamento seria a forma como as interpretações e os *insights* dela decorrentes são integrados.

Representa o processo de aceitar elementos reprimidos e libertar-se da influência dos mecanismos repetitivos. É curioso notar que o termo em alemão, *Durcharbeiten*, inclui uma nuance linguística que quer dizer “dar forma”. Veremos o quanto o “dar forma”, especialmente formas visuais, que consiste no trabalho de figurabilidade, é essencial no processo de elaboração.

A elaboração no tratamento é o processo capaz de cessar a insistência repetitiva própria das formações inconscientes relacionando-as com o conjunto da personalidade do paciente. A insistência repetitiva

das formações inconscientes seria devida à adesividade do id, descrita por Freud em 1926, à qual retornaremos a seguir.

Freud<sup>33</sup> julgava imprescindível o processo de elaboração, a ponto de afirmar, em 1914:

Esta elaboração das resistências pode, na prática, revelar-se uma tarefa árdua para o sujeito da análise e uma prova de paciência para o analista. Todavia, trata-se da parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão.

Freud considerava existir vários tipos de resistência ao tratamento e à evolução do paciente: as resistências do ego, as do id e as do superego. As resistências do ego são as mais conhecidas. São aquelas oriundas da repressão e que se opõem à conscientização do que foi reprimido, sendo trabalhadas por meio da interpretação desde o início do tratamento e ao longo de todo ele. Precisam ser superadas para que possa ocorrer o *insight*.

As resistências que tornam o processo de elaboração mais necessário e que são mais difíceis de serem superadas são as do id e as do superego.

Freud<sup>13</sup> referiu haver uma adesividade das pulsões do id às formas de gratificação obtidas ao longo da vida, impedindo que sejam abandonadas com facilidade. Serão necessários inúmeros *insights* para que determinada fantasia inconsciente, oriunda de uma dessas formas de gratificação pulsional, seja elaborada integralmente. Enquanto isso, o sujeito adere

fortemente a tais formas de gratificação e de funcionamento mental já conhecidas.

As resistências do superego são também difíceis de serem superadas e têm uma função psíquica diferente.

O sofrimento psíquico causado pela doença e pelo sintoma neurótico é necessário para que o superego rígido cumpra sua função de “punir” o paciente pelos crimes cometidos em fantasia contra seus objetos primários.

É como se o paciente sentisse que, após tudo o que fez ou fantasiou fazer, não merecesse melhorar, ser mais feliz e viver sem sofrimento.

Seria um “apego ao sofrimento” por necessidades superegoicas. Então, muitas vezes, veremos o paciente melhorar, sentir prazer e felicidade em abandonar um comportamento neurótico e adotar outro diferente, dar-se conta disso e, depois de um tempo, retornar a ele com toda a culpa e sofrimento que isso acarreta, denotando necessitar desse sofrimento como exigência do superego. O trabalho de elaboração consistirá em acompanhar o paciente nesses progressos e nas regressões eventuais subsequentes, proporcionando-lhe *insight* e compreensão desses movimentos psíquicos e de suas funções.

Quinodoz,<sup>34</sup> a partir da análise de um transexual, comentou que fantasias inconscientes não elaboradas clamam por uma realização concreta por meio da ação. A solução é criar um espaço mental em que elas possam ser contidas, pensadas e transformadas.

Fantasias inconscientes não transformadas, oriundas de pulsões reprimidas, são sentidas como elementos concretos que requerem uma gratificação da ação. E, como elementos  $\beta$ , não servem para pensar, apenas para serem expulsos por meio da ação. A ampliação do espaço mental, mediante transformações simbólicas das pulsões, que clamam por satisfações concretas, permite um trabalho psíquico de elaboração, de “tricotagem”,<sup>35</sup> junto ao restante da trama de representações e sua absorção no psiquismo. A elaboração é permitir que essas fantasias inconscientes se integrem à trama de representações inconscientes e adquiram novo significado. Isso fica bem ilustrado na seguinte passagem de Freud, em *Recordar, repetir e elaborar*:<sup>33</sup>

Ele [o analista] está preparado para uma luta perpétua com o paciente, para manter na esfera psíquica todos os impulsos que este último gostaria de dirigir para a esfera motora, e comemora como um triunfo para o tratamento o fato de que algo que o paciente deseja descarregar em ação seja utilizado por meio do trabalho de recordar.

Mais contemporaneamente, em especial a partir das contribuições de Bion, compreendeu-se que o processo de transformação simbólica de elementos mentais brutos em outros mais abstratos ocorre a partir de um processo de figurabilidade, descrito com muita originalidade no artigo de Elias M. da Rocha Barros.<sup>36</sup> Este conceitua a elaboração como compreendendo as operações mentais consequentes à interpretação do psicanalista, do *insight* obtido, levando o aparelho psíquico a transformar significados e, dessa forma, afetos e memórias, de forma que permitem ao paciente libertar-se das garras dos mecanismos de repetição. Seu trabalho é uma microscopia do processo de elaboração.

A função elaboradora dos sonhos – e, me parece, de todas as transformações em  $\alpha$  – consiste em um processo de progressão em qualidades formais das representações, como resultado das interpretações na análise ou na psicoterapia. Essa progressão é verificável nos sonhos, na forma do que Barros<sup>37</sup> denominou de pictogramas afetivos. Trata-se de representações analógicas por meio de imagens, segundo Kristeva citado por Barros,<sup>36</sup> que não são nem a experiência pura, nem abstrações puras, mas algo entre elas. Metaforicamente, seria o modo como a vida emocional é metabolizada. Essa metabolização ocorre por uma “migração” do significado por vários níveis do processo mental. Barros aproxima-se de Meltzer quando defende que as emoções são sementes de significado. A atração entre essas sementes é exercida por similaridade de significados e funções emocionais.

Quando o analista, ou o psicoterapeuta, mediante a interpretação e o *insight* resultante, confere um significado específico a cenários da vida emocional, ele rearticula significados de vários níveis simbólicos e, então, abre novas possibilidades para que o paciente experimente seus afetos. Criam-se novos significados que expandem a mente e as possibilidades de desenvolvimento emocional. A psicanálise, na atualidade, tem-se preocupado em entender também a apreensão de formas não simbólicas inscritas em registros de outra natureza.<sup>38-40</sup> Entretanto, ultrapassaria os objetivos deste capítulo entrar nessa questão do que seriam as estruturas não simbólicas e sua expressão no campo analítico.

A elaboração propriamente dita seriam as experiências de *insight* emocional obtidas com as interpretações do terapeuta, que adquirem uma representação conectada às fantasias inconscientes. Considerando que o inconsciente opera por imagens,

pode-se acompanhar o processo de elaboração por meio das representações pictóricas. O pictograma é a forma de representação primitiva das experiências emocionais, fruto da função  $\alpha$  descrita por Bion.

Elias Mallet traça uma linha de evolução, em que são descritas as transformações que ocorrem ao longo do processo de elaboração, tomando a produção onírica como base: o sonho transcorre em uma atmosfera afetiva que lhe dá uma forma e evoca pictogramas afetivos iniciais; estes são, então, afetados pela interpretação do analista, pelo novo *insight* alcançado, que cria um novo sistema simbólico capaz de capturar e transformar significados. Esses novos significados produzidos pela experiência de *insight* e representados nos sonhos pelo processo de figurabilidade transformarão os arquivos de memória, removendo repressões e promovendo uma melhor integração do *self*. Penso que assim chegamos a um detalhamento quase microscópico dos processos mentais envolvidos nas transformações próprias do processo de elaboração.

Ilustro, a seguir, uma sequência de sessões que acredito explicitar parte do processo de elaboração que estamos descrevendo. Trata-se de uma paciente, Gilda, com uma relação extremamente ambivalente com sua mãe. Desde a infância, tinha a sensação de que esta não era confiável, que era imprevisível e que ela, a paciente, tinha de cuidar dela, pois, se não, a mãe morreria. Sentia também que não podiam separar-se, pois, se isso ocorresse, uma das duas morreria. Gilda teve muitas dificuldades em engravidar e assumir sua maternidade: primeiro, fantasiava que uma mãe interna louca mataria seus bebês ainda no útero; depois, que ela própria, identificada com a mãe, deixaria o bebê morrer; e, finalmente, que, uma vez nascido, não conseguiria cuidar dele e que a criança seria rou-

bada ou morta. Na sequência que descrevo, estávamos analisando sua dificuldade em desmamar o bebê de 11 meses!

A paciente vinha descrevendo, ao longo desse período, sua sensação de que, ao desmamá-lo, iria perdê-lo. Em uma sessão, que chamaremos de sessão 1, havia trazido um sonho em que ela e o marido tinham viajado e deixado o filho com sua mãe, e, ao chegarem para buscá-lo, ele não estava. Ela tenta telefonar para sua mãe, que havia ficado responsável por ele, e não consegue fazer contato. Finalmente, fica sabendo que o bebê está aos cuidados de sua avó já falecida. Ela dizia: “Eu disse que a gente não podia viajar, olha o que aconteceu!”. Após esse sonho, entendo e interpreto que o aleitamento, nesse momento, serve mais para prender o filho junto a ela do que para nutri-lo e ajudá-lo a crescer e que sente o desmame como um afastamento que redundará na morte de seu filho (ele está com a avó morta). Ela associa que tinha esse sentimento com sua mãe, que não podia afastar-se dela, pois a mãe morreria, e, por consequência, ela (paciente) não sobreviveria.

Na sessão 2, conta-me que iniciou o desmame, foi relativamente bem, mas se queixou de uma antiga babá que deveria ajudá-la, mas que, na “hora *h*”, deixa-a sozinha. Interpreto essa queixa destacando que ela não gostaria que eu apenas a analisasse, mas que pudesse estar junto a ela para que não se sentisse só ao se separar de seu filho.

Na sessão 3, relata:

Sonhei que eu ia na casa da minha tia buscar a minha mãe – mas não era mesmo a casa dela. Quando eu chegava lá, via uma “sangueira”. Era horrível... Eu procurava de onde elas estavam sangrando e via que elas estavam cortadas nas pernas. Acho que eram cortes a tesoura. Eu dizia que devia-

mos ir ao HPS, que eu levaria elas. Quando eu via, eu também estava sangrando na mão. A gente ia no meu carro, era uma “sangureira”, e, quando eu chegava no HPS, eu via que eu tinha parado de sangrar e já tinha cicatrizado o meu ferimento. Não sei por que fui sonhar com isso... A única coisa que me ocorre é que ontem falei com uma amiga minha que o nenê dela, da idade do meu, se operou e ela me disse que ele ainda não podia se mexer muito, pois tinha sido cortado. Eu perguntei a ela como era o corte, se era grande, e ela me disse que não.

Ela retoma o assunto do sonho intrigada com o motivo de ter sonhado aquilo. Digo que me ocorre que ela esteja sentindo como um corte – inclusive promovido por mim e pelas interpretações que tenho realizado – o desmame de seu filho e que, novamente, parece que sente as separações, os cortes, como situações de alto risco, emergenciais. É possível que sua mãe esteja incluída no sonho, pois o sentimento que está tendo com seu bebê é parecido com o que sempre teve com a mãe: no momento em que se separassem, a mãe morreria, e ela junto. Sente a análise como um pronto-socorro, ao qual quer vir correndo quando sente a si e aos seus objetos tão ameaçados.

Nesse material, podemos acompanhar como os *insights* obtidos são elaborados e ajudam a elaborar fantasias inconscientes, atribuindo-lhes novos significados e, assim, criando novos sistemas de significados, que vão transformando e expandindo a mente do paciente.

Então, a interpretação de padrões inconscientes de atitudes liberta o paciente da compulsão à repetição e o capacita a ser sujeito de sua história em vez de repetir padrões de comportamentos primitivos automaticamente, que, no

caso descrito, seria prolongar de modo indefinido o aleitamento do filho e a relação simbiótica e ambivalente com ele, como repetição do padrão infantil que tinha com a mãe.

Nisto consiste o efeito libertador da psicanálise e da psicoterapia de orientação psicanalítica: libertar o paciente de seus mecanismos repetitivos.

## **INSIGHT E ELABORAÇÃO NA PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA**

Antes de encerrar este capítulo, não poderíamos deixar de tecer alguns comentários específicos sobre a psicoterapia de orientação psicanalítica. Mesmo tendo sido esclarecido ao longo do texto que o *insight* e a elaboração ocorrem nos dois processos de tratamento, existem algumas especificidades. No tratamento psicanalítico, em função da natureza do *setting* (maior número de sessões, uso do divã), a intensidade da transferência é maior, assim como o grau de regressão do paciente. Isso garante que, com frequência, seja atingida uma maior densidade emocional de afetos vividos no campo analítico pela dupla. A consequência será que mais experiências afetivas serão conhecidas pela dupla e boa parte delas poderá conduzir a interpretações e *insights* do que é vivido no próprio campo, promovendo *insights* mais ostensivos, mais carregados de afeto e, utilizando o referencial de Strachey,<sup>7</sup> correções entre mundo interno e realidade mais precisas.

Nas psicoterapias, como a intensidade da transferência costuma ser menor, boa parte do material trabalhado dirá respeito a experiências afetivas extratransferenciais. Ocorrerá o risco de haver mais *insights* apenas intelectuais, caso o terapeuta não con-

siga captar e ligar a experiência afetiva ao conteúdo da interpretação. Do mesmo modo, como os objetos reais referidos no material do paciente estão ausentes do campo, a correção fantasia/realidade torna-se mais difícil. Entretanto, caso o terapeuta consiga entender os objetos referidos pelo paciente como personagens trazidos à sessão<sup>28</sup> e pertencentes ao seu mundo interno, será possível captar e interpretar o significado dos afetos que eles carregam e, assim, promover *insights* de alta intensidade afetiva.

Contudo, é inegável que, pela própria natureza do *setting* psicoterápico, a quantidade, a qualidade e a profundidade das transformações possíveis, em princípio, serão menores do que no tratamento psicanalítico. Diz-se em princípio, pois, às vezes, observamos psicoterapias em que ocorrem grandes transformações na mente do paciente e análises em que muito pouco ocorre.

Na verdade, além da natureza do *setting*, o grau das transformações ocorridas dependerá das condições do paciente, do terapeuta e da sintonia possível daquela dupla.

Todavia, quero repetir: embora sejam possíveis *insights* importantes em psicoterapias, que acarretem mudanças psíquicas, transformações profundas e alterações nos traços caraterológicos serão mais viáveis em tratamentos psicanalíticos.

A seguir, relato uma pequena vinheta clínica, a fim de ilustrar o quanto é possível, na psicoterapia de orientação psicanalítica, o paciente atingir um *insight* profundo, de alta densidade emocional, capaz de acarretar mudanças significativas em sua vida. Trata-se de um caso de supervisão que fiz questão de relatar, pois a terapeuta\* não tem formação analítica.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Alberto é um homem de 44 anos e está em atendimento psicoterápico há quase dois anos por apresentar crises de ansiedade de repetição, quando fica com taquicardia, rubor facial, sudorese, tonturas, dispneia e, por vezes, “sensação de morte”. Nos últimos anos, antes de iniciar o atendimento psicoterápico, as crises ocorriam de forma mais branda, em situações sociais nas quais ele precisava se expor de alguma maneira. Tornaram-se muito frequentes e mais intensas após o atentado de 11 de setembro em Nova York (queda das Torres Gêmeas), o que motivou a buscar atendimento psiquiátrico, por orientação de seu cardiologista. O paciente sentia que “a vida não era segura e que qualquer coisa poderia acontecer sem que ele tivesse controle”. Desenvolveu sintomas fóbicos e passou a ter uma conduta evitativa: não ouvia rádio ou TV, não lia jornais, não atendia telefonemas e não saía de casa em horários nos quais pudesse encontrar pessoas ou situações que desencadeassem os sintomas. Saía somente junto da mulher, que funcionava como acompanhante contrafóbica.

Alberto apresenta fortes sentimentos de desvalia, de inferioridade, como consequência de ansiedades de castração. Tem necessitado manter relações sexuais extramatrimoniais como forma de afirmação de sua potência sexual. Além disso, vinha utilizando seu filho, ainda criança, para depositar nele, por identificação

(*Continua*)

\* Quero agradecer à Dra. Fernanda Crestana, por sua gentileza e pronta disponibilidade.

*(Continuação)*

projetiva, aspectos infantis seus e seus sentimentos de impotência e castração. Um exemplo disso foi uma situação que será aludida na sessão transcrita, em que expôs o menino a presenciar suas relações sexuais com a esposa. Estavam em uma viagem. Ele e a esposa foram ter relações sexuais, deixaram a porta aberta, mas não só isso; ao perceber que seu filho olhava a cena, em vez de parar, seguiu, em uma atitude exibicionista. Esse mesmo tipo de postura tem sido assumido ante a terapeuta, procurando, às vezes de forma pueril, exibir-se para ela, “medir forças”, “jogar sério”, desafiando-a e procurando evitar uma atitude de dependência, por achar que isso o colocaria em uma situação de inferioridade.

No momento atual do tratamento, quando houve a sessão transcrita a seguir, o paciente vinha funcionando mais próximo da posição depressiva, podendo expor seus sentimentos de desamparo e solidão, saindo da atitude competitiva e exibicionista com a terapeuta, mas despertando-lhe sentimentos contratransferenciais de impotência e de não estar sendo uma “boa terapeuta”. Queixava-se muito da tristeza que vinha sentindo, em especial no último mês, e de que isso o deixava fragilizado e, ao mesmo tempo, irritado com a terapeuta. A sessão transcorreu na semana do Dia dos Pais, época em que seu filho, de 10 anos, precisava escrever algo importante que tinha vivido com o pai.

O paciente entra, senta e fica olhando sério para a terapeuta, transmitindo-lhe a sensação de que vai chorar, mas não o faz. Diz que tem um “branco”. Relata, então, que, no dia anterior, estava em casa com o filho e este tinha que fazer uma redação para a escola sobre a situação mais emocionante que já teria vivido com o pai e de que se lembrasse. Escreveu, então, sobre uma viagem que haviam feito a uma bela praia brasileira (ocasião em que presenciou a relação sexual dos pais). O paciente começa a lacrimejar. Diz chorando que ouvia de longe o menino ler a redação para a mãe e relatar uma ocorrência daquela viagem e que, quando se lembra dela, fica muito culpado. Estavam passeando por umas rochas em que se formam piscinas naturais, e ele estava na frente com um grupo de homens – talvez procurando impressioná-los – e deixou o filho para trás. O nível da água começou a subir, e, depois de um tempo, lembrou-se, assustado, de que o filho havia ficado para trás e que corria o risco de afogar-se. Voltou correndo, e, de fato, a água quase já cobria o menino, alcançando seus ombros. “Até hoje penso... se eu não tivesse me lembrado dele...” Chora muito. “Que belo pai eu sou! Ele contou bem direitinho... Eu tento esquecer, tento fazer que não aconteceu.” A terapeuta pergunta-lhe por quê. E ele responde: “Porque daí eu vejo que ele realmente existe e que, se algo lhe acontecer, eu vou me culpar muito. (Chora muito) Esta semana começou a me dar uma sensação de perda muito grande e começou quando falamos sobre a importância que tem a terapia para mim e que um dia vai acabar. Quando pensei em casa, me deu uma melancolia enorme. Comecei a pensar que posso perder meu filho, meus pais...” O paciente segue chorando muito. “Mas também me deu um alívio depois, pois vi que tenho ainda essas pessoas todas.” Relata, então, que, outro dia, sentiu saudades da esposa durante o dia e telefonou-lhe para ir tomar um café e que nunca havia a visto dessa maneira. “Nunca senti tanta necessidade das pessoas antes. Isso faz eu me sentir meio ‘bobão’, meio ‘frouxo’... Não sei qual é a vantagem de me sentir assim e por que a história do meu filho mexeu tanto comigo.” A terapeuta, então, interpreta: “Quem sabe você também andava com água nos ombros e não se dava conta. Você parecia não precisar de ninguém – pelo menos queria acreditar nisso –, e a água subindo até os ombros, você cheio de ansiedades e medos, mas fingindo que não ia subir mais. E, por mais difícil que seja, você resolveu ‘subir no barco’ da terapia para te salvar e não morrer afogado sozinho.” O paciente, então, desaba no choro.

Creio que a interpretação da terapeuta foi muito adequada, pois, sem dizer

explicitamente, toma a história do menino como uma metáfora do que se passava com

Alberto no tocante às suas ansiedades, à recusa de aceitar a dependência da terapeuta e ao uso que faz do filho para projetar nele seus sentimentos de desamparo e pequenez. Menciona isso sem dizer que o filho é sua “parte infantil”. O paciente percebe o uso que faz de seus objetos e o quanto os abandona e maltrata.

Em seguida, na supervisão, entendemos que essa situação traumática lembrada pelo menino provavelmente é uma lembrança encobridora da cena primária a que foi exposto durante aquela viagem. Talvez, o filho tenha quase se “afogado de angústia” ao ver os pais copulando e ser mantido diante daquela cena.

É possível afirmar que Alberto pode ter um *insight* quanto ao uso narcisista que faz de seus objetos, como os ataca e os abandona. Pode penar por isso e procurou repará-los (saiu com a esposa de modo amoroso). Do ponto de vista freudiano, ligar o afeto (tristeza e culpa) à representação (a ideia de ter atacado os objetos amados e ter desprezado a terapeuta valorizada) provocou-lhe alívio. Do ponto de vista kleiniano, o alívio provém também da esperança de poder reparar os objetos e de reintegrar no ego o que estava projetado no filho. E, do ponto de vista bioniano, poder conter e transformar em conhecimento aquele mar de emoções provoca a sensação de verdade e de crescimento mental. Haveria muito a desenvolver a partir desse material clínico, mas, para os objetivos deste capítulo, penso ser suficiente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cassirer<sup>41</sup> afirma que “[...] em vez de definir o homem como ‘animal rationale’, deveríamos defini-lo como ‘animal symbolicum’”. Esse importantíssimo filósofo faz tal afirmação porque vivemos envolvidos

em uma trama simbólica, que se inicia com os pensamentos, evolui para a linguagem e, depois, para as artes, a ciência e o conhecimento em geral. O homem vive em um universo simbólico. A linguagem, o mito, a arte, a religião são partes desse universo. São os variados fios que tecem a rede simbólica, o emaranhado da experiência humana.

[...] O homem não pode mais confrontar-se com a realidade imediatamente; não pode vê-la, por assim dizer, frente a frente, mas apenas por meio da interposição dessa rede criada por ele mesmo.<sup>41</sup>

A psicanálise, na medida em que se propõe a compreender e modificar a mente humana, tem como “matéria-prima” de sua ação algo que é o mais específico e inerente ao homem: seu sistema simbólico.<sup>21</sup>

Nossa mente organiza-se em torno das representações simbólicas que fazemos de nossas experiências sensoriais e emocionais, e é por isso que, nos tratamentos psicanalíticos e psicoterápicos, ao atuarmos no e pelo sistema simbólico dos pacientes, podemos auxiliar a produzir mudanças e crescimentos mentais.

Esta foi a genialidade de Freud: descobrir a existência do inconsciente, procurar entender como se organiza e funciona, para, então, propor formas de agir sobre ele.

Espero ter deixado claro, ao longo deste capítulo, o que é o *insight* e a elaboração, como eles ocorrem em sua dimensão microscópica, bem como o efeito transformador da palavra a que aludimos no início desse trabalho. Em tempos de alta tecnologia, de desumanização e de idealização de medidas objetivas, entendermos e valorizarmos a palavra e a relação humana, como ferramentas para acessar e modificar a subjetividade humana, é da maior relevância.

**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. Como é possível, por meio da palavra e do *insight* que dela resulta, o paciente atingir melhoras sintomáticas e mudanças psíquicas?
2. A palavra que veicula a interpretação tem papel e funções essenciais: ela conecta emoções e partes do *self* até então clivadas e discrimina paciente e terapeuta, interno e externo, passado e presente.
3. A palavra ordena as diversas confusões presentes na mente do paciente e na dupla terapêutica, mediante discriminação do que esteve fusionado e da conexão do que esteve clivado.
4. No modelo freudiano clássico, o *insight* implica desmanchar o deslocamento do afeto à nova representação substitutiva e remetê-la à sua representação original.
5. No modelo kleiniano, a reinternalização daquilo que foi projetado e a superação das cisões a partir do *insight* permitirão uma maior integração do *self* e uma visão mais acurada da realidade.
6. A mudança psíquica desejada, obtida com sucessivos *insights*, será o indivíduo poder responsabilizar-se por suas pulsões, pelos seus desejos e pela conquista do respeito e da consideração pelo outro.
7. Autores como Bion, Baranger, Ferro e Ogden elevam a importância da relação terapêutica ao seu apogeu, entendendo que é por meio dela e da experiência emocional compartilhada no campo terapêutico, pela dupla paciente-terapeuta, que haverá a possibilidade de crescimento mental.
8. No modelo bioniano, o *insight* promove crescimento mental, pois enriquece a mente do paciente acrescentando significado e novas simbolizações e é estruturante ao provocar uma reação catastrófica, forçando um reordenamento de todo o conhecimento anterior.
9. Mesmo que em nossa mente prevaleça um dos modelos, na clínica, transitaremos por todos eles.
10. A elaboração no tratamento seria a forma como as interpretações e os *insights* dela decorrentes são integrados.
11. As resistências que tornam o processo de elaboração mais necessário e que são mais difíceis de serem superadas são as do id e do superego.
12. A elaboração compreende as operações mentais consequentes à interpretação do psicanalista, do *insight* obtido, e levam o aparelho psíquico a transformar significados e, dessa forma, afetos e memórias de modo que permitam ao paciente libertar-se das garras dos mecanismos de repetição.
13. A interpretação de padrões inconscientes de atitudes liberta o paciente da compulsão à repetição e o capacita a ser sujeito de sua história em vez de repetir padrões de comportamentos primitivos automaticamente.

**REFERÊNCIAS**

1. Radford M. O carteiro e o poeta. Itália: Cecchi Gori Group Tiger Cinematográfica; 1994.
2. Levy R. Psicoterapia psicanalítica na atualidade: avanços e vicissitudes. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 1996;18(3):306-10.
3. Baranger W, Baranger M. La situación analítica como campo dinámico. In: Baranger W, Baranger M. Problemas del campo psicoanalítico. Buenos Aires: Kargieman; 1969.
4. Ithier B, Levy R. La fonction paternelle dans la scène primitive interprétative. Revue Française de Psychanalyse. 2013;77(5):1571-76.
5. Duarte A. Elaboração: considerações sobre o conceito. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática. São Paulo: Artes Médicas; 1989.

6. Lewkowicz S. Algumas considerações sobre o processo de elaboração na psicoterapia. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática. São Paulo: Artes Médicas; 1989.
7. Strachey J. Natureza de la acción terapéutica del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*. 1948;5(4):951-83.
8. Etchegoyen RH. Das vicissitudes do processo. In: Etchegoyen RH. Fundamentos da técnica psicanalítica. São Paulo: Artes Médicas; 1987.
9. Freud S. Estudos sobre histeria (1893-1895). In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1970-1988. v. 2.
10. Reich W. Análise do caráter. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
11. Baranger W, Baranger M. El “insight” en la situación analítica. In: Baranger W, Baranger M. Problemas del campo psicoanalítico. Buenos Aires: Kargieman; 1969.
12. Strachey J. The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. *Int J Psychoanal*. 1934;15:127-59.
13. Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1970-1988. v. 20.
14. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1982.
15. Laplanche J. Problemáticas II: castração: simbolizações. São Paulo: Editora Martins Fontes; São Paulo, 1988.
16. Freud S. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 10. p. 13-154.
17. Bion WR. Aprendiendo de la experiencia. México:Editorial Paidós; México, 1991.
18. Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; Editores. Rio de Janeiro, 1978.
19. Klein M. Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional dos bebês. In: Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; Editores. Rio de Janeiro, 1978.
20. Klein M. Sobre a observação do comportamento dos bebês. In: Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
21. Levy R. Do símbolo à simbolização: uma revisão da evolução teoria e as repercussões sobre a técnica psicanalítica. Porto Alegre: SPPA; 2000.
22. Bianchedi ET. Mudança psíquica: o devir de uma indagação. *Rev Bras Psicanál*. 1990;24(3):361-75.
23. Petot JM. Melanie Klein II: o ego e o bom objeto: 1932-1960. São Paulo: Perspectiva; 1992.
24. Bollas C. Les forces de la destinée. Paris: Calman-Lévy; 1996.
25. Bion WR. Dream-work- $\alpha$ . In: Bion W. Cogitations. London: Karnac; 1994.
26. Bion WR. Uma teoria sobre o processo de pensar. In: Bion W. Estudos psicanalíticos revisados. Rio de Janeiro: Imago; 1988.
27. Capier R. Sobre a função alfa. In: Simpósio Bion em São Paulo: Ressonâncias; 1996 nov 14-15; São Paulo.
28. Ferro A. A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista: da relação ao campo emocional. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
29. Ogden T. Os sujeitos da psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
30. Baranger M, Baranger W. La situación analítica como campo dinámico. *Rev Uru Psicoanal*. 1961;4(Pt 1):1-54.
31. Ferro A. Evitar as emoções, viver as emoções. Porto Alegre: Artmed; 2011.
32. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de psicanálise. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
33. Freud S. Recordar, repetir, elaborar. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1970-1988. v. 12.
34. Quinodoz D. Termination of a fe/male transsexual patient’s analysis: an example of general validity. *Int J Psychoanal*. 2002;83(Pt 4):783-98.
35. Alvarez A. Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderli-

- ne, carentes e maltratadas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
36. Barros EMR. An essay on dreaming, psychical working out and working trough. *Int J Psychoanal.* 2002;83(5):1083-93.
37. Barros EMR. Affect and pictographic image: the constitution of meaning in mental life. *Int J Psychoanal.* 2000;81(Pt 6):1087-99.
38. Bion W. Transformações: do aprendizado ao crescimento. Rio de Janeiro: Imago; 2004.
39. Green A. O trabalho do negativo. Porto Alegre: Artmed; 2010.
40. Levy R. From symbolizing to non-symbolizing within the scope of a link: from the dreams to shouts of terror caused by an absent presence. *Int J Psychoanal.* 2012;93(4):837-62.
41. Cassirer E. Ensaio sobre o homem: introdução a uma filosofia da cultura humana. São Paulo: Martins Fontes;1997.

## LEITURAS SUGERIDAS

---

- Ferro A, Gaburri E. Gli sviluppi kleiniani e Bion. In: Semi AA, organizador. *Trattato di psicanalisi.* Milano: Rafaelo Cortina; 1988. v. 1.
- Isaacs S. A natureza e a função da fantasia. In: Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. *Os progressos da psicanálise.* Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- Ungar V. Transferência e modelo estético. *Comunicação pessoal.*



A transferência, uma das mais importantes descobertas de Freud, constitui um ingrediente central de qualquer forma de psicoterapia. O emprego ou a interpretação adequada da transferência é um veículo importante e decisivo, por meio do qual mudanças psíquicas permanentes podem ser feitas no curso da psicoterapia de orientação psicanalítica. Há, no entanto, menos concordância sobre como reconhecer a transferência, como diferenciar formas diversas de transferência e como, quando e por que interpretá-la.

Neste capítulo, apresentamos uma estrutura segundo a qual o psicoterapeuta de orientação psicanalítica pode organizar sua experiência com o paciente à medida que o tratamento e a transferência se desenvolvem. Também sugerimos algumas formas construtivas de trabalho com a transferência em benefício do paciente. Um pressuposto básico dessa discussão é que estamos nos referindo àquela forma de psicoterapia geralmente denominada de orientação psicanalítica e que leva em consideração a existência e a importância da transferência no curso do tratamento. Todavia, reconhece-se que há muitas variedades de psicoterapia nas quais a transferência pode desempenhar um papel importante, mas em que

não é vista como central ao processo terapêutico e à forma de trabalho do terapeuta.

Muita coisa foi escrita, em diversas línguas, sobre transferência. Talvez em um dos artigos mais proveitosos, Brian Bird<sup>1</sup> revisa as ideias originais desenvolvidas por Freud sobre transferência e refere-se a ela como um “fenômeno universal e a parte mais difícil do tratamento”.

Concordamos com Bird e muitos outros autores que veem a transferência, em um significado mais amplo, como ubíqua, no sentido de que experiências de relacionamentos passados afetam nossas relações presentes, embora de maneiras complexas, das quais não temos consciência.

Entretanto, a transferência pode ser convenientemente definida em um sentido mais restrito: nesta visão, a transferência do paciente aparece no tratamento quando a relação paciente-terapeuta é afetada, de modo inconsciente, por experiências revistas e remodeladas de relacionamentos passados e desenvolve-se além dos modelos costumeiros de relação e sentimento interpessoal. Por essa definição, tanto pa-

ciente quanto terapeuta evidenciam manifestações de transferência. Para fins de discussão e esclarecimento, limitaremos o termo “transferência” a certos aspectos dos sentimentos do paciente sobre o terapeuta e consideraremos a transferência do terapeuta para o paciente sob a denominação geral de “contratransferência”. (Uma abordagem mais abrangente do conceito de contratransferência pode ser encontrada no Capítulo 17.)

A maioria dos terapeutas parece concordar que um atributo especial da situação de tratamento é facilitar a geração ou o surgimento de fenômenos transferenciais. Outro atributo especial é fornecer um *setting* relativamente estável para a observação desses fenômenos.

Entretanto, tal observação não é uma questão simples. Em nossa experiência, o terapeuta, em geral, não tem consciência imediata de quando a transferência, no sentido mais estrito, surge pela primeira vez. Aparecendo de uma forma que vai além do relacionamento inicial, mais superficial, ela afeta a maneira de o paciente relacionar-se (i.e., tipos de sentimentos e comportamentos) com o terapeuta, agora nova e diferente na situação de tratamento. No momento em que o terapeuta reconhece a presença das manifestações de transferência desse tipo, elas já estavam ativas por algum período. Portanto, o terapeuta tem uma visão mais clara da transferência retrospectivamente; pode-se dizer que a transferência nasce primeiro no escuro. Isso aumenta as dificuldades em diferenciar as várias formas de manifestações de transferência.

Freud usava a expressão “neurose de transferência” de duas formas. Uma era para referir-se a uma categoria diagnóstica de

transtornos que ele acreditava serem sensíveis ao tratamento psicanalítico; a outra, para descrever um tipo de relacionamento intenso com o analista, no qual alguns elementos do passado eram revividos em uma nova edição – transferência e neurose de transferência eram, basicamente, sinônimos. Ainda que, nos anos posteriores, ele tendesse a referir-se apenas à “transferência” de uma maneira geral, podemos supor que não parou de usar os conceitos que passaram a ser incluídos na noção de neurose de transferência. Estes envolvem questões importantes, como a ideia de que a transferência surge, desenvolve-se ou progride no decorrer de um tratamento.

Em nossa visão contemporânea, neurose de transferência consiste em uma de várias manifestações de transferência que tipicamente aparecem à medida que o tratamento progride. Hoje, não há razão, a não ser o uso comum, para manter “neurose” como parte da expressão “neurose de transferência”, uma vez que a neurose está envolvida em todas as manifestações de transferência.<sup>2</sup> Desse ponto de vista, a expressão pode tornar-se redundante. Porém, o termo está difundido, e sua popularidade pode, portanto, ser um indicativo da importante necessidade clínica de conceitualizar e discriminar diferentes tipos ou formas de elaboração de transferência, como os aqui propostos. Certamente, concordamos com Cooper,<sup>3</sup> segundo o qual o esclarecimento é necessário, mas, em vez de eliminar o termo “neurose de transferência” ou complicar as coisas inventando um outro termo, preferimos incluí-la como uma das formas de transferência.

Nesta discussão, usaremos “neurose de transferência” para nos referirmos à natureza do relacionamento do paciente com o terapeuta após certo grau de evolução e elaboração da interação transferencial-

-contratransferência, uma progressão afetada pelas intervenções e pelo comportamento do terapeuta. Quando esse ponto é alcançado, o terapeuta observa, no relacionamento do paciente para com ele, a progressiva proeminência e persistência de relativamente poucos temas; estes derivam de interações anteriores, de significado patogênico na vida do paciente. Eles são revividos em uma versão que agora tende a se focalizar, ainda que não de modo exclusivo, na pessoa do terapeuta e nas circunstâncias atuais. O novo relacionamento passa a dominar o trabalho psicoterapêutico de um modo que tende a tornar-se mais persistente do que episódico, embora uma preocupação exclusiva com ele possa representar um beco sem saída.<sup>4</sup> Além disso, com frequência, é acompanhado por uma relativa diminuição de manifestações de conflito na vida de relação do paciente. Torna-se um tema importante para o trabalho interpretativo, com o objetivo global de alcançar uma resolução nova e mais satisfatória de conflitos preexistentes.

Assim, a neurose de transferência apresenta um conceito operacional,<sup>5</sup> no qual uma configuração particular do relacionamento é vista sob a perspectiva do terapeuta. Considerando uma criança com desenvolvimento estrutural suficiente para permitir regressão e, portanto, um passado psíquico, com um ego e um superego funcionando suficientemente bem para participar no trabalho do tratamento, uma neurose de transferência pode aparecer já na fase edípica, dentro de uma perspectiva da psicologia do ego. Do ponto de vista kleiniano ou pós-kleiniano, naturalmente, esse fenômeno pode ser observado bem antes.

Se uma neurose de transferência, no sentido a ser elaborado, aparecerá ou não ou será reconhecida ou não no curso de uma psicoterapia depende de muitas va-

riáveis. Entretanto, ela não é vista como uma medida de sucesso do tratamento e, de acordo com Reed,<sup>6</sup> nem como medida para determinar se o tratamento é ou não psicanálise. Ela é empregada como parte de uma hipótese a partir da qual os dados clínicos podem ser ordenados.<sup>7</sup> A dissecação, a partir da experiência clínica, de características de forma e conteúdo pode bem ter mais do que um valor heurístico; com uma conceitualização mais clara, as interpretações do terapeuta ganham em especificidade e, espera-se, em eficácia terapêutica.

## FORMA

Há várias maneiras de descrever a forma da transferência; a escolha pode ser feita com base na utilidade teórica ou clínica. Ao analisar crianças e adolescentes, existe uma necessidade clínica premente de distinguir entre transferência e fatores do desenvolvimento, entre uso do terapeuta como objeto de transferência ou como objeto real e entre o impacto sobre a transferência da intrusão ambiental ou sobre a revivência de experiências passadas. Portanto, mais atenção tem sido dada às formas de manifestações de transferência em pacientes mais jovens do que no tratamento de adultos. Por essa experiência, foi criada uma classificação útil, embora um pouco arbitrária e esquemática, das formas de transferência. Essa classificação fornece uma estrutura dentro da qual o terapeuta pode começar a fazer tais distinções e monitorar o desenvolvimento da transferência à medida que o tratamento progride.<sup>8-10</sup> Trata-se de uma maneira de ordenar os dados clínicos e que apresenta, conforme descobrimos, uma aplicação útil também no tratamento de adultos. Visto que nenhuma situação ou vineta pode ser inteiramente “pura”, qual-

quer ilustração dos cinco tipos de transferência a serem descritos deveria ser considerada simplesmente um demonstrativo da preponderância da forma em questão.

Elas são: formas habituais de relacionamento, transferência predominantemente de relacionamentos presentes, transferência predominantemente de experiências passadas revividas, neurose de transferência e representação de fantasias inconscientes.

## Formas habituais de relacionamento

Formas particulares de estabelecer vínculos interpessoais, ligações ou padrões de interação tornam-se aparentes no início da situação de tratamento. Em geral, são consideradas parte do caráter da pessoa. São entendidas como transferência apenas no sentido mais amplo, não como modificações no relacionamento paciente-terapeuta que aparecem como parte e consequência do trabalho terapêutico. É importante ter em mente essa distinção.

O paciente pode usar diferentes formas de relacionamento para diferentes situações, dependendo de como o terapeuta é percebido pela primeira vez.

Como exemplo comum, um paciente inicialmente reage ao terapeuta com reserva, respeito e submissão. Essa postura pode, de forma gradual, transformar-se, após algumas semanas, em uma atitude agressiva, desafiadora, não cooperativa e desagradável, sem que outras alterações tenham ocorrido. Não que o paciente idealize o terapeuta como uma pessoa especial na fase inicial, mas o papel do terapeuta – não a sua pessoa – pode ser idealizado. A forma

inicial de relacionamento com uma figura de autoridade, representada pelo terapeuta, pode ser a que o paciente habitualmente usa nesse tipo de situação. A constelação seguinte pode ser simplesmente outra forma comum que se segue à primeira, por exemplo, o resíduo caracterológico de ressentimento por uma desidealização precoce e dolorosa. Naturalmente, é possível que ela seja capaz de revelar atributos de evolução de transferência, e o terapeuta deve estar alerta para tal possibilidade. Apesar da natureza estereotipada dessas formas iniciais, é possível haver elementos particulares que se tornam mais destacados e transformam-se, aos poucos, em outras formas, à medida que surgem no tratamento.

“Presteza de transferência”,<sup>11,12</sup> “fome de transferência” e “transferência fluutuante” são termos que se aplicam às atitudes conscientes e pré-conscientes de um paciente em relação a um tipo particular de relacionamento, as quais são descobertas no primeiro encontro com ele.

Tais atitudes e desejos refletem formas habituais de relacionamento e podem vir à tona quando o paciente procura certas qualidades em um terapeuta antes de decidir iniciar o tratamento.

Por exemplo, um advogado iniciou tratamento após algumas sessões de avaliação mútua. Suas primeiras palavras foram sobre o quanto ele estava aliviado por começar o tratamento com um terapeuta que ele sentia que poderia convidar para um drinque em sua casa, e ele esperava poder fazer isso brevemente. O paciente não abandonou esses desejos à medida que o tratamento progredia; eles voltaram de várias formas e tornaram-se ligados a diversas fantasias reprimidas. Influenciaram a for-

ma de transferência desenvolvida e, mais tarde, chegaram a um estado mais acessível à interpretação.

Transferência “pré-formada” refere-se à situação em que o paciente foi afetado por algum conhecimento do terapeuta, como sua reputação, ou por contato extratratamento anterior de algum tipo. Nos dias atuais, muitos pacientes procuram informações no Google ou em redes sociais, fazendo, assim, uma pré-seleção de seu futuro terapeuta.

Aqui, as fantasias e expectativas do paciente em relação ao terapeuta e ao tratamento precisam ser entendidas como tais, em vez de serem vistas como manifestações de transferência referindo-se especificamente à pessoa do terapeuta e surgindo conforme o tratamento progride.

De fato, essas formas habituais de relacionamento podem transmitir uma grande quantidade de informação sobre o paciente, embora não em uma forma acessível à intervenção terapêutica efetiva na ocasião.

Como exemplo mais complexo, um paciente escolheu o terapeuta porque seu nome tinha sido sugerido por fontes que ele respeitava; porque, quando ele fez uma entrevista de avaliação com seu futuro terapeuta, achou que este se aproximava de sua ideia de como um terapeuta deveria ser; e porque, quando examinou os antecedentes do terapeuta, concluiu que eram de qualidade suficiente para que tivesse confiança em sua capacidade de tratá-lo – todas indicações claras do estado narcisístico do paciente. Este estava buscando ajuda devido a sua incapacidade de encontrar uma mulher adequada. Após um início promissor, todos os seus relacionamentos com mu-

lheres pareciam desmoronar quando elas não conseguiam corresponder às suas expectativas. Ele tinha grandes esperanças no tratamento e, ao mesmo tempo, estava terminando dolorosamente sua mais recente relação. Já havia iniciado diversas outras formas de terapia sob circunstâncias semelhantes. Após alguns meses, encontrou outra mulher que lhe pareceu ideal e estava em êxtase em relação ao futuro. Como se poderia esperar, passou a descrever frustrações com seu terapeuta e com o tratamento, que ele sentia não serem responsáveis de modo algum por seu sucesso atual com essa namorada. O terapeuta sobreviveu a isso e a diversos outros ciclos com dificuldade. Entretanto, devemos enfatizar que, nesse ponto, ele estava simplesmente sendo usado em um ciclo repetitivo das formas habituais de relacionamento do paciente, não limitadas a mulheres, e que estas não eram manifestações de transferência positiva ou negativa. Elas também eram usadas a serviço da resistência tanto ao desenvolvimento de transferência quanto a sua consciência dela. O progresso do tratamento só foi possível porque o terapeuta interpretou essa resistência sempre que possível.

## **Transferência predominantemente de relacionamentos presentes**

O paciente pode estar bastante envolvido em algum conflito presente, sentir intensamente um desejo ou ser apanhado em uma reação presente a uma pessoa importante. Parte disso pode “respingar” ou ser, de modo defensivo e inconsciente, deslocada, externalizada ou projetada na situação de tratamento. Essa manifestação deve ser diferenciada de formas habituais repetitivas

de relacionamento que podem aparecer em ciclos.

Na transferência de relacionamentos presentes, o terapeuta é usado não porque se tornou a pessoa mais importante para o paciente naquele momento, mas pelo motivo oposto – ele não é a mais importante. Sua importância para o paciente está no fato de que, na percepção deste, o terapeuta é uma pessoa segura para ele usar dessa forma.

Por exemplo, após vários dias agradáveis junto com seu marido e sem o conhecimento de seu terapeuta, uma paciente teve uma discussão intensamente inflama-da com o primeiro, no decorrer da qual ele disse que estava decepcionado com ela. A paciente terminou a discussão respondendo que não queria ouvir mais nada sobre isso e saiu da sala. Quando chegou para sua sessão, no dia seguinte, repreendeu com severidade o terapeuta por não apreciar o esforço que ela estava fazendo no tratamento e declarou se sentir decepcionada pelo que considerava ser indiferença e expectativas excessivas da parte dele. Após vários dias, ficou evidente para o terapeuta que o que ela descrevia de seu relacionamento conjugal parecia muito feliz se comparado com as tempestuosas sessões de tratamento. Por fim, o terapeuta ficou sabendo da discussão com o marido. Então, tornou-se possível começar a reconhecer sua identificação com o agressor, a cisão defensiva de sua ambivalência e o deslocamento de seus sentimentos negativos para o tratamento, usando o terapeuta como um objeto para o qual ela podia transferir sua raiva com segurança, enquanto preservava o relacionamento prazeroso com o marido.

Esse tipo de conflito atual, muitas vezes, ativa um antigo. Elementos sutis,

mas importantes, do passado podem estar escondidos naquelas situações que são transferidas ou deslocadas para relacionamentos presentes, dando ao terapeuta um sinal de alerta precoce sobre o desenvolvimento da transferência. De modo gradual, aparecem mais evidências da revivência de experiências passadas, e a transferência de relacionamentos presentes dá lugar à categoria seguinte, transferência predominantemente de experiências passadas revividas.

## Transferência predominantemente de experiências passadas revividas

Esse tipo de transferência

[...] refere-se à forma na qual experiências, desejos, fantasias, conflitos e defesas passados são revividos no decorrer do tratamento, como uma consequência do trabalho terapêutico, e que agora dizem respeito à pessoa do terapeuta no conteúdo pré-consciente manifesto ou latente.<sup>8</sup>

Os sentimentos do paciente em relação ao terapeuta e suas atitudes para com ele passam, agora, por uma mudança significativa com respeito a um evento específico ou fragmento de material de tratamento.

Nessas ocasiões, há uma nova vivência, representação ou reencenação de experiências passadas e de fantasias, associadas em um arranjo novo e diferente. É uma nova configuração que contém temas particulares do passado e na qual o terapeuta desempenha um papel especial para o paciente.

A menos que o paciente tenha uma capacidade incomum de auto-observação, ele não percebe, a princípio, que alguma coisa está inadequada ou mesmo diferente em relação às suas respostas ou que há algum determinante primitivo de seus sentimentos presentes sobre o terapeuta. Em geral, as auto-observações, aos poucos, vão se tornando acessíveis com a interpretação e a elaboração de inúmeros episódios de transferência de conflitos presentes e de experiências passadas.

Como exemplo dessa forma de transferência, tem-se o caso de uma mulher casada de 35 anos que buscou tratamento em uma tentativa de dar fim a sua infidelidade compulsiva. Sempre que seu marido viajava, o que a profissão dele frequentemente exigia, ela escolhia para seu amante um homem que fosse tímido, deprimido e impotente. Então se deliciava com sua capacidade para seduzi-lo a tornar-se audaz, feliz e potente. Em geral, ela realizava seu “triunfo terapêutico” pouco antes do retorno do marido, quando rompia o relacionamento extraconjugal. Naturalmente, o casamento tinha suas dificuldades, mas era, apesar disso, estável.

O terapeuta apenas de forma gradual ficou sabendo de alguns de seus aspectos perturbados, à medida que a própria paciente tornou-se mais capaz de tolerar o conhecimento do terapeuta sobre eles. Após cerca de um ano e meio de tratamento e quase um ano em que não teve casos, ela passou a se posicionar com mais clareza, por exemplo, insistindo com o marido que seu filho de 8 anos era muito jovem para ter o rifle que ele lhe havia dado, depois de o menino ter atirado na própria mão com a arma. Um dia, ela relatou ter ido ao banheiro, onde sua filha de 3 anos estava tomando banho com o marido, uma prática costumeira que ela não havia contado a seu terapeuta. A paciente nunca antes havia ido

ver o que acontecia no banheiro, mas agora relatava que ficara atônita e paralisada ao ver que sua filha estava brincando com o pênis ereto de seu marido enquanto ele ficava sentado calmamente lendo o jornal na banheira. Ela saiu sem dizer uma palavra. Nesse ponto, a sessão de sexta-feira chegou ao fim. Na segunda-feira, a paciente estava bastante deprimida, sentindo-se desanimada e abandonada por seu terapeuta. Desesperada para sentir-se melhor, ela começara a imaginar como poderia arrumar um caso e com quem. O terapeuta disse-lhe que seus sentimentos pareciam ligados ao momento em que ele terminara a sessão na sexta-feira, comentário que resultou em um acesso de depreciação sarcástica por parte da paciente, em um tom que ele nunca havia ouvido dela antes. Apenas após vários dias sua fúria diminuiu o suficiente para ela considerar o que havia ocorrido. Ela e o terapeuta foram percebendo, paulatinamente, o que havia sido, de fato, uma revivência de sentimentos da infância e uma representação na qual o terapeuta, um homem, tinha desempenhado o papel de sua mãe, que, muitas vezes, a deixava brincando com um ou outro dos pensionistas da sua casa, muitos dos quais tinham abusado sexualmente dela.

Nesse exemplo, o tratamento progrediu a um ponto em que as lembranças reprimidas de experiências sexuais da infância foram revividas, o que a paciente então expressou em uma representação complexa. Esta envolveu o uso de uma resposta esperada do terapeuta para expressar a experiência de estar desprotegida e abandonada. O fato de ele ter terminado a sessão no momento em que ela descrevia o incesto do pai com a filha reacendeu seus sentimentos de abandono e, portanto, teve um significado de transferência não reconhecido por nenhum deles no momento. Apenas após essa ocorrência transferencial foi possível

entender o significado dos envolvimento sexuais durante a ausência do marido.

Tendo conhecimento suficiente sobre o paciente, o terapeuta pode conscientizar-se de que ele está tentando evocar uma resposta que repete uma experiência do passado<sup>13</sup> e que pode envolver uma variedade de mecanismos de defesa.

Essa percepção da contratransferência do terapeuta ou de sua forma de responder a um papel, entretanto, deve ser diferenciada de seu modo habitual de reagir a traços de caráter particulares, uma vez que usar esses traços como base para entender o paciente provavelmente será improdutivo.

As transferências de relacionamentos presentes e de experiências passadas revividas ocorrem como episódios no fluir do trabalho terapêutico. Na situação de tratamento suficientemente boa, essas formas de transferência originam-se a partir do estabelecimento inicial do relacionamento do paciente com o terapeuta, começando com as formas habituais de relação. Em alguns pacientes, estas se ampliarão e serão ainda mais elaboradas dentro da neurose de transferência.

## Neurose de transferência

Greenacre<sup>14</sup> descreveu a neurose de transferência como:

[...] um processamento panorâmico constante de imagens de transferência fundindo-se umas com as outras ou momentaneamente separando-se com especial clareza, de uma forma frequentemente menos constante do que os sintomas e outras manifestações da própria neurose.

O que Greenacre classifica como “imagens de transferência” inclui as duas categorias de transferência: de conflito presente e de experiências passadas revividas. O que ele denomina “processamento panorâmico”, no qual essas imagens se fundem umas com as outras para formar uma “estrutura transferencial”, é outra forma de descrever a neurose de transferência no sentido aqui proposto. Ou seja, há uma fusão de manifestações de transferência episódicas em uma estrutura complexa de manifestações relacionadas, entrelaçadas e sobrepostas. A “fusão” e a “clareza especial”, conforme percebidas pelo terapeuta, não têm durabilidade inerente e podem ir e vir. Uma questão semelhante é levantada por outros autores, como Glover,<sup>15</sup> que defende: “a neurose de transferência deve ser revelada [...], ela não aparece espontaneamente na regra do tratamento”, e Bird:<sup>1</sup>

[...] a neurose de transferência nem sempre está disponível para ser trabalhada. Sendo uma coisa intermitente, como acredito que seja, pode haver longos períodos em que ela não é perceptível.

A duração dos períodos em que a estrutura da neurose de transferência é explícita varia, em nossa experiência, de paciente para paciente e de tempos em tempos para o mesmo paciente. Ela pode estar presente durante alguns dias a alguns meses ou mais tempo.

Na medida em que a estrutura transferencial persiste, muito mais esforço terapêutico é necessário com os sentimentos e as reações do paciente em relação ao terapeuta e às suas intervenções. Além disso, mais aspectos da vida e preocupações do paciente estão envolvidos com o tratamento e com o terapeuta.

Ao mesmo tempo, observa-se que menos aspectos dos conflitos do paciente aparecem em outras partes de sua vida, e o terapeuta pode ouvir relatos sobre o quanto ele está melhor agora, mesmo que, como dizem alguns pacientes, seu único problema seja com o terapeuta. Quer dizer, o término da psicoterapia seria a “cura” óbvia. A chamada cura transferencial baseia-se nesse mecanismo, visto que as manifestações externas do conflito neurótico estão diminuídas, na medida em que elas reaparecem de várias formas na transferência.

O aparecimento de um novo sintoma na transferência é tomado como indicação da presença de uma neurose de transferência, e há exemplos para documentar esse argumento,<sup>16-18</sup> o que pode ser considerado um critério qualitativo. Entretanto, com o maior reconhecimento de que a psicopatologia não se limita à formação de sintomas, e com a consciência de que um sintoma pode significar diferentes coisas em diferentes momentos, muitos terapeutas utilizam o conceito de neurose de transferência sem exigir a formação de novo sintoma como uma condição necessária.<sup>5,19</sup> Um aspecto qualitativo mais importante e sempre presente é a revisão da experiência anterior que ocorre com a revivência. Como Harley<sup>20</sup> salienta,

Esta revisão previsivelmente resulta da acumulação de experiências genéticas e transformações do desenvolvimento que ocorreram no decorrer do tempo, geralmente com uma correlação entre a extensão do intervalo de tempo e a complexidade das revisões.

De acordo com Loewald,<sup>5</sup> a revisão significa, essencialmente,

[...] que um significado é criado pelas interações entre paciente e terapeuta, que têm novas tensões dinâmicas

e produzem motivações novas, mais saudáveis, próprias,

ou seja, após os novos significados serem adequadamente analisados.

## Representação de fantasias inconscientes

A transferência como uma representação de fantasias inconscientes é outro significado possível, que passou a ser observado como resultado das contribuições de Melanie Klein e de seus seguidores. Talvez um dos fatores importantes em sua revisão do conceito de transferência tenha sido o fato de que ela trabalhava com crianças, algumas de apenas 2 anos, e em uma época na qual os eventos traumáticos supostamente estavam ocorrendo. Assim, as manifestações transferenciais de crianças não são do passado distante, mas de suas experiências imediatas. Os jogos infantis incluem uma série de representações de todos os tipos de acontecimentos e relacionamentos. O que elas representam em seu brinquedo? Klein supunha que isso estava relacionado às suas vidas de fantasia. O brinquedo seria a forma de a criança relacionar-se consigo mesma, com seus piores medos e ansiedades. Os relacionamentos representados na sala de análise constituiriam, então, as expressões das tentativas da criança de incluir a vivência traumática como ela experimenta em sua vida cotidiana.

Aplicando essa ideia à prática da análise e da psicoterapia de adultos, ela pode ser considerada uma representação de experiências de fantasias presentes, da mesma maneira que o brinquedo da criança é uma representação da elaboração de seus traumas em fantasia.

Tal visão da transferência como se originando das dificuldades presentes no aqui e agora da sessão foi estimulada pelo desenvolvimento e pela ênfase da noção de fantasia inconsciente. Todavia, essa ideia condiz com a noção de que a transferência é moldada nos mecanismos infantis com os quais o paciente lidava com sua experiência há muito tempo. De acordo com Klein,<sup>21</sup>

[...] o paciente certamente lidará com seus conflitos e ansiedades experimentados agora em relação ao analista pelos mesmos métodos que usava no passado. Isso quer dizer que ele se afasta do analista como ele tentava se afastar de seus objetos primitivos.

Ainda que Klein também tenha introduzido o conceito de identificação projetiva, ela não parece ter considerado seu uso na análise da transferência da forma que logo se desenvolveu entre seus colegas.

Bion sugeriu que a interpretação da transferência poderia ser feita a partir da maneira como seus pacientes estavam tentando despertar nele sentimentos que não podiam tolerar em si mesmos, mas que, inconscientemente, desejavam expressar e que podiam ser entendidos pelo analista como uma comunicação.

Outro passo importante nesse desenvolvimento foi a ideia formulada por Joseph, da transferência como situação total no curso de um tratamento. Essa autora salientou a importância de entender a transferência como um relacionamento vivo, no qual há constante movimento e mudança. Além disso, tudo o que o analista é ou diz provavelmente terá uma resposta mais de acordo com a própria constituição psíquica do paciente do que com as intenções do

analista e o significado que ele dá a sua interpretação. E isso pode ser observado pelo que acontece na relação terapêutica, não só pelo que o paciente diz, mas também pela maneira como fala e pelos sentimentos que desperta no terapeuta.<sup>22-25</sup> (Uma revisão mais abrangente dos desenvolvimentos kleinianos e pós-kleinianos do conceito de transferência pode ser encontrada no Capítulo 4.)

## NEUROSE INFANTIL E NEUROSE DE TRANSFERÊNCIA

A neurose infantil costuma ser mencionada como central ao processo de tratamento e como estando no coração da transferência, uma vez que, em última análise, os conflitos da neurose infantil é que são revividos e experimentados novamente. Seja qual for a maneira como se conceitue a neurose infantil, ela não é simplesmente reproduzida por sua revivência modificada na forma de eventos de transferência,<sup>26,27</sup> mas pode ser reconstruída pelo processo de interpretação da transferência. Mais uma vez, remete-se aos comentários sucintos de Greenacre:<sup>28</sup>

O termo neurose infantil pode ser usado em dois sentidos um pouco diferentes: um significando a eclosão de sintomas neuróticos manifestos no período da infância, i.e., aproximadamente antes dos 6 anos de idade; o segundo significando a estrutura interior de desenvolvimento infantil, com ou sem sintomas manifestos, que forma, entretanto, a base de uma neurose posterior.

O primeiro sentido é o significado clínico, historicamente original, referindo-se a um grupo de conflitos específicos cen-

trados em questões edípicas. Com base no segundo significado, mais metapsicológico, então a presença de sintomas manifestos na infância ou na idade adulta não é uma condição *sine qua non* para a existência de complexo edípico ou de conflito neurótico na infância ou mais tarde. Se, além disso, o conceito for reformulado para referir-se à estrutura interior do desenvolvimento psíquico, ele fornece uma base valiosa para entender o que se transforma, a fim de aparecer em uma nova edição nas revivências transferenciais de experiências passadas e da neurose de transferência.

Mesmo reconhecendo o impacto organizador sobre o desenvolvimento do complexo de Édipo, aquela fase particular não é vista como componente obrigatório da transferência nessa formulação da neurose infanti.<sup>29</sup> Tal formulação permite incluir elementos pré-edípicos e pré-verbais nas manifestações de transferência. Ela também possibilita a inclusão de dificuldades pós-edípicas que surgem quando a elaboração necessária e apropriada de soluções primitivas falha em níveis posteriores do desenvolvimento.

Mas o que determina os conteúdos de qualquer forma particular de manifestação transferencial e a sequência na qual esses conteúdos aparecem? Ou, nesse sentido, o que determina a forma tomada por uma manifestação transferencial particular e decide se as complexidades da neurose de transferência se tornarão manifestas ou não? E quais são as consequências para a situação clínica? Ainda não temos respostas muito conclusivas, mas uma primeira abordagem desses problemas foi fornecida por Freud, conforme relatado por Ferenczi,<sup>30</sup> que afirma:

Podemos tratar um paciente do jeito que preferirmos, mas ele sempre tratará a si mesmo psicoterapeuticamente, quer dizer, com a transferência. (grifo omitido)

Portanto, embora ubíquas, as formas particulares como as influências transferenciais aparecem na vida de uma pessoa dependem do que se considera necessário ser “tratado”.

A repetição, a representação ou a revivência de determinado prazer, uma certa frustração, o esforço para dominar uma ansiedade específica são exemplos de experiências na interação com os outros desde o início da vida que, com frequência, são encontradas ao examinarem-se relacionamentos interpessoais presentes e que ilustram o comentário de Freud. Em termos mais gerais, pode-se perceber nesses exemplos a tendência a estabelecer uma identidade de percepções por meio da repetição de experiências passadas.

A situação terapêutica fornece a oportunidade de focalizar outras partes, de articular as fantasias associadas, de lembrar as memórias relacionadas e de evocar a participação de outras camadas da personalidade no trabalho terapêutico, de tal modo que dificuldades anteriormente repelidas podem ser trazidas para a transferência.

Conforme Freud,<sup>31</sup> “na psicanálise [...], todas as tendências do paciente, incluindo as hostis, são provocadas”. Assim, o conteúdo dos temas transferenciais pode variar, mas, em geral, fixa-se em algumas questões de importância central para estabelecer determinada dificuldade no desenvolvimento, na adaptação e nos relacionamentos do paciente.

## REGRESSÃO

Em relação ao esquema, há pouco descrito; a forma tomada pela transferência de tempos em tempos no curso do tratamento reflete o grau em que a regressão ocorre. Com a forma habitual de relacionamento, não ocorre nova regressão na relação com o terapeuta. Por exemplo, um paciente que queria convidar seu terapeuta para drinques no primeiro encontro não estava envolvido, naquele momento, em uma regressão transferencial. Essa forma habitual de relacionar-se, como qualquer traço de caráter, tinha uma história genética associada a seu relacionamento com o pai; entretanto, teria sido uma falácia genética<sup>32</sup> ignorar a autonomia secundária conquistada por esse comportamento e supor que um desejo originalmente envolvido em sua gênese ainda estivesse ativo, consciente, pré-consciente ou inconscientemente.

Na transferência de relacionamentos presentes, dois elementos podem ser reconhecidos no trabalho com a paciente que um dia estava irritada com o terapeuta, em vez de com seu marido. Um era considerar seu terapeuta uma pessoa segura, com quem desabafar sua raiva, repetindo um relacionamento da infância com uma avó amorosa e tolerante; a paciente dispunha de vários desses refúgios de segurança. Um segundo elemento tornou-se mais evidente na sequência, em termos de regressão a um período de relações sadomasoquistas com sua mãe; conforme isso se tornava mais evidente no relacionamento terapêutico, também se manifestavam os episódios de transferência da revivência de experiências passadas. Tal concordância ilustra como essas formas, conforme descrevemos, não estão, de fato, nitidamente separadas umas das outras. Descobrimos que as regressões envolvidas na transferência de relaciona-

mentos presentes não são particularmente profundas, duradouras ou elaboradas, mas, sob outra perspectiva, se não for permitida a regressão, então nenhuma transferência poderá ocorrer.

Com a paciente que era compulsivamente infiel a seu marido, a vívida revivência da experiência passada acarretou uma regressão em seu relacionamento com o terapeuta a uma dimensão semelhante à do relacionamento com sua mãe na infância, em uma época em que ainda tinha consciência de sua raiva por ela, embora tivesse reprimido a razão disso. Essa experiência transferencial relativamente elaborada e duradoura foi seguida por outras, que vieram a fundir-se ou sobrepor-se, da forma descrita por Greenacre,<sup>14</sup> formando a “estrutura transferencial” de uma neurose de transferência. As regressões envolvidas são essencialmente as mesmas na transferência de experiências passadas e na neurose de transferência e constituem parte das experiências sobrepostas nesta última.

Outras maneiras de descrever a forma da transferência, por exemplo, uma transferência idealizada, uma transferência materna, entre outras, referem-se às qualidades da relação objetal, que podem ou não ser aquelas revividas no processo terapêutico, representando ou não uma regressão no relacionamento com o terapeuta. Portanto, são consideradas auxiliares para as cinco categorias descritas.

## CONTRATRANSFERÊNCIA

Bird<sup>1</sup> enfatizou um aspecto ainda pouco avaliado da experiência do terapeuta com a neurose de transferência quando diferenciada de outras reações transferenciais. Ele salientou que “o que é específico em relação à neurose de transferência é o envol-

vimento ativo do terapeuta na constituição central deste conflito”; que

[...] o paciente deve ser autorizado a incluir o terapeuta em sua neurose, ou, por assim dizer, compartilhar sua neurose com o terapeuta<sup>1</sup>

e que uma “neurose de transferência é meramente uma nova edição da neurose original do paciente, mas comigo nela”.<sup>1</sup> As extraordinárias dificuldades que tornam o tratamento da neurose de transferência a parte mais complexa do trabalho do terapeuta estão relacionadas “ao desgaste desta experiência abrasiva” de estar no centro dessa dolorosa inclusão.<sup>1</sup> Para o terapeuta assim envolvido com a neurose do paciente, o processo interpretativo não é apenas um instrumento terapêutico, mas também o meio de elaborá-la e tentar solucioná-la junto com o paciente.

Por fim, embora reconhecendo que reações de contratransferência podem repelir o aparecimento da neurose de transferência e limitar o tratamento a uma “arte explanatória”, embora útil, Bird<sup>1</sup> também era da opinião de que “o envolvimento da própria transferência do terapeuta é necessário”, sentimento que encontrou eco em Loewald:<sup>33</sup> “A contratransferência é o meio indispensável para entender a transferência do paciente”. Essa visão contemporânea da contratransferência surgiu mais recentemente no curso da evolução desse conceito.<sup>34</sup> Entretanto, é importante ter em mente que a interação entre as resistências do paciente e as contrarresistências do terapeuta pode conspirar para prejudicar ou impedir a evolução de manifestações da transferência. Por exemplo, o terapeuta pode deixar de interpretar tudo o que poderia sentir e entender por meio da contratransferência normal e, perdido em sua própria neurose, posicionar-se mais em relação

a esta do que em função das necessidades do paciente. Ou pode reagir inconscientemente a determinada pessoa que manifeste conflitos semelhantes aos seus, o que talvez o impeça de identificar e compreender os conflitos do paciente, pelo receio de reconhecer também os significados inconscientes dos seus.<sup>25</sup>

## COMENTÁRIOS SOBRE TÉCNICA

Ao comparar-se a psicanálise com a psicoterapia de orientação psicanalítica, é habitual reconhecer inúmeras diferenças importantes. Entre elas está o fato de que a intensidade associada à alta frequência de sessões e outros aspectos da situação psicanalítica predis põem à maior elaboração de manifestações de transferência nas formas que descrevemos. Mas também é importante reconhecer que a frequência maior fornece mais oportunidades para o analista trabalhar com o paciente as questões de transferência. Portanto, o trabalho psicoterápico, por comparação, tem uma limitação específica, porque não propicia a mesma liberdade e oportunidade de trabalhar sistematicamente as manifestações da transferência.

Na psicoterapia, esse trabalho pode ocorrer de tempos em tempos e ser mais vulnerável às intromissões da realidade externa, mas, mesmo assim, pode ser bastante efetivo e benéfico. Uma psicoterapia analítica pode ser limitada com mais frequência também de outras maneiras, como, por exemplo, na duração do tratamento. De maneira ideal, não há estabelecimento de limite de tempo para uma psicanálise, e isso corresponde aos seus objetivos mais ambiciosos, que podem mudar e evoluir no decorrer do tempo. Os objetivos na psicoterapia de orientação psicanalítica tendem

a ser menos ambiciosos em termos de alteração da personalidade e mais focalizados no alívio do sintoma ou na abordagem de conflitos específicos ou problemas da vida do paciente. A experiência mostra que, se o terapeuta tem objetivos mais ambiciosos que o paciente, o tratamento tende a ser interrompido.<sup>35</sup> Tanto a psicanálise como a psicoterapia estão sujeitas a um excesso de investimento por parte do terapeuta, tal como a noção de que tudo deve ser imediatamente interpretado como dizendo respeito a sua pessoa, esquecendo a importância da interpretação não transferencial (ou “extratransferencial”).<sup>36</sup>

Outro excesso de investimento ou mito é o de que a transferência deve ser completamente “resolvida” para o tratamento ser efetivo. Hoje, em geral, se sabe que expressões positivas de transferência – ou seja, sentimentos positivos em relação ao terapeuta – podem servir como defesas contra sentimentos negativos, e vice-versa. Também pode haver defesas contra a transferência e contra sua conscientização.

Uma preocupação exclusiva com a transferência, na psicanálise ou na psicoterapia, pode levar à distorção do processo de tratamento como uma consequência de escutar apenas o conteúdo, isto é, como um todo, a transferência, em vez de escutar o material e o contexto no qual ele surge.

Portanto, as funções defensivas da transferência podem ser esquecidas se ela for considerada apenas uma recapitulação da história do indivíduo.<sup>37</sup>

Como orientação, pensamos que interpretações da transferência no decorrer da psicoterapia analítica devem ser feitas, necessariamente,

em, pelo menos, três circunstâncias: no início do tratamento, sobre as ansiedades paranoides despertadas pelo novo relacionamento; para entender resistências e *acting outs* durante o curso da psicoterapia; e para elaborar os estágios finais desta.

Também pode ser necessário examinar e interpretar expressões transferenciais em outros momentos e situações, quando o paciente deseja comunicar ideias e sentimentos que apenas podem ser entendidos nesses termos ou quando ele expressa sentimentos e fantasias diretos em relação ao terapeuta.

Sem exagerar na utilização das interpretações transferenciais, nem evitar a necessidade de estar atento às expressões da transferência descritas neste capítulo e sua oportuna comunicação, a experiência clínica permite ao terapeuta sentir-se progressivamente mais à vontade com esse instrumento.

Trabalhar com a transferência e entendê-la é uma questão complexa que pode ser aprendida com o tempo, tornando-se um dos principais recursos para estabelecer uma relação produtiva com aqueles que buscam psicoterapia de orientação analítica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, descrevemos e diferenciamos cinco formas ou categorias de relacionamento paciente-terapeuta que podem ser usadas para monitorar o desenvolvimento da transferência no curso do tratamento: formas habituais de relação, transferência de relacionamentos presentes, transfe-

rência de experiências passadas revividas, neurose de transferência e representação de fantasias inconscientes. Nesse esquema, a neurose de transferência é vista como uma de várias manifestações transferenciais que se desenvolvem no tratamento. Ela não é considerada um requisito para a validade ou a adequação do processo terapêutico. Essa classificação é proposta como um meio de ordenar dados clínicos, e não como medida de analisabilidade, tratabilidade ou diferenciação do tratamento como psicanálise ou psicoterapia.

O desenvolvimento da transferência é descrito como dependente da interação paciente-terapeuta. Ela reflete mais a estrutura interior do desenvolvimento psíquico à medida que a regressão do paciente e o envolvimento do terapeuta nos conflitos do paciente aumentam. Quando ela aparece, a estrutura complexa de temas relacionados que constituem a neurose de transferência emerge de revivências transferenciais mais episódicas de experiências passadas, a partir das quais o terapeuta pode reconstruir os contornos do desenvolvimento psíquico

primitivo. É possível que fatores de resistência do paciente e de contratransferência do terapeuta impeçam o desenvolvimento, o aparecimento e o reconhecimento de manifestações da transferência.

O clássico trabalho de Freud sobre a dinâmica da transferência completou há pouco seu centenário. Além dele, trabalhos recentes sobre esse conceito fundamental da técnica psicanalítica e da psicoterapia analítica<sup>38,39</sup> destacam sua centralidade no trabalho clínico, em todas as escolas de pensamento psicanalítico. Evidenciam-se, assim, o fato de que se trata de uma repetição, mas não só de uma repetição; sua íntima relação com a contratransferência; a necessidade de desenvolver uma escuta cada vez mais fina para captar sua presença, ostensiva ou latente; o potencial criativo ou destrutivo de intensas expressões transferenciais; e a necessidade de estar atento à transferência e a sua contrapartida para que se possa evoluir à procura de uma comunicação cada vez mais próxima com a emoção presente e viva no campo analítico.

#### **PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. A transferência é um fenômeno que está presente em todas as formas de psicoterapia.
2. Em psicanálise e em psicoterapia de orientação analítica, a transferência e sua interpretação adequada constituem um veículo decisivo para que ocorram mudanças psíquicas.
3. Podem ser descritas cinco formas de transferência: formas habituais de relacionamento; transferência predominantemente de relacionamentos presentes; transferência predominantemente de experiências passadas revividas; neurose de transferência; representação de fantasias inconscientes.
4. Há uma relação sempre presente entre transferência e contratransferência, e, muitas vezes, é apenas a partir do que o terapeuta percebe em si que pode chegar a perceber e a abordar a transferência.
5. A interpretação da transferência é recomendável diante das ansiedades de um início de psicoterapia, sempre que surgem atuações e resistências, nas etapas finais do tratamento e quando suas expressões diretas ou aludidas são úteis para entender e analisar sentimentos, ideias ou fantasias que possam ampliar a compreensão sobre o mundo interno do paciente.

## REFERÊNCIAS

---

1. Bird B. Notes on transference: universal phenomenon and hardest part of analysis. *J Am Psychoanal Assoc.* 1972;20(2):267-301.
2. Brenner C. *The mind in conflict.* New York: International Universities; c1982.
3. Cooper AM. Changes in psychoanalytic ideas: transference interpretation. *J Am Psychoanal Assoc.* 1987;35(1):77-98.
4. Wallerstein RS. *Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy.* New York: Guilford; c1986.
5. Loewald HW. The transference neurosis: comments on the concept and the phenomenon. *J Am Psychoanal Assoc.* 1971;19(1):54-66.
6. Reed GS. Rules of clinical understanding in classical psychoanalysis and in self psychology: a comparison. *J Am Psychoanal Assoc.* 1987;35(2):421-46.
7. Reed GS. Scientific and polemical aspects of the term transference neurosis in psychoanalysis. *Psychoanal Inquiry.* 1987;7(4):465-84.
8. Sandler J, Kennedy H, Tyson RL. Discussions on transference. The treatment situation and technique in child psychoanalysis. *Psychoanal Study Child.* 1975;30:409-41.
9. Sandler J, Kennedy H, Tyson RL. *The technique of child psychoanalysis: discussions with Anna Freud.* London: Hogarth; 1980.
10. Tyson RL, Tyson P. The concept of transference in child psychoanalysis. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1986;25(1):30-9.
11. Macalpine I. The development of transference. *Psychoanal Q.* 1950;19:501-39.
12. Nunberg H. Transference and reality. *Int J Psychoanal.* 1951;32:1-9.
13. Sandler J. Countertransference and role-responsiveness. *Int Rev Psychoanal.* 1976;3:43-7.
14. Greenacre P. Certain technical problems in the transference relationship. In: Greenacre P. *Emotional growth.* New York: International Universities; 1971. v. 2. cap. 33. p. 651-69.
15. Glover E. *The technique of psychoanalysis.* New York: International Universities; 1955.
16. Harley M. The current status of transference neurosis in children. *J Am Psychoanal Assoc.* 1971;19(1):26-40.
17. Gann E. Some theoretical and technical considerations concerning the emergence of a symptom of the transference neurosis: an empirical study. *J Am Psychoanal Assoc.* 1984;32(4):797-829.
18. Tyson P. Transference and developmental issues in the analysis of a prelatency child. *Psychoanal Study Child.* 1978;33:213-36.
19. Blum HP. On the conception and development of the transference neurosis. *J Am Psychoanal Assoc.* 1971;19(1):41-53.
20. Harley M. Child analysis, 1947-1984. A retrospective. *Psychoanal Study Child.* 1986;41:129-53.
21. Klein M. The origins of transference. *Int J Psychoanal.* 1952;33(4):433-8.
22. Joseph B. Transference: the total situation. *Int J Psychoanal.* 1985;66(4):447-54.
23. Spillius EB. *Melanie Klein today: developments in theory and practice.* London: Routledge; 1988.
24. Hinshelwood RD. *A dictionary of kleinian thought.* London: Free Association Books; 1989.
25. Eizirik CL, Libermann Z, Costa F. A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In: Cordioli AV. *Psicoterapias: abordagens atuais.* 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
26. Freud A. Normality and pathology in childhood: assessments of development. In: Freud A. *The writings of Anna Freud.* New York: International Universities; 1965. v. 6.
27. Hartmann H. Problems of infantile neurosis. In: Hartmann H. *Essays on ego psychology; selected problems on psychoanalytic theory.* New York: International Universities; [1964]. p. 207-14.
28. Greenacre P. Problems of infantile neurosis. In: Greenacre P. *Emotional growth.* New York: International Universities; 1971. v. 1. p. 50-7.
29. Tyson P. Neurosis in childhood and in psychoanalysis: a developmental reformulation. *J Am Psychoanal Assoc.* 1996;44(1):143-65.
30. Ferenczi S. Introjection and transference. In: Ferenczi S, Thompson C, Jones E. *Sex and psychoanalysis.* New York: Basic Books; [1950]. p. 35-93.
31. Freud S. Fragment of an analysis of a case of hysteria. In: Freud S. *The standard edition of*

- the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1905. v. 7. p. 31-122.
32. Hartmann H. Notes on the theory of sublimation. *Psychoanal Study Child*. 1955;10: 9-29.
  33. Loewald HW. Transference-countertransference. *J Am Psychoanal Assoc*. 1986;34(2): 275-87.
  34. Tyson RL. Countertransference evolution in theory and practice. *J Am Psychoanal Assoc*. 1986;34(2):251-74.
  35. Reder P, Tyson RL. Patient dropout from individual psychotherapy: a review and discussion. *Bull Menninger Clin*. 1980;44(3): 229-52.
  36. Blum HP. The position and value of extra-transference interpretation. *J Am Psychoanal Assoc*. 1983;31(3):587-617.
  37. Arlow JA. Transference as defense. *J Am Psychoanal Assoc*. 2002;50(4):1139-50.
  38. Eizirik CL. A transferência, um tema quase inesgotável... *Rev Psicanálise SPPA*. 2012; 19(1):49-60.
  39. Oelsner R. *Transference and countertransference today*. Hove: Routledge; 2013.



# 17

## CONTRATRANSFERÊNCIA

Cláudio Laks Eizirik  
Sergio Lewkowicz

A evolução da compreensão e da utilização da contratransferência levou-a a tornar-se um dos conceitos fundamentais para a prática da psicanálise e da psicoterapia de orientação analítica, tornando seu estudo indispensável para o profissional dessas áreas. Pensamos que uma abordagem evolutiva poderá favorecer o entendimento do caminho percorrido por esse controverso conceito e, assim, facilitar sua compreensão e uso.

Esse tema foi pouco estudado por Freud e só começou a ganhar espaço na literatura psicanalítica nos últimos 50 anos, como destacam alguns autores que revisaram esse assunto: Blum;<sup>1</sup> Tyson;<sup>2</sup> Thomä e Kächele;<sup>3</sup> Manfredi<sup>4</sup> e De Bernardi,<sup>5</sup> entre vários outros. Tal conceito continua gerando muitos debates no campo da psicanálise e da psicoterapia, e isso se deve, em parte, ao fato de incluir a própria pessoa do terapeuta no processo de tratamento, o que dificulta seu estudo. Fenômeno semelhante ocorreu em várias áreas da ciência, quando se passou a destacar a influência da participação do observador nas experiências científicas.

O termo “contratransferência” ainda é considerado mal definido, e não existe plena concordância em relação a ele.<sup>6</sup> Persiste, também, na literatura psicanalítica

certa confusão entre os conceitos de contratransferência, atenção flutuante, empatia, regressão do analista, *rapport*, atitude analítica, escuta analítica e, inclusive, campo analítico.<sup>1,2,7</sup>

O próprio *International Journal of Psychoanalysis*, procurando selecionar os principais trabalhos de seus 80 anos de história, dedicou um livro a esse tema, intitulado: *Trabalhos-chave em contratransferência (Key Papers on Countertransference)*. Foi editado por Michels e colaboradores<sup>8</sup> e procurou mostrar o cenário da contratransferência nas diferentes regiões: Jacobs aborda a América do Norte; Hinshelwood, a Inglaterra, particularmente a escola kleiniana; Duparc, a França; e De Bernardi, a América Latina.

A evolução do conceito pode ser dividida em quatro fases:

- a) a formulação inicial de Freud, que data de 1910;
- b) os trabalhos de Paula Heimann e Heinrich Racker, que provocaram uma ampliação;
- c) as décadas de 1970 e 1980, com a utilização maciça do conceito “totalístico” de contratransferência; e

d) a situação atual de revisão e cautela com a utilização da contratransferência e a proposta de um conceito específico.

Este capítulo objetiva descrever criticamente essas diferentes fases e sua relevância para a psicoterapia de orientação analítica.

## O CONCEITO DE CONTRA-TRANSFERÊNCIA DE FREUD

Freud publicou muito pouco sobre o tema da contratransferência e destacou, principalmente, sua influência negativa sobre o processo de tratamento. O conceito foi introduzido por ele em 1910, em seu trabalho *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*,<sup>9</sup> no qual refere:

As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da “contratransferência”, que nele surge como resultado da influência do paciente sobre seus sentimentos inconscientes.

Considera, também, que a contratransferência decorre de complexos e resistências internas do médico, salientando a necessidade da autoanálise e, alguns anos depois, da análise didática e das reanálises periódicas para reconhecê-la e superá-la. Assim, para Freud, a contratransferência é um obstáculo à análise, que deve ser superado pelo analista.

Nesse mesmo ano, volta a utilizar o termo “contratransferência”, em uma carta para Ferenczi, datada de 6 de outubro de 1910, na qual aparece com uma conotação positiva, paterna, em relação a seu discípulo.<sup>6,10</sup>

Observa-se, assim, como Freud está levando em consideração a equação pessoal do terapeuta em seu conceito de contratransferência, embora a considere a resposta do analista à transferência do paciente, como salienta em sua carta a Jung, ao dizer que os analistas não podem permitir que os pacientes neuróticos os enlouqueçam.<sup>4</sup>

Tyson<sup>2</sup> assinala que há razão para imaginar que Freud e seus colegas pensavam e falavam sobre a contratransferência bem mais do que publicaram sobre o assunto, pois o tema aparecia em algumas cartas. Um exemplo disso é a carta de Freud para Jung, em 1911, na qual refere que o artigo que julga necessário sobre a contratransferência não deveria ser impresso, mas circular como cópia.<sup>4</sup> Blum<sup>1</sup> chama a atenção para o fato de que Freud apresentou o conceito de contratransferência, essencialmente, na mesma época em que soube do caso amoroso de Sabina Spielrein com seu analista, Jung, e talvez estivesse procurando alertar para os riscos desse tipo de envolvimento.

A evolução que Freud obteve no conceito de transferência, que foi se modificando de um obstáculo para um instrumento terapêutico, não foi a mesma em relação à contratransferência. Isso, possivelmente, se deve à dificuldade que ele teve de sistematizar seus sentimentos contratransferenciais, procurando, muitas vezes, manter oculta sua existência ou destacando, em trabalhos sucessivos, esse perigoso inconveniente, responsável pelos “pontos cegos”, dos terapeutas.<sup>4,7</sup> Isso também pode decorrer do fato de ele nunca se ter analisado, o que não lhe permitiu experimentar o mútuo aspecto do relacionamento analítico.<sup>1,11</sup>

Ainda que, durante toda a sua obra, Freud considere a contratransferência um obstáculo para o tratamento, em 1912, ao referir-se à atenção flutuante, descreve como o inconsciente do médico pode ser utilizado como “instrumento da análise”, antecipando-se, assim, aos achados posteriores.

Segundo suas palavras: “ele [o médico] deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente”.<sup>12</sup>

Epstein e Feiner<sup>13</sup> correlacionam esses dois aspectos do pensamento freudiano, por um lado, a contratransferência como obstáculo ao tratamento e, por outro, o inconsciente do médico como instrumento da análise, com as duas correntes principais que irão dominar o cenário analítico em relação à contratransferência e que foram denominadas por Kernberg<sup>14</sup> de “clássica” e de “totalística”, respectivamente.

## A AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE CONTRATRANSFERÊNCIA

Após as formulações iniciais de Freud sobre a contratransferência, esse tema apareceu de forma escassa na literatura psicanalítica durante cerca de 40 anos. A contratransferência era considerada, principalmente, como um obstáculo, uma impureza do tratamento e uma falta de objetividade do analista nesse período.<sup>3</sup> É provável que isso tenha decorrido da resistência dos analistas em relação aos seus próprios sentimentos e à repressão da contratransferência.<sup>1,15</sup> Também pode ter tido importância uma espécie de necessidade de fidelidade ao conceito freudiano de contratransferência como obstáculo.

No entanto, como assinalam vários autores, houve estudos precursores dos desenvolvimentos posteriores.<sup>3,4</sup> Um dos pioneiros nessa linha foi Ferenczi, ao descrever a oscilação necessária da atenção do analista entre o inconsciente e o consciente, para melhor captar a realidade psíquica.<sup>16,17</sup> Cabe mencionar também as ideias inovadoras sobre o papel do analista e de suas respostas de Balint, Deutsch, Fenichel, Sullivan e Winnicott. Reik, em especial, esboçou uma teoria da contratransferência a partir da intuição, mas não chegou a formulá-la.<sup>3,4,10</sup>

O trabalho considerado pela maioria dos autores como o ponto de virada (*turning point*) no conceito de contratransferência é o de Paula Heimann: *On counter-transference*.<sup>18</sup> Racker já havia apresentado ideias similares alguns anos antes, mas, como Heimann publicou primeiro na literatura internacional, aparentemente foi a pioneira dessa nova visão. Na realidade, ambos os autores merecem crédito semelhante, embora os estudos de Racker sobre a contratransferência tenham sido mais amplos e profundos, como agora é reconhecido na literatura recente.<sup>19</sup>

A partir do final da década de 1940 e começo da de 1950, surgiram inúmeros trabalhos que levaram a um novo conceito de contratransferência, bem mais abrangente, e que foi denominado de totalístico.<sup>15,18,20-25</sup> Essa ampliação possivelmente decorreu dos novos estudos com análise de crianças e da visão da relação mãe/bebê como uma unidade única, dos tratamentos com pacientes mais perturbados, os quais mobilizavam reações contratransferenciais mais graves, e das mudanças nas premissas da técnica, com a maior compreensão da profundidade e complexidade do fenômeno transferencial, os alcances e as limitações da interpretação e a importância do

enquadre. Também foi importante uma influência de fora da área da psicanálise, uma cultura mais democrática no mundo depois da II Guerra Mundial, em que a autoridade passou a ser mais questionada, além das descobertas sobre o papel do observador nas experiências científicas.<sup>4-10</sup>

Com esses desenvolvimentos, a compreensão da contratransferência tomou rumos diferentes. Por um lado, nos Estados Unidos, com a orientação da chamada psicologia do ego, predominou a visão denominada clássica, e, por outro, na Inglaterra e na América Latina, com a influência da teoria das relações de objeto, ou teoria kleiniana, prevaleceu o conceito considerado como totalístico em relação à contratransferência.<sup>14,26</sup>

## O CONCEITO CLÁSSICO DE CONTRATRANSFERÊNCIA

De acordo com essa visão, a contratransferência é considerada algo alheio, qualitativamente estranho à posição emocional normal do analista, algo capaz de parasitar de modo nocivo o processo analítico. Não é considerada um elemento normal da situação analítica, mas algo exclusivamente perturbador.<sup>26</sup>

Na compreensão clássica, a contratransferência se restringe à reação inconsciente do analista à transferência do paciente. Ela é considerada decorrente dos conflitos neuróticos do terapeuta, concordando com a descrição clássica de Freud de 1910, daí o seu nome. Somente é tratada como contratransferência aquela parte do relacionamento que se refere aos conflitos infantis e reprimidos do analista.<sup>14,21,26</sup>

Para outros autores, no entanto, pode incluir também elementos não neuróticos do terapeuta, bem como corresponder a uma resistência inconsciente do analista à transferência do paciente.<sup>13</sup> Segundo Kernberg,<sup>14</sup> são considerados representantes do conceito clássico os seguintes analistas: Reich, Glover, Fliess, Gitelson e Rangell.

Annie Reich, em seu estudo de 1951, rejeita a ideia de que a contratransferência possa ser usada como instrumento terapêutico, ressaltando que o analista não deve ter reações emocionais intensas com seu paciente, procurando reforçar o conceito de empatia. De acordo com a ideia corrente de empatia, seriam considerados apenas os aspectos positivos da relação do analista com seu paciente. Na realidade, o termo “empatia” é decorrente de uma tradução para o inglês da palavra *Einfühlung*, usada por Freud para identificação, mas Ribeiro e Zimmermann<sup>26</sup> destacam que o termo seria mais bem traduzido para contratransferência, pois implica dois tempos, projetivo e introjetivo, funcionando como uma relação objetal como qualquer outra e, no caso, correspondendo à posição emocional do terapeuta. Mesmo que Gitelson<sup>23</sup> considerasse o termo “contratransferência” como reação à transferência (contra/transferência), acreditava que ela poderia ser usada para compreender melhor o paciente.

Os seguidores da perspectiva clássica de contratransferência defendem o ponto de vista de que a ampliação do conceito torna o termo “contratransferência” confuso e faz com que perca sua especificidade, além de aumentar a importância da reação emocional do terapeuta, tirando-o de sua posição ideal de neutralidade. Além disso, discordam das críticas dos totalísticos, de que seu posicionamento em relação à contratransferência os deixa mais frios e indiferentes.

## O CONCEITO TOTALÍSTICO DE CONTRATRANSFERÊNCIA

Esse conceito considera a contratransferência um fenômeno normal no processo terapêutico. Nesse sentido, ela contém elementos da realidade da relação e pode incluir aspectos neuróticos do analista, abrangendo suas reações conscientes e inconscientes e podendo ser utilizada como instrumento de compreensão do paciente.<sup>14,26</sup>

De acordo com essa visão, todos os sentimentos e atitudes do analista em relação ao paciente são considerados contratransferência.<sup>13,15,18,20,24,25,27</sup> Alguns representantes mais radicais desse grupo chegam a sugerir que os sentimentos contratransferenciais sejam revelados aos pacientes.<sup>14,20,21</sup>

Winnicott, em seu artigo *O ódio na contratransferência (Hate in the counter-transference)*,<sup>20</sup> chamava a atenção para os sentimentos despertados no analista e no psiquiatra por pacientes psicóticos, descrevendo uma contratransferência objetiva, ou seja, medo e ódio conscientes na contratransferência. O trabalho considerado o marco histórico da mudança para uma visão totalística, como já mencionado, é o de Paula Heimann, *On counter-transference*.<sup>18</sup> Nesse estudo, a autora utiliza o termo “contratransferência” para englobar todas as reações que o analista experimenta diante de seu paciente. A contratransferência é considerada uma criação do paciente por identificação projetiva e, portanto, pode ser utilizada como um instrumento terapêutico.

Heinrich Racker<sup>15,24,25</sup> foi o autor mais original e, provavelmente, com a contribuição mais

abrangente e profunda sobre o tema da contratransferência. Parece ter sido um dos primeiros a preocupar-se com ela, pois a estudava desde 1948 na Argentina; no entanto, só iniciou a publicação de seus achados em 1953. Apresentava uma visão totalística da contratransferência, incluindo seus aspectos conscientes e inconscientes.

Considerava que a contratransferência opera de três formas:

- a) como um obstáculo, como no modelo clássico
- b) como importante instrumento para a compreensão das relações de objeto básicas do paciente e
- c) como um campo em que o paciente pode adquirir uma experiência diferente da que teve originalmente

Descreveu, também, a contratransferência direta, com o paciente, e uma forma indireta, com familiares do paciente ou até mesmo com colegas. Referiu, ainda, dois tipos de identificação da contratransferência:

- a) concordante, quando o ego do analista se identifica com o do paciente e existe uma sensação de sintonia entre eles
- b) complementar, quando o analista se identifica com um objeto interno ou parte não desejada do paciente, por exemplo, com seu superego, com uma correspondente sensação de dissintonia.

Alertando que mesmo os terapeutas experientes não conseguem evitar identificações complementares, relaciona-as com a parte neurótica da contratransferência. Denominou, inclusive, de “neurose de con-

tratransferência” sua expressão patológica, correlacionando-a, desse modo, com a “neurose de transferência”.

Money-Kyrle<sup>27</sup> considerava a contratrtransferência instrumento terapêutico, mas também obstáculo. Em seu trabalho *A contratrtransferência normal e alguns de seus desvios*, salientou que a contratrtransferência normal está relacionada com a capacidade do analista de exercer funções parentais. A empatia e o *insight* seriam resultantes de uma espécie de identificação do analista com o paciente, a qual depende de uma combinação dos impulsos reparadores e destrutivos do próprio terapeuta.

Grinberg<sup>28</sup> também se dedicou a estudar a contratrtransferência normal e patológica e descreveu um tipo específico de perturbação desta, a contraidentificação projetiva. Essa situação ocorre quando o paciente utiliza maciçamente a identificação projetiva, fator não destacado por Racker, e o analista é, de forma inconsciente e passiva, levado a adotar o papel em que o paciente está tentando colocá-lo. Posteriormente, Grinberg salienta o valor comunicativo da contraidentificação projetiva, para o analista poder perceber mensagens, especialmente não verbais. Kernberg<sup>14</sup> afirma que

[...] um conceito totalístico da contratrtransferência faz justiça à concepção da situação analítica como um processo de interação, no qual passado e presente de ambos os participantes, bem como suas mútuas reações ao seu passado e presente, fundem-se numa única posição emocional, envolvendo-os mutuamente.

Tal posicionamento antecipa-se aos estudos posteriores sobre campo analítico. Além disso, Kernberg descreve que, se

o terapeuta utiliza suas reações emocionais para compreender o paciente, acaba tendo mais liberdade para observar seus sentimentos. Além disso, com pacientes gravemente perturbados, podem surgir intensas reações contratrtransferenciais, as quais podem ser utilizadas para a compreensão do paciente. Nesse sentido, a contratrtransferência constitui importante instrumento diagnóstico, fornecendo informação sobre o grau de regressão do paciente, o que também é descrito por Vollmer Filho.<sup>29</sup> Assim, quanto mais prematura e intensa a reação emocional do terapeuta, com oscilações rápidas e caóticas, mais se pode pensar que o analista está na presença de grave regressão do paciente. Ao contrário, nos casos de nível predominantemente neurótico, a intensidade dessas reações é menor.<sup>14,29</sup>

São também considerados seguidores do conceito totalístico de contratrtransferência nos Estados Unidos: From-Reichman, Sullivan e Fromm, enfatizando a contratrtransferência como um fenômeno normal e natural no processo terapêutico.<sup>13</sup> Em nosso meio, Ribeiro e Zimmermann<sup>26</sup> posicionaram-se a favor de uma visão totalística da contratrtransferência, considerando-a como dinâmica e consequência de uma relação objetal, inicialmente inconsciente, mas logo consciente. Somente por meio de uma identificação com o paciente é que o analista poderá entender e ampliar conscientemente suas percepções.

Etchegoyen<sup>10</sup> também ressalta a utilidade de um conceito mais totalístico para a contratrtransferência, mas alerta para o que chama de “contra *acting out*”, o *acting out* do analista, mais resultante da sua transferência com o paciente do que de sua contratrtransferência. Trata-se, assim, de conflitos neuróticos do analista que interferem na tarefa terapêutica.

## AS REPERCUSSÕES DA VISÃO TOTALÍSTICA DA CONTRATRANSFERÊNCIA

A partir da década de 1970, a visão totalística da contratransferência passou a ganhar cada vez mais expressão e a influenciar os autores do modelo chamado clássico de contratransferência, inclusive nos Estados Unidos, onde era tratada de maneira muito restrita. Essa modificação parece ser decorrente dos achados da importância da contratransferência nos estudos de psicanálise com crianças e pacientes gravemente perturbados (psicóticos e *borderline*), entre os quais se destacam os de Kernberg. Além disso, passou-se a evidenciar cada vez mais, na situação analítica, o aspecto interativo da relação entre analista e paciente, com a consequente constatação da importância do envolvimento da pessoa e da mente do terapeuta no processo de tratamento.<sup>5,7,11,14</sup>

Um exemplo dessa ampliação é o livro organizado por Epstein e Feiner, de 1979, no qual diferentes autores procuram ressaltar o uso da contratransferência como instrumento terapêutico no processo de tratamento. Tauber,<sup>30</sup> defendendo a posição totalística, considera a contratransferência como uma situação que oferece a oportunidade de evocar material novo sobre o paciente, o analista e a relação dos dois e afirma que isso tudo pode ser utilizado terapeuticamente.

No Encontro Anual da Associação Psicanalítica Americana, em San Diego, em 4 de dezembro de 1984, os palestrantes foram unânimes ao ressaltar a utilidade da contratransferência no tratamento psicanalítico.<sup>1,2,11,31</sup>

Tyson<sup>2</sup> referiu as seguintes áreas de expansão do conceito de contratransferência:

- a) a contratransferência, que era somente vista como inconsciente, passou a incluir aspectos conscientes e inconscientes
- b) de apenas uma reação à transferência do paciente, passou a englobar todos os sentimentos que o analista apresenta em relação ao paciente
- c) a busca de uma maior compreensão dos mecanismos envolvidos em sua dinâmica
- d) o reconhecimento das reações contratransferenciais e o uso terapêutico destas
- e) de um obstáculo ao tratamento, passou a ser considerada uma ajuda ao terapeuta em seu trabalho

O autor concluiu que ainda seguia em aberto a discussão sobre se o paciente devia ser informado dos sentimentos contratransferenciais ou não, debate que se prolonga até os dias de hoje, e ressaltou o uso da contratransferência como instrumento diagnóstico e de pesquisa.

Loewald<sup>11</sup> considerou impossível separar a transferência da contratransferência, afirmando que seriam as duas faces de uma mesma dinâmica. Descreveu o uso da segunda no tratamento analítico como fundamental e indispensável.

Jacobs,<sup>31</sup> além de adotar uma visão totalística da contratransferência, descreveu vários indicadores de reações contratransferenciais: pontos cegos; atos falhos em relação a honorários, horários, duração das sessões, entre outros; frequentes pensamentos sobre o paciente, comumente acompanhados de depressão ou outras mudanças de humor; uma necessidade repetitiva de falar sobre as sessões com esse paciente, bem como sua presença no conteúdo manifesto dos sonhos do analista. Além disso, chamou também a atenção para as reações contratransferenciais que podem estar presentes:

- a) nos silêncios do terapeuta
- b) nas modificações de sua neutralidade
- c) em reações de seu sistema autônomo
- d) na indicação de término do tratamento

Blum<sup>1</sup> limitou a contratransferência aos seus aspectos patológicos, mas aceita-va que ela poderia ser utilizada para maior compreensão do paciente. Procurou também classificá-la em:

- a) positiva ou negativa, como a transferência
- b) transitória ou persistente
- c) localizada ou difusa
- d) explícita ou sutil
- e) em relação a um paciente ou a todos
- f) em relação a um diagnóstico particular ou a mais diagnósticos

Por sua vez, os autores kleinianos, que já adotavam um conceito mais amplo de contratransferência, aprofundaram seu estudo e compreensão, particularmente influenciados pelas ideias de Bion<sup>32</sup> sobre o aspecto comunicativo da identificação projetiva, da função *rêverie* materna e da função continente do analista. Assim, Joseph<sup>33</sup> descreveu o uso da contratransferência como instrumento positivo na compreensão do paciente, em especial pelo impacto da identificação projetiva deste nas reações do analista. Pick<sup>34</sup> estudou a elaboração que o analista precisa fazer com sua contratransferência antes de utilizá-la. Assim, o terapeuta, a princípio, tem de tolerar e elaborar, dentro de si mesmo, os próprios impulsos conscientes e inconscientes, bem como seus sentimentos em relação ao paciente, sujeitando-os ao seu processo de pensamento, antes de utilizá-los na formulação da interpretação.

Considerando-se a evolução do conceito de contratransferência nas décadas de

1970 e 1980, observa-se que ele foi percorrendo um caminho semelhante ao do conceito de transferência, ou seja, de obstáculo para tratamento, passou a ser um instrumento fundamental e indispensável para sua realização. Constatou-se, também, que as divergências entre os dois conceitos, totalístico e clássico, foram diminuindo, e a visão totalística foi recebendo mais apoio e concordância. Surgiram inúmeros trabalhos sobre o tema, que passou a ser “moda”, como costuma ocorrer na psicanálise e também em outras ciências. Thomä e Kächele<sup>3</sup> chegaram a chamá-la de “a Cinderela” da psicanálise.

Passou-se, então, por um período de exagero na utilização da contratransferência, em que os sentimentos dos terapeutas seriam provocados predominantemente por seus pacientes. A contratransferência era utilizada de uma maneira estereotipada, automática e caricatural, dando surgimento a um novo conceito, como destacaremos a seguir. Ao mesmo tempo, essa ampliação do conceito abriu as portas para desenvolvimentos posteriores, em relação às teorias do campo analítico e ao uso do conceito de intersubjetividade em psicanálise, que encontram crescente interesse desde a década de 1990 até os dias de hoje. Essa nova visão da contratransferência permitiu uma retomada e a ampliação do conceito de atenção flutuante de Freud.<sup>17</sup>

## O CONCEITO ESPECÍFICO DE CONTRATRANSFERÊNCIA

O conceito totalístico, apesar do progresso que trouxe, recebeu críticas, como as de Thomä e Kächele<sup>3</sup> e de Sandler e colaboradores,<sup>35</sup> no sentido de que não discrimina o que vem do paciente e o que vem do ana-

lista. Sandler e colaboradores<sup>35</sup> sugeriram que se denominasse contratransferência apenas as reações específicas do analista às qualidades específicas do paciente. Esses e outros autores alertam para o risco de que o conceito totalístico se transforme em uma espécie de “saco de gatos”, que se confunde com a realidade psíquica do terapeuta. Tansey e Burke<sup>36</sup> sugeriram vários critérios para tentar discriminar, na mente do terapeuta, qual a fonte de seus sentimentos em cada momento da sessão. Assim, o terapeuta deveria formular e responder questões sobre o que está sentindo e pensando antes e durante a sessão, tentando identificar, dentro do possível, a fonte de suas respostas emocionais ao paciente.

Esses alertas nos levam a considerar que, no curso de uma sessão, pode haver duas fontes que produzem as manifestações emocionais do terapeuta: sua transferência em relação ao paciente e sua contratransferência. No primeiro caso, estariam incluídos sentimentos, ideias e comportamentos dirigidos ao paciente a partir da história pessoal do terapeuta ou de situações de sua vida atual, transferidos sobre ou para dentro do paciente A, mas também do paciente B, e não provocados por estes. A contratransferência se manifesta quando é possível identificar que parte do *self* do paciente ou de suas fantasias está sendo colocada dentro da mente do terapeuta e provocando uma reação, ideia ou comportamento.<sup>37</sup>

Em uma pesquisa recente sobre o ensino da contratransferência na supervisão analítica, observou-se que, entre analistas didatas e candidatos de um instituto psicanalítico de Porto Alegre, embora predominasse a visão totalística, o ponto de vista específico foi destacado e adotado por vários entrevistados.<sup>38</sup>

Além de sua inegável centralidade no campo analítico, a contratransferência tem sido pesquisada em várias situações da prática psicoterápica de orientação analítica, dando origem a um instrumento para sua avaliação e a vários estudos realizados em nosso meio.<sup>39-42</sup>

## AS CONTROVÉRSIAS ATUAIS SOBRE A CONTRATRANSFERÊNCIA

A visão totalística da contratransferência se expandiu com o passar do tempo, e muitos autores acreditam hoje que todas as reações do terapeuta, suas ideias, fantasias, sentimentos, ações, reações e mesmo interpretações, são consideradas contratransferência.<sup>4</sup> Outros autores, como referido, questionam essa visão. De qualquer forma, já não há mais dúvidas sobre a centralidade da contratransferência para a prática psicanalítica e psicoterápica. Como refere Green:<sup>43</sup>

[...] a contratransferência não se limita mais à pesquisa dos conflitos não resolvidos – ou não analisados – do analista, capazes de falsear sua escuta; torna-se o correlato da transferência, caminhando a seu lado, induzindo-a às vezes e, para alguns, precedendo-a.

Também parece não haver muitas dúvidas quanto à possibilidade de a contratransferência ser utilizada como instrumento de compreensão e diagnóstico do paciente. As controvérsias atuais se referem, predominantemente, à melhor maneira de utilizar a contratransferência, bem como aos cuidados necessários para sua inclusão no processo de entender os acontecimentos do campo analítico.

Uma discussão recente e significativa refere-se à ideia de que a contratransferência não é apenas uma criação do paciente, devendo-se considerar também a parte do terapeuta, ou seja, sua transferência em relação ao paciente e a sua neurose. Essa perspectiva implica uma revisão dos trabalhos de Heimann e Racker, considerando que o analista não é um continente vazio que vai ser apenas preenchido com as projeções do paciente. Com essa visão, a importância da autoanálise e da análise do terapeuta vai sendo cada vez maior.<sup>4</sup> Como decorrência dessa mudança, surge um novo desafio, o reconhecimento da dificuldade de separar, na contratransferência, a parte relacionada a uma resposta ao paciente da parte que é vinculada à neurose do terapeuta ou a sua personalidade, como destacamos no item anterior.

A contribuição de Pick<sup>34</sup> torna-se fundamental, pois somente após uma maior elaboração da contratransferência dentro de nós mesmos poderemos entender o papel que o paciente desempenhou na mobilização de nossas reações. Manfredi<sup>4</sup> refere que podemos perceber a contratransferência por meio de um mal-estar emocional, e o primeiro passo deve ser o de tentar compreender qual o papel que o paciente tem em sua gênese. O autor alerta que devemos tomar cuidado, nesses momentos, para não fazer uma interpretação “expulsiva”, apenas para nos livrarmos desse mal-estar.

Alguns autores atuais consideram que a maior dificuldade do trabalho terapêutico reside na tolerância da contratransferência por parte do terapeuta; caso ele tenha condições, isso poderá servir de ajuda para o paciente, inclusive produzindo mudança psíquica.

Trata-se de poder tolerar melhor as reações contratransferenciais, como diz Manfredi,<sup>4</sup> “ter uma relação diferente, mais amigável, com suas respostas contratransferenciais internas”, não as considerando algo indesejável, mas uma parte do processo de compreensão do paciente, passando pela empatia, pela intuição e pelo trabalho de elaboração da contratransferência. O paciente observa atentamente como o analista lida com suas próprias reações internas, e, se este consegue conter a contratransferência, atuando-a o mínimo possível, isso poderia levar a uma melhora do paciente, por meio da reintrojeção de aspectos de si próprio, decorrente mais de uma interação não verbal do que de uma interpretação.<sup>3,34</sup> De maneira semelhante às descrições de Bion e de outros autores kleinianos sobre a função de continência e a utilização da mente do analista no processo terapêutico, acreditamos que esse tipo de cuidado com a contratransferência seja particularmente significativo com pacientes que apresentam problemas com a simbolização e, por extensão, muitas dificuldades na verbalização.

Outra tendência atual se refere a buscar a compreensão da contratransferência não no terapeuta, mas, ao contrário, nas reações do paciente. São autores dessa corrente: Schwaber, Gill e Hoffman. A ideia central é a de tentar observar no paciente a nossa contratransferência, ou seja, como ele está reagindo a nós e ao que dizemos. Seria algo próximo a nos buscar no paciente, o que permite corrigir nossas intervenções e até aprender sobre nós mesmos.<sup>4</sup> Pensamos que essas ideias se aproximam das afirmações de Bion de que o paciente é nosso melhor colega, as quais foram profundamente ampliadas pelos trabalhos de Ferro,<sup>44</sup> na Itália.

Outros aspectos recentes da contratransferência dizem respeito a suas relações com o gênero e ao momento do ciclo vital de paciente e terapeuta. Distintos momentos do ciclo vital e o gênero da dupla configuram diferentes díades e permitem o estabelecimento de variadas configurações transferenciais-contratransferenciais. Assim, é importante considerar não só as características da personalidade do terapeuta como também aquelas específicas da etapa do ciclo vital em que se encontra e a forma como esse emaranhado de expressões inconscientes e conscientes se enlaça com as respectivas expressões do que está acontecendo com o paciente.<sup>37,45</sup>

Solo comum da clínica psicanalítica atual, como propõe Gabbard,<sup>46</sup> a contratransferência é um instrumento igualmente essencial para a prática da psicoterapia psicanalítica, embora guardando algumas diferenças que não podem ser negligenciadas. Pela menor frequência de sessões e pela circunstância de paciente e terapeuta estarem face a face, a observação, a identificação e a utilização da contratransferência encontram maiores dificuldades na prática psicoterápica. Deve-se considerar que é uma situação em que existe um balanço entre elementos inconscientes e as pessoas reais de terapeuta e paciente, o que torna mais difícil e demanda mais atenção para perceber os derivados da transferência e da contratransferência nas manifestações emocionais e comportamentais da dupla.

Em relação à confissão ou à comunicação da contratransferência para o paciente, observa-se muita discussão na literatura atual. A maioria dos autores continua pensando que isso pode trazer problemas para a neutralidade do terapeuta,<sup>47</sup> além de não contribuir para o processo psicoterápico ou até sobrecarregar o paciente. Entretanto, o terapeuta não deve se esconder ou estimular com seu silêncio um possível ataque à

percepção do paciente. Não negando a ocorrência de alguma atitude inadequada, movida por derivados contratransferenciais, o terapeuta pode estimular o paciente a associar o que tal situação lhe provocou e, assim, dar sequência ao exame do material que constitui as diversas expressões do campo psicoterápico. Manfredi<sup>4</sup> defende que o debate sobre a possibilidade eventual e oportuna de comunicar a contratransferência deve ficar em aberto, aprofundando-se seus estudos. Gostaríamos de estender esse alerta para todo conceito de contratransferência, procurando deixá-lo aberto e flexível, favorecendo, desse modo, cada vez mais estudos e aprofundamentos para um tema de tanta complexidade.

Autores contemporâneos defendem que a encenação (*enactment*) é um processo contínuo, onipresente, e que o terapeuta está sempre revelando sua contratransferência. Assim, esta e a encenação não podem ser diferenciadas de forma significativa.<sup>48</sup> Além disso, é por meio das suas encenações que o terapeuta vai tomar consciência de sua contratransferência.<sup>49</sup> Sob outro enfoque, Steiner<sup>50</sup> procura fazer uma distinção nas reações do terapeuta entre “conter” e “agir”. Conter estaria relacionado a sentir e pensar e definiria a contratransferência. A ação do analista seria a encenação. Segundo essa visão, a encenação constitui um obstáculo à conscientização da contratransferência e decorre de uma resistência de sua parte. Assim, deveríamos sentir espontaneamente, mas agir reflexivamente. No entanto, observamos que a capacidade de agir reflexivamente é, com alguma frequência, perdida e recuperada no processo terapêutico.

Um terceiro grupo de autores, representado por Carpy,<sup>51</sup> considera que as encenações contratransferenciais parciais são tão inevitáveis quanto necessárias para o paciente reintrojetar seus aspectos cindi-

dos. A contratransferência é, assim, expressa e tolerada. Em suma, a impulsividade, as excitações e as ações irracionais e impen-sadas do terapeuta devem ser submetidas a um processo de conscientização. Devemos poder passar de nossas encenações para uma elaboração de nossa contratransferência.

Como destacou Hinshelwood,<sup>52</sup> todas as ideias atuais da contratransferência destacam que a identidade do analista inclui uma pessoa que sente, ou seja, há uma

identidade profissional que convive com a pessoal, e dessa mescla dependerão os sucessos e fracassos no trabalho clínico. Talvez esse tenha sido um dos progressos mais importantes de nossa disciplina nas últimas décadas, e o desafio que enfrentamos consiste em continuar desenvolvendo e aprofundando a compreensão sobre a complexa trama que é produzida por duas mentes e sensibilidades que compartilham o encontro analítico e psicoterápico.

### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. A contratransferência foi inicialmente percebida por Freud e seus contemporâneos como um obstáculo para o tratamento.
2. A partir dos trabalhos de Racker e Heimann, surgiu o conceito totalístico, considerando que a contratransferência constitui a totalidade das reações do terapeuta e é um instrumento essencial para ter acesso ao mundo interno do paciente.
3. Nas últimas décadas, tem sido proposto o conceito específico, procurando identificar o que provém do terapeuta e o que provém do paciente em cada situação da relação terapêutica.
4. Com o crescente estudo da mente do analista, cada vez mais se procura levar em consideração como funciona sua mente em contato com a do paciente e identificar as encenações produzidas nessa relação mutuamente provocadora de emoções e estados psíquicos complexos.
5. A contratransferência também pode ser influenciada por questões como o gênero e o momento do ciclo vital de paciente e terapeuta e constitui uma área de crescentes pesquisas em psicanálise e psicoterapia analítica.

## REFERÊNCIAS

1. Blum HP. Countertransference and the theory of technique: discussion. *J Am Psychoanal Assoc.* 1986;34(2):309-28.
2. Tyson RL. Countertransference evolution in theory and practice. *J Am Psychoanal Assoc.* 1986;34(2):251-74.
3. Thomä H, Kächele H. Countertransference. In: Thomä H, Kächele H. *Psychoanalytic practice.* Berlin: Springer-Verlag; c1987. p. 81-97.
4. Manfredi ST. *As certezas perdidas da psicanálise clínica.* Rio de Janeiro: Imago; 1998.
5. De Bernardi BL. Contratransferência: uma perspectiva a partir da América Latina. In: *Livro Anual de Psicanálise.* São Paulo: Escuta; 2002. v. 16. p. 217-237.
6. Spitz RA. Countertransference: comments on its varying role in the analytic situation. In: Blum HP, editor. *Psychoanalytic explorations of technique.* New York: International Universities; c1980. p. 441-51.
7. Lewkowitz S. Diferentes conceitos de contratransferência. Porto Alegre: Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre; 1986.
8. Michels R, Abensour L, Eizirik CL, Rusbridger R. *Key papers on countertransference: IJP education section.* London: Karnac; 2002.

9. Freud S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1970. v. 11.
10. Etchegoyen RH. Contratransferência. In: Etchegoyen RH. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987. p. 143-65.
11. Loewald HW. Transference-countertransference. *J Am Psychoanal Assoc.* 1986;34(2): 275-87.
12. Freud S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 12.
13. Epstein L, Feiner AH. Introduction. In: Epstein L, Feiner AH, editors. Countertransference. New York: J. Aronson; 1979. p. 1-23.
14. Kernberg OP. Notes on countertransference. *J Am Psychoanal Assoc.* 1965;13(1):38-56.
15. Racker H. Os significados e usos da contratransferência. In: Racker H. Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p. 120-57.
16. Ferenczi S. A técnica psicanalítica. In: Ferenczi S. Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1992. (Obras completas, v. 4). p. 357-67.
17. Lewkowicz S. A atenção flutuante, a regressão e a mente do analista. *Revista de Psicanálise da SPPA.* 2002;12(3):417-47.
18. Heimann P. On counter-transference. *Int J Psychoanal.* 1950;31(1-2):81-4.
19. Jacobs TJ. Countertransference past and present. In: Michels R, Abensour L, Eizirik CL, Rusbridger R. Key papers on counter-transference: IJP education section. London: Karnac; 2002. p. 7-40.
20. Winnicott DW. Hate in the counter-transference. *Int J Psychoanal.* 1949;30(2):69-74.
21. Little M. Counter-transference and the patients response to it. *Int J Psychoanal.* 1951; 32(1):32-40.
22. Reich A. On counter-transference. *Int J Psychoanal.* 1951;32(1):25-31.
23. Gitelson M. The emotional position of the analyst in the psycho-analytic situation. *Int J Psychoanal.* 1952;33(1):1-10.
24. Racker H. A neurose da contratransferência. In: Racker H. Estudos sobre técnica psicanalítica. São Paulo: Artes Médicas; 1982. p. 100-19.
25. Racker H. Sobre técnica clássica e técnicas atuais da psicanálise. In: Racker H. Estudos sobre técnica psicanalítica. São Paulo: Artes Médicas; 1982. p. 55-63.
26. Ribeiro RP, Zimmermann D. Notas sobre a contratransferência. *Revista de Psicoanálise.* 1968;25(3-4):847-62.
27. Money-Kyrle RE. Normal counter-transference and some of its deviations. *Int J Psychoanal.* 1956;37(4-5):360-6.
28. Grinberg L. On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification. *Int J Psychoanal.* 1962;43(6):436-40.
29. Vollmer Filho G. Conceito e diagnóstico de neurose em Psicanálise. *Rev Psiquiatr RS.* 1985;7(2):95-7.
30. Tauber ES. Countertransference reexamined. In: Epstein L, Feiner AH, editors. Countertransference. New York: J. Aronson; 1979. p. 59-69.
31. Jacobs TJ. On countertransference enactments. *J Am Psychoanal Assoc.* 1986;34(2): 289-307.
32. Bion WR. O aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
33. Joseph B. On understanding and not understanding: some technical issues. *Int J Psychoanal.* 1983;64(Pt 3):291-8.
34. Pick IB. Working through in the counter-transference. *Int J Psychoanal.* 1985;66(2): 157-66.
35. Sandler J, Holder A, Dare C. Basic psychoanalytic concepts. IV. Counter-transference. *Br J Psychiatry.* 1970;117(536):83-8.
36. Tansey MJ, Burke VF. Understanding countertransference: from projective identification to empathy. Hillsdale: Analytic; 1989.
37. Eizirik CL. Masculinidad, feminidad y relación analítica: cuestiones contratransferenciales. In: Alcorta de Gonzáles A, editor. Psicoanálisis en América Latina: teoría y técnica. Monterrey: FEPAL; 1996. p. 121-38.
38. Zaslavsky J, Nunes MLT, Eizirik CL. A supervisão psicanalítica: uma revisão e uma

- proposta de sistematização. R Psiquiatr RS. 2003;25(2):297-309.
39. Eizirik CL, Costa F, Kapczinski F, Piltcher R, Gauer R, Libermann Z. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom.* 1991;56(3):174-81.
  40. Eizirik CL. Rede social, estado mental e contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: UFRGS; 1997.
  41. Eizirik M, Schetatsky S, Kruehl L, Ceitlin LHF. Contratransferência no atendimento inicial de mulheres vítimas de violência sexual. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(1):16-22.
  42. Silveira Júnior EM, Polanczyk GV, Eizirik M, Hauck S, Eizirik CL, Ceitlin LHF. Trauma and countertransference: development and validity of the Assessment of Countertransference Scale (ACS). *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(2):201-6.
  43. Green A. Narcisismo de vida, narcisismo de morte. São Paulo: Escuta; 1988.
  44. Ferro A. A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista: da relação ao campo emocional. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
  45. Lester EP. Aspectos relativos al género e identidad en el proceso analítico. In: *Libro anual de psicoanálisis.* Londres: The British Psycho-Analytical Society; 1990. v. 6. p. 203-14.
  46. Gabbard GO. Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal.* 1995;76(Pt 3):475-85.
  47. Eizirik CL. Entre a escuta e a interpretação: um estudo evolutivo da neutralidade psicanalítica. *Revista de Psicanálise da SPPA.* 1993-1994;1(1):19-42.
  48. Levenson EA. Response do John Steiner. *Int J Psychoanal.* 2006;87(2):321-4.
  49. Renik O. The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity. *Int J Psychoanal.* 1998; 79(Pt 3):487-97.
  50. Steiner J. Transference to the analyst as an excluded observer. *Int J Psychoanal.* 2008; 89(1):39-54.
  51. Carpy DV. Tolerating the countertransference: a mutative process. *Int J Psychoanal.* 1989;70(Pt 2):287-94.
  52. Hinshelwood RD. Countertransference. In: Michels R, Abensour L, Eizirik CL, Rusbridger R. *Key papers on countertransference: IJP education section.* London: Karnac; 2002.

## LEITURA SUGERIDA

- Ivey G. Controversias sobre la actuación "enactment": una revisión crítica de los debates actuales. In: *Libro anual de psicoanálisis.* São Paulo: Escuta; 2009. v. 24. p. 27-42.

# 18

## VIOLAÇÕES DAS FRONTEIRAS PROFISSIONAIS

Glen O. Gabbard

Fronteiras profissionais são componentes que constituem a estrutura terapêutica. Elas podem ser consideradas a representação de uma “margem” ou limite do comportamento adequado do psicoterapeuta psicanalítico na situação clínica.<sup>1</sup>

A noção fundamental inerente ao conceito de fronteiras profissionais é a de que a atenção aos aspectos básicos da natureza profissional do relacionamento terapêutico servirá para criar uma atmosfera de segurança e previsibilidade que facilita a capacidade do paciente de usar o tratamento.

Terapeutas são profissionais que estão sendo pagos para um serviço e, portanto, devem reconhecer que um poder diferencial sempre existe na psicoterapia psicanalítica de um paciente. Mesmo quando os terapeutas asseguram fidelidade a modelos teóricos relacionais e intersubjetivos que enfatizam mutualidade, o fato de serem pagos por seus serviços estabelece um relacionamento fiduciário.

Muito da recente atenção às violações das fronteiras profissionais derivou

de um crescente conhecimento dos casos de relações sexuais entre terapeutas e pacientes e dos danos relacionados a essas transgressões.<sup>2-6</sup> Assim como o incesto foi escondido do cenário por muitas décadas, até que as mulheres tiveram coragem suficiente para falar com franqueza, as violações da fronteira sexual vieram à tona apenas nos últimos anos, quando elas sentiram ter poder para queixar-se a órgãos competentes e comitês de ética. Outras fronteiras significativas, que não envolvem contato físico, são elementos como a hora e o lugar de uma entrevista, sua duração, a confidência, a evitação de relacionamento social ou financeiro com um paciente que poderia afetar a relação, a excessiva autorrevelação pelo terapeuta e a recusa delicada de presentes generosos do paciente. Mesmo que esses parâmetros costumem ser considerados a arquitetura da estrutura terapêutica,<sup>1,3,7</sup> um conjunto de qualidades humanas que definem a interação também está incluso nessa estrutura. Os psicoterapeutas psicanalíticos tentam ser úteis e imparciais, entender em vez de criticar e estar dispostos a privar-se de sua própria gratificação no interesse de

ajudar seus pacientes naquilo que os trouxe ao tratamento.

## HISTÓRIA

Apesar de as violações da fronteira profissional apenas recentemente terem recebido a atenção que merecem, Freud estava bastante preocupado com as transgressões de seus discípulos desde os primórdios da psicanálise.<sup>8</sup> Sandor Ferenczi analisava Elma Palos, filha de sua amante Gizella Palos, e apaixonou-se por ela. Se Ferenczi teve ou não relações sexuais com ela não se sabe, mas certamente confessou seu amor e era fisicamente afetuoso com Elma.<sup>9</sup> Carl Jung esteve envolvido com Sabina Spielrein. Wilhelm Stekel era bem conhecido como um sedutor de mulheres. Ernest Jones indicou, em uma carta a Freud, que a mulher com quem vivia, Loë Kann, também tinha sido sua paciente.

Freud estava tão preocupado com o impacto devastador da transferência e da contratransferência em seus discípulos que seus primeiros ensaios sobre técnica soavam como uma versão dos Dez Mandamentos, designados a advertir seus alunos sobre possíveis transgressões das fronteiras profissionais.

Um bom exemplo pode ser encontrado na seguinte passagem do ensaio de 1912, de Freud, *Recomendações aos médicos que praticam psicanálise*:<sup>10</sup>

Não posso aconselhar insistentemente demais a meus colegas para espelhar-se, durante o tratamento psicanalítico, no cirurgião, que põe de lado todos seus sentimentos, mesmo a simpatia humana, e concentra suas forças

mentais no único objetivo de realizar a operação o mais habilmente possível.

Essa rigorosa proibição pode ter levado seus supervisionados, e muitos analistas em gerações subsequentes, a sentir que deviam ocultar os sentimentos que estivessem desenvolvendo, em vez de discuti-los ativamente com supervisores ou consultores. O próprio Freud era bem mais do que uma figura anônima ou neutra. De acordo com alguns de seus pacientes que relataram suas experiências,<sup>11</sup> sua presença estava bastante em evidência para os pacientes. Ele não fazia nenhum esforço para disfarçar seus julgamentos pessoais sobre questões que surgiam. Muitas vezes, era bastante dogmático e expressava sentimentos fortes em relação aos pacientes. Todavia, apesar de seu próprio comportamento, ele estava preocupado com o fato de que representações contratransferenciais irrefletidas pudessem afundar sua nova profissão, antes que ela estabelecesse credibilidade.

Nas três últimas décadas, cada vez mais os comitês de ética e conselhos de classe têm visto exemplos claros do dano infligido a pacientes por vários tipos de violações de fronteira. Como resultado, as profissões estão agora muito mais alertas para o problema, e o véu do sigilo foi levantado. Há uma quantidade modesta de literatura sobre o assunto de violações de fronteira, mas inúmeros exemplos de casos sugerem alguns dos temas psicodinâmicos envolvidos nessas transgressões.

## VIOLAÇÕES DE FRONTEIRA E CRUZAMENTO DE FRONTEIRA

Como resultado da ênfase recente no dano provocado por violações de frontei-

ras, alguns terapeutas iniciantes assumem uma postura de rigidez e distanciamento em seus relacionamentos com os pacientes, para assegurar que as fronteiras permaneçam intactas. Essa abordagem é um equívoco grave do papel das fronteiras na prática.

A estrutura deve sempre ser flexível o suficiente para acomodar diferenças individuais entre pacientes e terapeutas. Fronteiras de forma alguma sugerem frieza ou indiferença. Elas são características estruturais do relacionamento que permitem ao terapeuta interagir com cordialidade, empatia e espontaneidade sob certas condições que criam um clima de segurança. As fronteiras externas do tratamento são estabelecidas de modo que as fronteiras psicológicas entre paciente e terapeuta possam ser cruzadas por inúmeros meios, como empatia, projeção, introjeção e identificação projetiva.<sup>3</sup>

Cada díade terapeuta-paciente cria sua forma particular de interagir, por meio de um processo de negociação. Com alguns pacientes, o terapeuta usará humor para favorecer a aliança terapêutica. Com outros, que acham que o humor é às suas custas, ele se absterá de comentários bem-humorados. De maneira similar, alguns pacientes podem necessitar de um terapeu-

ta um pouco mais autorrevelador. Outros, ainda, conseguem tolerar frustração apenas se alguma gratificação for oferecida. Os terapeutas estão constantemente ajustando a estrutura, a fim de que ela seja um pouco diferente para cada paciente. Da mesma forma, alguns terapeutas são, por natureza, reservados, enquanto outros são mais abertos, de modo que certos componentes da estrutura, como a autorrevelação, podem ser influenciados também pela subjetividade inerente ao terapeuta.<sup>3,12,13</sup>

A necessidade de flexibilidade na conceitualização e implementação de fronteiras profissionais leva a uma diferenciação útil entre violações de fronteira e cruzamento de fronteira.<sup>1,3,14</sup>

Violações de fronteira envolvem transgressões que são potencialmente prejudiciais para o (ou exploradoras do) paciente. Elas podem ser sexuais ou não. Costumam ser repetitivas, e o terapeuta tende a desencorajar qualquer exploração delas. Ao contrário, os cruzamentos de fronteira são rupturas benignas e até úteis na estrutura. Em geral, são atenuados, de modo que não têm natureza evidente, costumam ocorrer de forma isolada, sendo discutíveis na terapia (ver Quadro 18.1).

**QUADRO 18.1**

CRUZAMENTOS DE FRONTEIRA *VERSUS* VIOLAÇÕES DE FRONTEIRA

<b>Cruzamentos de fronteira</b>	<b>Violações de fronteira</b>
Geralmente benignos	Geralmente prejudiciais
Ocorrem de forma isolada	Tendem a ser repetitivas
Atenuados	Evidentes
Tendem a ser examinados	Terapeuta desencoraja qualquer discussão

A ênfase na diferenciação entre cruzamentos e violações deriva, em parte, da inevitabilidade das respostas humanas em situações incomuns no decorrer da terapia. Após a morte de um membro próximo da família, o paciente pode chegar ao terapeuta soluçando e esperando um abraço. Se o terapeuta deixa de dar o abraço, o paciente pode ficar desolado e não voltar para outra consulta. A falha em ser humano, em situações extraordinárias, pode ser um erro mais grave do que ver a fronteira em questão como inflexível. Todavia, se o terapeuta toma a iniciativa e, em várias ocasiões, abraça o paciente, isso pode ser um prenúncio de transgressões de fronteira progressivamente prejudiciais.

Nem todas as violações de fronteira não sexuais levam a conduta sexual imprópria, mas há um fenômeno bem conhecido, denominado “terreno escorregadio”, que envolve a progressão

gradual de violações de fronteira demais sutil, e não sexual, ao franco envolvimento sexual.<sup>1,3,15</sup>

Mesmo sendo grande o alarde sobre a progressão de pequenas rupturas na estrutura até relações sexuais entre terapeuta e paciente, há também tipos prejudiciais de violações de fronteira que refreiam qualquer contato físico. A vinheta apresentada a seguir ilustra como a autorrevelação pode destruir a terapia.

Nessa vinheta, o terapeuta tirou vantagem da vulnerabilidade da paciente, usando o tempo para discutir suas próprias questões da vida pessoal. Ele perdeu de vista o aspecto fundamental de que o foco são os problemas do paciente, e não os do terapeuta. Propositalmente, o relacionamento terapêutico é assimétrico. Mesmo que a ruptura inicial na estrutura não te-



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

Um terapeuta de 41 anos estava atendendo a uma paciente de 36 anos em psicoterapia de orientação analítica, duas vezes por semana. A paciente notou que ele parecia distraído e perguntou-lhe se alguma coisa o estava incomodando. Ele respondeu que seu filho tinha sido diagnosticado com uma forma de leucemia e que estava muito preocupado com o resultado. A paciente foi simpática e disse que admirava sua disposição em ser honesto com ela e em compartilhar detalhes de sua vida pessoal. Ela até se sentiu mais próxima por causa de tal revelação. Entretanto, a cada sessão subsequente, a terapia desviava seu foco. Toda vez que a paciente chegava, perguntava ao terapeuta como estava seu filho. O terapeuta parecia aliviado por ter uma paciente que se preocupava com sua situação e lhe contava, detalhadamente, sobre a quimioterapia que o filho estava recebendo e sua resposta ao tratamento. Também compartilhava seus próprios sentimentos de culpa e impotência. Depois de um período de várias semanas, a paciente percebeu que passava mais tempo escutando o relato da doença e do tratamento do filho do terapeuta. Por fim, ela sentiu que não podia mais consultar com o terapeuta, porque estava lhe pagando honorários para ouvir os problemas dele. Profundamente ressentida, decidiu sair da terapia, sem explicar a razão, pois não queria ferir os sentimentos do terapeuta.

nha progredido para má conduta sexual, o mau uso da terapia pela revelação de seus problemas pessoais foi, em si, uma violação de fronteira que teve efeitos nocivos sobre a paciente e a terapia.

## Violações não sexuais de fronteira

O fato de que as violações não sexuais de fronteira podem ser altamente prejudiciais para o paciente exige monitoração cuidadosa da contratransferência, como uma maneira de perceber os primeiros passos nesse “terreno escorregadio”. Encenações (*enactment*) contratransferenciais, hoje, são consideradas uma forma de criação conjunta, envolvendo conflitos do próprio terapeuta, bem como a evocação de certas respostas neste que refletem o mundo objetal interno do paciente.<sup>16</sup> Como consequência, quando há um “engate” específico entre o mundo objetal interno do paciente e o do terapeuta, este pode ser propenso a reencenar alguma coisa prejudicial ao paciente como resultado da identificação projetiva. Por exemplo, pacientes com traumas da primeira infância internalizaram um cenário de relações objetais envolvendo uma vítima e um abusador. O terapeuta pode identificar-se com o objeto interno abusado e, de forma involuntária, vitimizar o paciente. Mesmo que algumas violações de fronteira não sexuais envolvam terapeutas inescrupulosos e exploradores, a maioria representa a confluência de erro clínico e má conduta ética baseada em encenações contratransferenciais. Ainda que a flexibilidade seja necessária ao manejo das fronteiras profissionais, algumas diretrizes podem ser úteis em relação a inúmeras questões de fronteira específicas.

## Tempo

Quando os terapeutas descobrem-se prolongando regularmente a sessão bem além do final da hora, devem perguntar-se sobre os motivos disso.

No início da terapia, é necessário explicar aos pacientes a estrutura de tempo em termos de hora, bem como as razões para terminar a sessão mais ou menos na hora estabelecida, mesmo quando o paciente estiver perturbado. Outra área a monitorar envolve a marcação de sessões à noite. Pacientes que têm transferências eróticas ou que são extraordinariamente exigentes devem ser atendidos, de preferência, durante o horário regular de trabalho, quando funcionários e colegas estão trabalhando no prédio. Os comitês de investigação de ética levantam algumas questões quando pacientes são recebidos tarde da noite, após todos terem ido para casa. Os terapeutas devem pensar com cuidado sobre que mensagem estão enviando aos pacientes se os atendem às 8 ou às 9 horas da noite.

## Local de contato

A psicoterapia de orientação analítica costuma ser conduzida em uma instituição hospitalar ou no consultório do profissional. Marcar uma sessão em outro lugar que não estes pode levantar dúvidas, na mente do paciente, sobre o propósito do encontro. Pode haver circunstâncias raras em que locais de encontro diferentes são necessários. Um paciente que está morrendo de câncer pode ser visitado em casa, por exemplo. Encontros fora do consultório, por razões obscuras, devem alertar o terapeuta para o risco de graves violações de fronteira.

Como princípio geral, qualquer encontro em local incomum, diferente do consultório habitual, deve ser parte de um plano de tratamento cuidadosamente planejado e que tenha sido desenvolvido com a assistência de um consultor ou supervisor.

Uma grande doação de dinheiro, ou um presente extremamente caro, para o terapeuta também pode prenunciar uma possível violação de fronteira.

## ***Dinheiro e presentes***

Os pacientes pagam aos terapeutas por seu tratamento porque a psicoterapia é um trabalho árduo. Terapeutas que permitem o acúmulo de grandes contas, sem perguntar pelo pagamento, ou que param de cobrar honorários podem passar uma mensagem problemática. Se um paciente não paga pelo tratamento, ele pode imaginar que o terapeuta espera receber alguma coisa em troca. Pacientes que recebem tratamento gratuito também podem sentir que não têm o direito de expressar raiva ou decepção com o terapeuta, porque não estão pagando pelo tratamento. Assim, a falha em cobrar pagamento ou estabelecer honorários deve servir como sinal de alerta a possíveis problemas de fronteiras.

Terapeutas que aceitam esse tipo de presente talvez estejam sendo coniventes com o desejo do paciente de suprimir raiva ou agressividade. Pequenos presentes, especialmente aqueles feitos pelo paciente, ou que custam muito pouco, podem ser aceitos de forma cortês sob algumas circunstâncias. Entretanto, mesmo pequenos presentes devem ser discutidos em termos de seu significado para o paciente. Pacientes abastados, que tentam dar ao terapeuta alguma coisa de grande valor, podem pensar, então, que o tratamento está sob seu controle.

Essa vinheta ilustra como os terapeutas podem, às vezes, ficar inseguros sobre se aceitar o presente é melhor para o paciente ou não. Como no caso descrito, eles sempre podem sentir-se livres para adiar uma decisão até que tenham buscado aconselhamento de um consultor ou supervisor.



### **ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2**

Uma terapeuta em treinamento recebeu um colar de diamantes de uma paciente, próximo do final de uma psicoterapia psicanalítica de longo prazo. A paciente disse à terapeuta: “Eu quero que você aceite este presente como expressão de minha gratidão. Sei que não vai rejeitá-lo, porque, mais do que qualquer pessoa, sabe o quanto me doía quando minha mãe não aceitava meus presentes”. A terapeuta ficou em um dilema: achou que o colar de diamantes era muito caro para aceitar, mas também sabia que poderia arrasar sua paciente, como a mãe já o fizera, se o rejeitasse. Após refletir um pouco, disse à paciente que estava em conflito em relação a aceitar o presente e que gostaria de conversar com seu supervisor sobre isso antes de tomar uma decisão. Afirmou que manteria o presente na gaveta de sua mesa até a sessão seguinte, de modo que teria tempo para conversar sobre o assunto. A paciente aceitou essa explicação e ficou preparada para a possibilidade de a terapeuta ter que rejeitar o presente. Após falar com o supervisor, a terapeuta percebeu que não poderia justificar a aceitação de um presente tão caro e explicou à paciente as razões para rejeitá-lo. Esta ficou magoada, mas foi capaz de aceitar a explicação da terapeuta.

## **Autorrevelação**

A autorrevelação pode ser prejudicial para o paciente sempre que a assimetria do relacionamento terapêutico for alterada por causa dela. Diretrizes rígidas são difíceis, nesse sentido, porque todos os terapeutas revelam coisas sobre si mesmos todo o tempo. Expõem informações sobre si em seus consultórios, graças à forma como decoram as paredes, às fotografias que estão nas estantes e às obras de arte que escolhem. Também fazem autorrevelações quando decidem comentar sobre certos temas, e não sobre outros, em relação àqueles que o paciente traz para a sessão. Muitas revelações contratransferenciais sobre a situação aqui-e-agora com o paciente podem e devem ser proveitosamente exploradas. Se um paciente *borderline*, por exemplo, pergunta a um terapeuta, obviamente irritado, se ele está aborrecido, o terapeuta pode desejar validar a observação do paciente e tentar explorá-la com ele para imaginar que tipo de interação o irritou. Porém, outros sentimentos contratransferenciais, como desejos sexuais pelo paciente, devem ser contidos dentro da mente do terapeuta e aí elaborados.

Como consideração geral, os terapeutas devem abster-se de partilhar materiais sobre suas vidas privadas que possam sobrecarregar o paciente.

Alguma informação superficial pode ser útil. Por exemplo, um terapeuta tratando um adolescente pode conversar sobre eventos esportivos a que ambos assistiram ou sobre um filme que tenham visto. Material sobre a família ou os filhos

do terapeuta, de preferência, não deve ser compartilhado. Além disso, os terapeutas devem evitar conversar com o paciente sobre problemas pessoais.

## **Contato físico não sexual**

Na psicoterapia rotineira de consultório, o ideal é que a extensão do contato físico limite-se a apertos de mão. Entretanto, é difícil generalizar e dizer que um abraço nunca é aceitável. Conforme observado anteriormente, quando tragédias ocorrem na vida do paciente, uma resposta humana pode ser devolver um abraço iniciado por ele. Esses cruzamentos de fronteira podem ser discutidos, mais tarde, em termos de seu significado para o paciente.

O problema, contudo, é que, quando o terapeuta toma a iniciativa de um abraço ou beijo no paciente, não se pode saber antecipadamente como este experimentará a abertura.

O impacto sobre o paciente pode ser bastante diferente da intenção do terapeuta.<sup>17</sup> Pacientes que têm história de trauma sexual, por exemplo, talvez experimentem um abraço, ou mesmo um toque, como agressivos. Além disso, os terapeutas não podem ter certeza de seus desejos inconscientes quando iniciam um abraço, mesmo que conscientemente acreditem que não haja conotação sexual. Como consequência, qualquer forma de contato físico além de um aperto de mão deve ser um evento extraordinário no curso de um processo de psicoterapia. Ele deve ser iniciado, na maioria dos casos, pelo paciente, discutido em termos de seu significado e não repetido.

## PERFIS DE TERAPEUTAS QUE COMETEM VIOLAÇÕES DE FRONTEIRA

Ainda que a maioria dos casos de má conduta sexual ocorra em uma díade caracterizada por terapeuta do sexo masculino e uma paciente do sexo feminino, aproximadamente 20% dos casos acontece com terapeuta mulher que se envolve em relações sexuais com um paciente do sexo feminino ou masculino.<sup>6</sup> Outros 20% dos casos ocorrem em díades do mesmo sexo. Em minha experiência clínica, acompanhei mais de 150 terapeutas que se envolveram em violações de fronteira graves com seus pacientes, tanto sexuais quanto não sexuais. Cumpri o papel de avaliador, consultor e terapeuta para esses colegas e identifiquei quatro categorias, de base psicanalítica, que considerei úteis em meu próprio trabalho.<sup>3,18</sup>

### Transtornos psicóticos

Este grupo é uma categoria extremamente pequena, que envolve terapeutas cujo comportamento sexual com pacientes brotou de pensamento delirante secundário a mania, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico. Menciono aqui apenas de passagem, para fins de complementação, porque ele figura de forma infrequente nas origens de violações de fronteira graves cometidas por terapeutas.

### Psicopatia predatória e parafilias

Esta categoria de terapeutas não é tão rara quanto o grupo psicótico. Mesmo que al-

guns terapeutas que se enquadram neste grupo sofram de transtorno da personalidade antissocial (conforme critérios do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* [DSM-5]), outros têm transtorno da personalidade narcisista grave e apresentam comportamento psicopático, pelo qual não sentem remorso ou culpa. As parafilias são incluídas nesta categoria não porque todos os médicos com perversões sexuais sejam psicopatas predatórios, mas porque aqueles que encenam suas perversões com pacientes que estão tratando tendem a ter a mesma patologia de caráter e déficits de ego subjacentes, que tipificam o grupo de psicopatia predatória.

Os terapeutas nesta categoria, em geral homens, às vezes ocupam posições de liderança dentro das organizações profissionais e começam a pensar que os códigos de ética de suas profissões não mais se aplicam a eles.

Tiram vantagem de sua posição como objeto transferencial e, de forma sádica e exploratória, abusam de seu poder. Podem ter histórias de comportamento corrupto ou antiético também em outras áreas. Em geral, têm muitas vítimas e carecem da capacidade de empatizar com os pacientes que exploraram, de modo a negar que qualquer dano foi causado a estes. Podem argumentar que um relacionamento sexual, por exemplo, foi inteiramente consensual entre o terapeuta e o paciente e que este, na verdade, se beneficiou dele. Terapeutas que se ajustam a essa categoria provavelmente não respondem a tentativas de reabilitação e, com frequência, têm suas licenças profissionais revogadas, porque são vistos como um perigo persistente ao público.

## Paixão

Este grupo inclui uma ampla gama de categorias diagnósticas. Alguns terapeutas podem ser neuroticamente organizados, muitos têm distúrbios narcisistas leves, e outros estão em um estado de crise pessoal e/ou profissional. Podem não ter história de comportamento antiético em nenhuma outra área e tendem a estar envolvidos com apenas um paciente. Podem admitir estar “apaixonados” pelo paciente e racionalizar seu comportamento nessas bases. Ainda que presença ou ausência de amor seja irrelevante para considerações éticas, terapeutas que estão enamorados de seus pacientes podem argumentar que eles são “almas gêmeas” e que teriam se casado se tivessem se encontrado sob qualquer outra circunstância, de modo que nenhum dano está sendo causado. Esta categoria é mais comumente formada por terapeutas do sexo feminino, embora terapeutas homens também se ajustem a ela.

Os temas psicodinâmicos encontrados neste grupo incluem uma necessidade desesperada de ser validado, idealizado e amado pelos pacientes como uma forma de regular a autoestima. Os terapeutas têm dificuldades em antecipar as consequências de suas ações e expõem certa perda da qualidade “como se” da experiência comum da contratransferência.

Podem, por conta disso, ser incapazes de perceber que algo do passado do paciente e/ou do seu está sendo repetido no presente e que tal entendimento é necessário. Muitos dos relacionamentos de natureza apaixonada entre terapeuta e paciente envolvem representações de desejos incestuosos ou de relacionamentos incestuosos reais do passado de um deles. Além disso, os terapeutas que ficam apaixonados con-

fundem suas próprias necessidades com as do paciente. Sentem que estão dando amor para o paciente, embora, na verdade, estejam tentando obter amor para si mesmos. Entretanto, a agressão aparece proeminente nas dinâmicas de muitos terapeutas apaixonados.<sup>3,19,20</sup> Muitos estão profundamente conflituados por sua agressividade e cada vez mais negam ódio e raiva em relação ao paciente por terem seus esforços terapêuticos frustrados. Podem tentar “amar” o paciente como uma forma de reação a sua agressividade e, de forma inconsciente, retraumatizam o paciente por meio de violações de fronteiras sexuais sob o pretexto de “amor”.

No caso de terapeuta mulher, é comum desejar transformar um paciente com transtorno da personalidade, pensando nele como “um bebê” que necessita de amor. Pode pensar que o paciente “sossegará” se tratá-lo como uma mãe amorosa, mas o envolvimento torna-se cada vez mais sexualizado na progressão desse tipo de interação.

## Rendição masoquista

Terapeutas que se ajustam a esta categoria, em geral, foram altamente éticos durante toda a sua carreira.

Eles podem ser considerados especialistas em tratar pacientes “difíceis” ou “impossíveis” e talvez tenham especial orgulho em atender casos que nenhum outro trataria. O que frequentemente descobrem é que estão repetindo um relacionamento objetal do passado, no qual se permitiram ser intimidados e controlados por um objeto exigente e torturador, como um pai sádico.

Também acreditam que, ao se sacrificarem, estarão de algum modo salvando o paciente do suicídio. Incapazes de impor limites ao paciente ou de confrontar a agressão, descobrem-se cedendo às exigências do paciente e racionalizando sua rendição. Em um cenário típico, o terapeuta primeiro para de cobrar honorários do paciente, porque este reclama que a terapia não é mais viável financeiramente. Telefonemas são aceitos no meio da noite, quando o terapeuta tenta dissuadir o paciente de suicídio. Em certas ocasiões, responde às exigências de “sustentação” do paciente (*holding*) abraçando-o durante as sessões. Se nenhuma dessas medidas extraordinárias parecer funcionar, o terapeuta pode começar a prosseguir nesse “terreno escorregadio” até chegar a um contato francamente sexual.

Diversos temas recorrentes são encontrados nos terapeutas que se ajustam a esta categoria. Com frequência, estão desesperados, tentando negar qualquer associação com um objeto perverso interno que atormenta o paciente.<sup>20</sup> Podem ter grande empatia pelo sofrimento que o paciente experimentou nas mãos de um pai abusivo e desejam convencê-lo de que não seguirão o mesmo caminho sádico do pai. Podem ficar frenéticos em relação ao potencial suicida do paciente e profundamente preocupados com a vulnerabilidade narcisista de perdê-lo. Como resultado, esforços onipotentes para curar podem ser ativados a ponto de não mais reconhecerem as fronteiras profissionais comuns. É possível que haja, também, uma falha de mentalização, pela qual perdem a capacidade de diferenciar o que está acontecendo dentro do paciente do que está ocorrendo em sua própria mente.<sup>20</sup>

A terapia psicodinâmica ou a psicanálise com esses terapeutas revelam fantasias secretas de

que poderiam ser amados por objetos parentais internos torturadores se simplesmente se submetessem a eles e se permitissem ser controlados. Alguns podem até ter identificações com Cristo e supor que, se sacrificando, salvarão seus pacientes.

## A ÉTICA DOS RELACIONAMENTOS APÓS O TÉRMINO DA PSICOTERAPIA

Relacionamentos não sexuais entre terapeuta e paciente que ocorrem após o término da psicoterapia são difíceis de classificar em termos de considerações éticas. Os terapeutas devem ter em mente que o paciente pode retornar para um novo tratamento; se estiverem envolvidos em um negócio ou relacionamento social com um ex-paciente, eles o privam dessa oportunidade. Além disso, os terapeutas também devem lembrar-se da possibilidade de explorar a vulnerabilidade do paciente em relacionamentos pós-término.

Contato sexual com ex-pacientes tende a ser considerado antiético, embora diferentes organizações profissionais tenham políticas diversas em relação a isso.

Enquanto a Associação Psicanalítica Americana considera o contato sexual com um ex-paciente antiético, a Associação Psicanalítica Internacional não chegou à mesma conclusão. Alguns defendem que, após certo período de tempo, o desenvolvimento de um relacionamento sexual pode não ser contrário à ética.

Os proponentes da proibição de relacionamentos sexuais pós-término argu-

mentam que todos os estudos da transferência, após o término, mostram que ela é instantaneamente restabelecida, mesmo anos depois do fim do tratamento, se o terapeuta e o paciente se encontrarem novamente.<sup>21</sup> Outro argumento convincente é que, se há a possibilidade de um futuro relacionamento romântico ou sexual, a própria terapia esteve previamente contaminada.

Nenhuma das partes pode falar livremente sobre suas observações se desejam preservar uma imagem positiva aos olhos da outra. É apenas em virtude do fato de que o relacionamento terapeuta-paciente nunca será algo além de profissional que o paciente pode falar livremente sobre todos os seus problemas. Mesmo que alguns argumentem que o casamento “certifique” o relacionamento como não explorador, isso de forma alguma afasta a possibilidade de abuso de poder por parte do terapeuta-cônjuge. A história mostra que o casamento tem sido usado como desculpa para estupro, agressão e uma série de outros atos imorais. Mesmo que casamentos entre terapeutas e ex-pacientes sejam razoavelmente felizes, os códigos de ética comumente desenvolvem restrições baseadas no potencial de prejuízo, mesmo que este seja difícil de documentar em cada caso isolado.

No mínimo, terapeutas que desejam iniciar um relacionamento sexual com um paciente após o término do tratamento devem consultar um colega e, com cuidado, pesar os prós e os contras da decisão. Além disso, precisam demonstrar que, de algum modo, transferência e contratransferência não são mais aplicáveis ao relacionamento atual.

## AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO DE TERAPEUTAS ACUSADOS

A maioria dos terapeutas que estiveram envolvidos em violações de fronteira graves chega à apreciação de conselhos disciplinares, comitês de ética ou organizações profissionais quando uma queixa é apresentada pelo paciente ou por outra parte interessada. Os relatos feitos a esses grupos motivam uma investigação das alegações, que determina se o terapeuta deve receber alguma advertência ou punição. Também é útil que o terapeuta seja avaliado em relação à possibilidade de reabilitação. As avaliações são mais bem conduzidas por partes desinteressadas que estejam fora da mesma cidade do terapeuta. Avaliadores locais, muitas vezes, não têm a objetividade necessária para uma avaliação psiquiátrica válida.

As avaliações de terapeutas transgressores devem obter informações colaterais sobre o acusado, de modo que o avaliador não tenha que se basear exclusivamente no relato do próprio terapeuta. Em geral, estão disponíveis relatos investigativos, bem como a narrativa da transgressão pelo paciente. O avaliador deve considerar as causas da violação de fronteira, o caráter do terapeuta acusado e seus conflitos psicodinâmicos básicos. A testagem psicológica também pode ser de ajuda.

Se o terapeuta negar a violação de fronteira, há pouco valor em realizar tal avaliação. Terapeutas que estão negando sua culpa apresentam-se como não tendo razão para estar lá. Conduzir uma avaliação nessas circunstâncias é uma perda de tempo, dinheiro e esforço.

Quando se está avaliando um terapeuta que reconheceu a transgressão, a

adequação para reabilitação depende mais da atitude do terapeuta do que de fatos objetivos fornecidos ao avaliador.<sup>20</sup>

Se o terapeuta está genuinamente arrependido e profundamente comprometido a evitar futuras transgressões, essa atitude é um bom sinal prognóstico. Da mesma forma, terapeutas que são capazes de assumir total responsabilidade pelo que aconteceu e empatizam com a experiência do paciente de ter sido prejudicado também são bons candidatos a reabilitação. O fato de um paciente estar envolvido é mais um elemento prognóstico positivo.

Remorso, contudo, deve ser rigorosamente diferenciado de mortificação narcisista.<sup>20</sup> Alguns terapeutas podem falar de vergonha, mas estar se referindo apenas ao dano a sua própria reputação e respeito próprio. Como princípio geral, terapeutas que se enquadram nas categorias de “paixão e rendição masoquista” são os melhores candidatos a reabilitação. Os tipos predatórios, que são transgressores repetidos, não devem receber permissão para retornar à prática da profissão. Uma advertência é apropriada, entretanto. Alguns terapeutas não se ajustam a nenhuma das categorias apresentadas, ou há aqueles que estão apaixonados pelo paciente e não são sensíveis à reabilitação, porque não veem nada de errado no que fizeram: invocam o “amor verdadeiro” como racionalização para seu comportamento e não veem razão para serem reabilitados.

Quando a reabilitação é indicada porque o terapeuta está profundamente motivado a mudar e a evitar futuros problemas, vários componentes de um plano de reabilitação são úteis.

## Psicoterapia pessoal

Na maioria dos casos de violações de fronteira graves, o terapeuta transgressor necessitará de um processo de psicoterapia psicanalítica de longo prazo para entender as razões da violação e os conflitos relevantes associados. O terapeuta que conduzirá o tratamento não deve, porém, ser escolhido por ele. É necessária uma habilidade especial nesse tipo de terapia, devido às consideráveis dificuldades contratransferenciais encontradas. Comitês de ética e conselhos disciplinares podem estar em uma posição mais favorável para identificar terapeutas com tal habilidade e experiência e encaminhar o terapeuta acusado a um desses médicos.

## Escolha de um coordenador de reabilitação

Além de um psicoterapeuta, também se deve indicar um “coordenador de reabilitação”, encarregado de todo o plano de reabilitação. Esse profissional pode trabalhar com um conselho disciplinar ou outro órgão, mas não deve ser o próprio psicoterapeuta. Assim, a confidencialidade dentro da psicoterapia pode ser preservada. O coordenador de reabilitação simplesmente pede informações ao terapeuta sobre o comparecimento do transgressor às sessões e também pode manter contato com o supervisor ou outros indivíduos envolvidos no processo. Em geral, um coordenador de reabilitação encontra-se com o terapeuta transgressor a cada 15 dias, para ficar a par de como o programa está avançando.

## Limitações da prática

Vários tipos de combinações costumam ser vinculados ao programa de reabilitação do terapeuta transgressor. Alguns são desencorajados a voltar a trabalhar com psicoterapia psicanalítica de longo prazo e aconselhados a outras formas de trabalho. Em outros casos, certos tipos de pacientes, como aqueles com antecedentes de trauma sexual, são considerados fora dos limites para a prática de terapia. O coordenador de reabilitação pode auxiliar no estabelecimento dessas limitações com o próprio terapeuta acusado.

## Supervisão

Uma supervisão semanal deve ser incluída no programa do terapeuta. O supervisor deve ser escolhido pelo órgão responsável pela investigação e queixa, de modo que o terapeuta não escolha “um amigo”. O supervisor precisa ser informado sobre a natureza das violações de fronteira, e o terapeuta supervisionado deve estar aberto em relação a tentações contratransferenciais que surgem no curso do trabalho clínico. Eventualmente, o supervisor reporta-se ao coordenador de reabilitação.

## Educação continuada

Visto que muitos terapeutas analíticos têm treinamento limitado em violações de fronteira e no manejo de transferência e contratransferência erótica, a educação pode ser uma parte valiosa dos planos de reabilitação. Seminários e leituras sobre assuntos relevantes mostram-se bastante úteis.

Além do plano de reabilitação apresentado, a mediação entre o terapeuta e o paciente com o qual as violações de fronteira foram cometidas também pode ser benéfica.<sup>3,6,22</sup> Uma terceira parte, geralmente outro terapeuta com conhecimento sobre violações de fronteira, reúne-se com o terapeuta e o paciente para que este expresse seus sentimentos sobre os danos causados. Para terapeutas que têm dificuldades em reconhecer os danos, ouvir o paciente, nesse cenário, pode derrubar a negação. O profissional que conduz a mediação também pode facilitar um pedido de desculpas por parte do terapeuta, o que, muitas vezes, é altamente significativo para a vítima. Em alguns casos, o mediador também providenciará que uma indenização seja paga pelo terapeuta ao paciente, como forma de restituição. Em geral, esse processo de mediação dura apenas duas ou três sessões.

Planos de reabilitação como o apresentado podem durar de 3 a 5 anos, com avaliações anuais do progresso do terapeuta transgressor. Às vezes, outras medidas se tornam importantes no decorrer de um plano, e o programa global pode ser revisito. Se houver dúvida sobre se o terapeuta está pronto para retornar à prática clínica sem mais esforços de reabilitação, outra avaliação pode ser conduzida para determinar sua aptidão. Na maioria dos casos, o terapeuta, no regresso à clínica, é aconselhado a continuar algum tempo com supervisão, mesmo que a reabilitação tenha sido bem-sucedida.

## ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS

Inúmeras medidas podem ser tomadas para prevenir violações de fronteira. Entretanto, visto que a psicoterapia psicanalítica requer uma forma radical de privacidade,

devemos reconhecer que será impossível erradicar completamente as violações de fronteira. O que pode ser feito é preparar psiquiatras, psicólogos e outros profissionais da saúde mental em seus programas de treinamento, oferecendo cursos sobre ética, fronteiras e manejo de transferência e contratransferência eróticas. Essa bagagem educacional, pelo menos, fornece uma estrutura conceitual, a fim de que o terapeuta possa pensar sobre os riscos das transgressões de fronteira e monitorar com cuidado sua contratransferência quando perceber desvios em sua forma-padrão de comportamento profissional.

A educação não deterá indivíduos inescrupulosos, com tendências antisociais, mas os programas de treinamento podem identificá-los de forma mais apurada, bem como perceber comportamentos desonestos ou corruptos durante o período de treinamento. Psicoterapeutas psicanalíticos devem sempre ter uma experiência de tratamento pessoal para ajudá-los a entender seu próprio mundo interno e vulnerabilidades contratransferenciais específicas. Entretanto, algumas violações de fronteira graves ocorrem mesmo quando o terapeuta teve anos de análise adequada; portanto, não podemos esperar que o tratamento pessoal seja uma garantia total contra esses fenômenos.

Talvez um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de violações de fronteira seja o isolamento de nossa profissão. Consultoria regular sobre pacientes difíceis deveria ser incorporada à prática de todo psicoterapeuta psicanalítico.

O sentimento de onipotência, de que podemos manejar todas as situações difi-

ceis sozinhos, é um passo para o *enactment* de pontos cegos contratransferenciais. Grupos de supervisão são outra forma de conseguir ajuda para vulnerabilidades contratransferenciais: grupos de colegas encontram-se uma vez por semana para ajudar-se mutuamente em casos complicados. A vantagem do grupo, naturalmente, é que os indivíduos comecem a conhecer-se bem o suficiente para perceber desvios precoces da prática habitual.

Alguns psicoterapeutas trabalham em instituições. As unidades psiquiátricas deveriam poder avaliar um candidato a um cargo, verificando a possibilidade de uma história prévia de comportamento criminoso ou violações éticas em seu último emprego. Todo hospital psiquiátrico deve ter políticas claramente descritas, que proíbam qualquer contato sexual entre funcionários e pacientes. Clínicas ambulatoriais podem desenvolver políticas semelhantes. Outras violações de fronteira potencialmente problemáticas também podem ser descritas nessas políticas institucionais. Encontros educativos sobre fronteiras e violações de fronteira também deveriam ser rotina em instituições de saúde mental.

É importante que colegas assumam a responsabilidade por sua profissão monitorando o comportamento uns dos outros. Se há evidência de que a prática de um terapeuta é questionável, dois colegas podem reunir-se com esse terapeuta e partilhar suas preocupações. No mínimo, o terapeuta é informado de que outras pessoas têm conhecimento do que está acontecendo. Além disso, se os rumores que circulam são falsos, pelo menos ele tem a oportunidade de oferecer uma defesa ou explicação. Com muita frequência, os rumores são ignorados até que seja tarde demais.

A medida preventiva final é a que deveria ser óbvia, mas não é. Os psicoterapeutas

nem sempre estão atentos ao seu autocuidado. Eles precisam assegurar-se de que suas vidas pessoais estão razoavelmente satisfatórias e equilibradas, a fim de não procurarem gratificação emocional nos pacientes.

Um salva-vidas não pode salvar uma vítima de afogamento se ele próprio estiver se afogando.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. A manutenção das fronteiras básicas da natureza profissional do relacionamento terapêutico é o que cria a atmosfera de segurança e previsibilidade que facilita ao paciente usar o tratamento.
2. O *setting* deve ser flexível o suficiente para acomodar diferenças individuais entre pacientes e terapeutas. Fronteiras de forma alguma sugerem frieza ou indiferença.
3. *Violações* de fronteira, de ordem sexual ou não sexual, envolvem transgressões potencialmente prejudiciais para o paciente, tendem a ser continuadas, repetitivas e “secretas”.
4. *Cruzamentos* de fronteira são rupturas benignas do *setting*, às vezes úteis, têm natureza evidente, costumam ocorrer de forma isolada e tendem a ser examináveis e discutidos na terapia.
5. Fronteiras significativas, que não envolvem contato físico, são elementos como hora e lugar da entrevista, duração, confidencialidade, evitação de relacionamento social ou financeiro com o paciente, excessiva autorrevelação por parte do terapeuta e aceitação de presentes de alto valor por parte do paciente.
6. O terapeuta deve se preocupar com o fato quando constata que vem prolongando regularmente as sessões com determinado paciente, para bem além do final da sua hora.
7. Qualquer encontro em local incomum, diferente do consultório habitual, deve ser cuidadosamente avaliado e discutido com um colega ou supervisor antes de ser aceito.
8. Grande doação de dinheiro ou um presente extremamente caro em geral prenunciam uma provável violação de fronteira.
9. Terapeutas devem abster-se de partilhar materiais sobre suas vidas privadas que possam sobrecarregar o paciente.
10. Terapeutas que transgridem fronteiras profissionais podem ser divididos em quatro grandes grupos: os psicóticos, os psicopatas predatórios, os que se apaixonam e os que se submetem masoquistamente.
11. A “reabilitação” desses terapeutas depende da sua capacidade em aceitar sua responsabilidade no que ocorreu e empatizar com os sofrimentos a que expuseram seus pacientes – o que exclui os psicopatas predatórios, que deveriam ser dispensados da profissão.
12. Contato sexual com ex-pacientes tende a ser considerado antiético, embora diferentes organizações profissionais tenham políticas diversas em relação a isso.
13. As eventuais rupturas de fronteira do *setting*, inerentes aos complexos processos transferenciais e contratransferenciais que podem se desenvolver, são uma das razões maiores para se exigir uma adequada psicoterapia pessoal dos próprios terapeutas.
14. Um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de violações de fronteira é o isolamento da profissão. Consultoria regular sobre pacientes difíceis deveria ser incorporada à prática de todo psicoterapeuta psicanalítico.
15. Terapeutas analíticos têm treinamento limitado, se não ausente, sobre violações de fronteira e manejo das transferências e contratransferências eróticas e erotizadas: seminários e leituras sobre esses assuntos seriam extremamente úteis nos programas de educação desses terapeutas.
16. A maior medida preventiva contra transgressões graves, além da confiável estrutura de caráter do terapeuta, é assegurar-se de que suas vidas pessoais estejam razoavelmente satisfatórias e equilibradas, a fim de não precisarem buscar gratificações emocionais inadequadas com seus pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Gutheil TG, Gabbard GO. The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. *Am J Psychiatry*. 1993;150(2):188-96.
2. Gabbard GO. Sexual misconduct. In: Oldham JM, Riba MB, editor. *Review of psychiatry*. Washington: American Psychiatric; 1994. v. 13. p. 433-56.
3. Gabbard GO, Lester EP. *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2002.
4. Gartrell N, Herman J, Olarte S, Feldstein M, Localio R. Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey. I: prevalence. *Am J Psychiatry*. 1986;143(9):1126-31.
5. Epstein RS. Keeping boundaries: maintaining safety and integrity in the psychotherapeutic process. Washington: American Psychiatric; c1994.
6. Schoener GR, Milgrom JH, Gonsiorek JC, Luepker ET, Conroe RM. *Psychotherapists' sexual involvement with clients: intervention and prevention*. Minneapolis: Walk-In Counseling Center; [1989].
7. Langs R. *The therapeutic interaction*. New York: J. Aronson; c1976. v. 2.
8. Gabbard GO. The early history of boundary violations in psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc*. 1995;43(4):1115-36.
9. Dupont J. The story of a transgression. *J Am Psychoanal Assoc*. 1995;43(3):823-34.
10. Freud S. Recommendations to physicians practising psycho-analysis. In: Freud S. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth; 1958. v. 12. p. 109-20.
11. Lohser B, Newton PM. *Unorthodox Freud: the view from the couch*. New York: Guilford; c1996.
12. Greenberg J. Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanal Q*. 1995; 64(1):1-22.
13. Mitchell SA. *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books; c1993.
14. Gutheil TG, Gabbard GO. Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings. *Am J Psychiatry*. 1998;155(3):409-14.
15. Strasburger LH, Jorgenson L, Sutherland P. The prevention of psychotherapist sexual misconduct: avoiding the slippery slope. *Am J Psychother*. 1992;46(4):544-55.
16. Gabbard GO. Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal*. 1995;76(Pt 3):475-85.
17. Gabbard GO. *Love and hate in the analytic setting*. Northvale: J. Aronson; 1996.
18. Gabbard GO. Boundary violations. In: Bloch S, Chodoff P, Green SA. *Psychiatric ethics*. 3rd ed. Oxford: Oxford University; 1999. p. 141-60.
19. Celenza A. Precursors to sexual misconduct: preliminary findings. *Psychoanalytic Psychology*. 1998;15(3):378-95.
20. Celenza A, Gabbard GO. Analysts who commit sexual boundary violations: a lost cause? *J Am Psychoanal Assoc*. 2003;51(2):617-36.
21. Gabbard GO. Reconsidering the American Psychological Association's policy on sex with former patients: is it justifiable? *Prof Psychol Res Pr*. 1994;25(4):329-35.
22. Margolis M. Analyst-patient sexual involvement: clinical experiences and institutional responses. *Psychoanalytic Inquiry*. 1997; 17(3):349-70.

# 19

## ATUAÇÕES E ENCENAÇÕES (*ENACTMENTS*)

Mauro Gus

### DESENVOLVIMENTO CONCEITUAL

É unânime, na literatura psicanalítica, a noção de que ambos os fenômenos – atuações e encenações – reproduzem sensações e sentimentos pré-verbais, anteriores à aquisição da palavra, remetendo-se ao desenvolvimento primitivo. Freud,<sup>1</sup> referindo-se ao fenômeno do *acting*, definiu-o como *Agieren*, em língua alemã, consagrando o citado fenômeno clínico como “passagem ao ato”.

Conceitualmente, *enactment* está relacionado à interface entre o que é expresso e o que não é expresso, entre o que é esquecido e aquilo que pressiona o campo para ser revivido, entre realidade e fantasia e entre o psiquismo de uma pessoa e o psiquismo de duas – da dupla terapeuta-paciente.<sup>2-6</sup>

Destaco a relação existente entre os dois conceitos, *acting* e *enactment*; Boesky<sup>2</sup> refere-se a fenômenos clínicos que facilitam a integração dos conceitos de fantasia inconsciente, identificação projetiva e con-

tratransferência e colocam em cena vivências emocionais primitivas, comunicando afetos perigosos e repudiados presentes na dupla paciente-terapeuta.

Nas etapas precoces do desenvolvimento psíquico, não existe ainda uma linguagem verbal articulada; muitas vezes, não vamos encontrar palavras que deem conta, de forma plena, das sensações e dos sentimentos para compor uma interpretação transferencial. A palavra mostra-se, pois, insuficiente, sendo o ato a única maneira de expressão possível ao paciente em determinado momento do processo em que se encontra a dupla ou a interação dos dois psiquismos.

Assim, o *acting* fica definido como uma ação realizada no lugar da tarefa a ser cumprida, ou seja, alcançar o *insight*. Segundo os autores, o *acting* é um movimento regressivo que vai do pensamento ao ato – *Agieren* –, do verbo ao não pensamento, sendo de natureza onipotente e inconsciente e servindo ao narcisismo e não à relação de objeto, ou seja, dá volta para trás em vez de buscar o crescimento ou o desenvolvimento. É uma expressão da transferência,

confunde o passado com o presente e opera de acordo com o processo primário.<sup>3,4,6-8</sup>

Segundo Etchegoyen,<sup>8</sup> três áreas poderiam obstruir o processo analítico: o *acting out*, a reação terapêutica negativa (RTN) e a reversão da perspectiva. Apesar das controvérsias sobre o conceito e da sobrecarga de preconceitos e conotações ideológicas, o termo *acting* segue presente na linguagem de todos os psicoterapeutas. Trata-se de um conceito básico da teoria psicanalítica e que deve ser mantido. Para tanto, o que “é necessário redefini-lo em termos metapsicológicos e não simplesmente de conduta”, completa o autor.

Tal como entendo, tanto o *acting* quanto o *enactment* são integrantes fundamentais e inevitáveis do processo psicoterapêutico e podem auxiliar de modo positivo o andamento do tratamento, apesar de, muitas vezes, serem de difícil compreensão e, aparentemente, negativos para o processo.

Portanto, fenômenos que poderiam ser entendidos como prejudiciais ao tratamento, dependendo do encaminhamento, podem ser úteis para o desenvolvimento das terapias de referencial psicanalítico.<sup>5,9-12</sup> A seguir, por entender constituir-se tema relevante para nossa prática e pela estreita relação com os conceitos de *acting* e *enactment*, são apresentadas algumas noções de realidade psíquica e suas repercussões na técnica e na prática clínica.

Segundo Laplanche e Pontalis,<sup>13</sup> realidade psíquica contém a ideia que vem ligada à hipótese freudiana referente a processos inconscientes que não somente levam em consideração a realidade exterior como também a substituem por uma realidade interna.<sup>1</sup>

Moore e Fine<sup>14</sup> afirmam que a realidade psíquica designa um mundo experiencial subjetivo total do indivíduo, incluindo pensamentos, sentimentos e fantasias, assim como percepções do mundo externo, independentemente se elas refletem ou não com exatidão esse mundo externo, tal como visto por outro observador. Assim definida, a realidade psíquica é sinônimo de realidade interna e realidade subjetiva. Esses termos, segundo os autores, expressam a importante visão psicanalítica de que a experiência subjetiva é outro tipo de realidade que ocorre paralela ao mundo dos objetos físicos.

A realidade psíquica é vista como uma das versões da realidade, em geral construída a partir da interação das percepções que se originam do mundo externo e das fantasias que se originam do mundo interno. A integração resultante constitui o mundo experiencial subjetivo do indivíduo, ou seja, sua realidade psíquica.

Arlow<sup>15</sup> e Wallerstein<sup>16</sup> trazem o exemplo de dois projetores rodando um filme, concomitantemente, sobre uma pantalha, um de dentro e outro de fora. A resultante de tais projeções seria a realidade psíquica. No tratamento, a realidade psíquica se debruça sobre a relação com o terapeuta, via verbalização, ou passa à ação – *Agieren* –, conforme conceituado por Freud.<sup>1</sup>

Os autores concordam que, no *acting*, o sujeito passa de uma representação, de uma tendência, ao ato propriamente dito ou à dramatização e encenação de conflitos primitivos dos quais não lembra; para não lembrar, atua ou encena as questões primitivas dolorosas, estando elas sempre referidas à transferência.

Realidade psíquica, *acting, enactment*, transferência e contratransferência estão, portanto, intimamente relacionados, em uma tessitura que é inconsciente e, especialmente, ainda indizível, por ser de natureza pré-verbal. Assim, pelo fato de a palavra mostrar-se insuficiente e não conseguir conter sensações e percepções dolorosas, estas precisam ser expressas por meio dos citados fenômenos clínicos.

Tais expressões são veiculadas fortemente pela identificação projetiva em pacientes cuja capacidade ainda está limitada por ansiedades persecutórias primitivas ou, de modo mais grave, naqueles instalados no que John Steiner<sup>5</sup> conceitua como organizações patológicas, em estruturas limítrofes.

Em sua acepção mais estrita, a expressão “realidade psíquica” designaria o desejo inconsciente e a fantasia que está ligada a ele; constitui uma forma particular de existência que é norteada e determinada pela fantasia inconsciente ou pelas chamadas profantasias, sensações e representações ainda anteriores à simbolização.

As manifestações dessa realidade psíquica são percebidas pela transferência e pela contratransferência; ao incluímos a realidade psíquica do terapeuta, cria-se um fenômeno decorrente das duas realidades internas. Aprofunda-se, assim, sua conceituação como produto da interação paciente-terapeuta, uma área composta por reedições dos conflitos originais da dupla, à medida que se forma a história do tratamento.

Nesse cenário pré-verbal e verbal, recriam-se as questões primitivas e as dores psíquicas; para que ocorra o tratamento, elas deverão ser revividas e sentidas

pela dupla. São as fantasias inconscientes, segundo tradicional conceito de Susan Isaacs,<sup>17</sup> os elementos nucleares da realidade psíquica que constituem o cerne das noções de *acting* e, mais recentemente, de *enactment*.

A partir dos anos de 1980, surge o conceito de *enactment* entendido como um suceder de vivências não suficientemente contidas pela palavra, confusionais ou ainda inconscientes, da dupla paciente-terapeuta.<sup>2-6</sup>

Anteriormente, Bion<sup>18</sup> já afirmava que o afastamento da realidade é uma ilusão, não um fato, e emerge da identificação projetiva; é de tal maneira predominante no funcionamento psíquico dos pacientes que parece não ser fantasia, mas um fato, de modo que o paciente age – passa ao ato – como se seu aparelho perceptor pudesse ser fragmentado em diminutas partículas e projetado nos objetos externos, sendo cada partícula sentida como constituindo um objeto real. A natureza dessa partícula vai depender, também, do objeto real, o psicoterapeuta, e de como este reage ao que é projetado pelo paciente, bem como do caráter particular dessa partícula, o que é conferido pela intensidade do sadismo original, ainda não transformado pelo indivíduo; em outras palavras, da intensidade do instinto de morte.

Ressalto, aqui, a polêmica em torno desse tema, bem como a importância da sistematização teórica e metapsicológica realizada por Melanie Klein e seguidores. Alguns autores de fonte kleiniana aprofundaram os questionamentos, colaborando com aportes indispensáveis para a técnica demandada pela clínica atual, ou seja, mais constatáveis em pacientes de difícil acesso, embora também presentes em pacientes neuróticos, partindo do princípio de que toda dupla é complexa e difícil.

Penso que cada terapeuta compõe uma síntese teórica implícita a sua prática clínica, para a qual as teorias implícitas, subjacentes à compreensão do material, acrescentam importantes recursos técnicos. No entanto, nem sempre colaboram para a necessidade específica daquele paciente em um dado momento do processo, podendo ser responsáveis por linguagens paralelas do psicoterapeuta e de seu paciente.

Entre os autores de minha síntese pessoal, destaco, ainda, André Green,<sup>19,20</sup> que sublinha a conexão direta do afeto com a dimensão histórica do sujeito, uma vez que o que permanece irredutivelmente infantil no psiquismo é o afeto.

Sugiro, então, que o *acting* e o *enactment* se devem à encenação, pela dupla, da representação das partículas de afetos mais primitivos e projetados no *setting*. Tais afetos projetados permaneceriam sem ligação com os objetos internalizados ou com uma falsa ligação, cabendo ao terapeuta, como intérprete, a tarefa de detecção e de busca, por meio de recursos técnicos, do significado afetivo da fantasia inconsciente no contexto do enquadre psicoterapêutico.

As fantasias carregadas de afetos primitivos, que incidem com maior ou menor intensidade sobre os sentimentos transferenciais e contratransferenciais vigentes na sessão, permitem ao psicoterapeuta dar figurabilidade aos afetos e representação às construções de sensações pré-verbais que ainda se encontram, na mente do indivíduo, em um estado denominado irrepresentável por Botella e Botella.<sup>21</sup>

Assim, a compreensão do *acting* e do *enactment* possibilita o andamento de terapias em que predominam o pré-verbal e a desorganização psíquica, expressos por

sensações de caos, vazio e confusão mental, especialmente presentes em casos de difícil acesso, mas também observáveis em patologias menos regressivas. Tais situações, em sua maior parte inconscientes ou pré-conscientes, determinam variados níveis de desorganização do ego, decorrentes da falência dos mecanismos de defesa em conter a invasão pulsional.

Refiro-me à intensidade dos aspectos destrutivos do investimento libidinal sobre as relações objetais mais primitivas, decorrentes de um aumento quantitativo da pulsão, o que provoca uma transformação qualitativa e ameaça o frágil equilíbrio, já que os mecanismos de defesa fracassam em conter a referida invasão pulsional.<sup>19-24</sup>

De acordo com Cassorla,<sup>3,4</sup> fantasias inconscientes muito destrutivas e situações traumáticas arcaicas inibem a percepção do psicoterapeuta, de forma mais específica em situações agudas de *enactment*. A compreensão permite dissolver o conluio, refere o autor, bem como fortalece os mecanismos mentais do paciente e sua confiança no trabalho terapêutico. Tais *enactments* deverão fazer parte da história natural do processo analítico, e sua função é a experimentação das experiências arcaicas no *setting* por ambos os componentes da dupla.

Estamos, pois, diante de um campo que vai além do somatório de duas mentes. Constitui uma área de trabalho permeada por mecanismos e sentimentos pré-verbais, ou seja, que colocam em cena dores psíquicas arcaicas, por meio da interação das mentes da dupla. Por mais que incida de modo inconsciente e negativo – pela intensidade das pulsões destrutivas –, precisa ser compreendido, no mais das vezes, como

positivo para o processo. Não havendo a transformação do negativo em positividade, não ocorreria processo psicoterapêutico.<sup>20</sup>

A não compreensão da realidade psíquica colocada em cena pela dupla<sup>4</sup> levaria a desvios do tratamento, tais como conluios inconscientes de natureza narcísica – os denominados pontos cegos –, conduzindo as terapias, inevitavelmente, para iatrogenias, falsos resultados, pioras do quadro clínico, interrupções e/ou impasses.

O *acting* e o *enactment* serão, portanto, inevitáveis cada vez que a realidade psíquica da dupla – o novo campo criado pela interação – não for suficientemente vivida, tratada e tolerada por ela, pelo fato de evocar situações conflitivas inconscientes dos dois ou de cada um, reeditadas por sensações pré-verbais ainda não representadas pela palavra.

Nesse ponto do desenvolvimento do tema, impõe-se uma pergunta: por serem interações inconscientes, como abordá-las e colocá-las em palavras, em especial nas psicoterapias? Por se tratar do pré-verbal, e as palavras serem, muitas vezes, insuficientes para expressar, como perceber e mostrar?

Uma das respostas possíveis seria, como exposto até o momento, pela análise do *acting* e pelas percepções do *enactment*. A ação evidencia a realidade psíquica, aquilo que a palavra ainda não conseguiu nomear. O ato, ainda para não lembrar, encena para a dupla e dispara a percepção e a palavra. Com base no fenômeno da compulsão à repetição, o paciente ou a dupla repete ou age para não sentir ou não lembrar. Insuficiente por vezes. Volta sempre, sob a mesma ou outra feição.

É sempre bom ter em mente que a questão da atemporalidade do inconscien-

te está fortemente ativa nos fenômenos que estamos enfocando. Atualiza-se no campo psicoterapêutico, o que ainda não pode ser lembrado ou sentido, em um esforço maior para evitar a dor psíquica, vivida como desintegração e loucura.

Reforço, novamente, que o *acting* e o *enactment* são atos neuróticos e, como tal, precisam ocorrer e ser passíveis de análise. Dentro ou fora do *setting*, dizem respeito ao terapeuta e devem ser sentidos e entendidos dessa forma, sem necessariamente explicitar, de forma ritualística, que aludem à dupla. Durante o tratamento, tudo o que ocorre com a realidade psíquica deve ser abordado de maneira técnica, como integrante do processo.

Com esse enfoque, o *acting* e o *enactment*, colocados em cena pela dupla, são abordados pela técnica e, por vezes, acionados pela interpretação transferencial, dependendo do momento pelo qual está passando o paciente e/ou o psicoterapeuta.

Quando o *setting* não é continente e os *enactments* não são percebidos, estes servem como disparos do *acting*. Não são conceitos, entretanto, superpostos. Entendo-os como complementares e expressões de uma análise e/ou psicoterapia de orientação analítica em andamento. Uma visão diferente, sob meu ponto de vista, induz rechaço e rejeição de tais fenômenos, tornando a técnica empobrecida e com insuficiente instrumental para a abordagem das vivências mais primitivas.

A eficácia técnica com essa paciente, a meu ver, estaria na dependência de tornar interno o que é externo, ou seja, inserir no *setting* e na relação com o terapeuta, na transferência e na contratransferência, sua dor psíquica, pouco falada e muito atuada. Mesmo com riscos, os *actings*, reiteradamente analisados e aparentemente negati-



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

Clara, 27 anos, sexo feminino, profissional da área da saúde, procura tratamento por sentir-se confusa, sem critérios para escolha de companhias masculinas e isolada da família; relata extrema intolerância com a presença da mãe, labilidade afetiva e choro fácil. Expõe-se à noite pelas ruas sem se cuidar, frequentando bares em zonas de meretrício, com riscos à segurança pessoal. Descreve mal-estar e desconforto por ter que relatar seu sofrimento e necessitar de tratamento. Gostaria de não precisar de ninguém, muito menos de um psicoterapeuta; detesta combinar horários e ter limites. Diz estar decidida a não abrir mão de uma relação com um homem alcoolista que a expõe a riscos, acordando-a durante as noites para que o busque em bares. Aprecia demais “situações atípicas”, sendo esse traço conhecido por todos que com ela convivem; segundo costuma ouvir dos familiares, é sempre e a princípio “do contra”.

Suas sessões são extremamente difíceis e trabalhosas. Têm longos silêncios, presença pesada e negatista. Desafiadora, falta, atrasa-se, argumenta que tinha anunciado ser “do contra”, mantendo os *actings* autodestrutivos e, mesmo assim, comparecendo às sessões. Ataca os vínculos todo o tempo, reeditando com o terapeuta sua relação mais primitiva com os objetos internos sadicamente atacados. A capacidade de tolerar tais ataques sem ocupar o papel de objeto atacado, mas entendendo e interpretando, representa a essência da ação terapêutica, tal como entendo proceder neste caso. A paciente vive em “estado de *acting*”, tendo tanto no *acting* como no *enactment* o caminho de melhor compreensão e análise do seu sofrimento.

vos, são positivos para o processo e explicam, pela identificação projetiva e introjetiva, a relação sadomasoquista com seus objetos internalizados e colocados em cena pela dupla. Surpreendo-me, com alguma frequência, recomendando cuidados e alertando para os riscos, ocupando, assim, o papel do objeto interno – *enactment*. Em muitos momentos do tratamento, sinto-me mobilizado pela paciente, em função de precisar atendê-la tal como se atende um bebê, efetivamente na função paterna-materna, explicitando o quanto ela busca preocupar-me, levando-me a ocupar, por

*enactment*, os papéis das figuras primitivas internalizadas.

Nesse caso, o *enactment* coloca em cena os sentimentos contratransferenciais, a identificação projetiva e as fantasias, expressos pelos temores e receios do terapeuta e pelos impulsos destrutivos da paciente, que busca ser alvo de brutalidades e riscos do patrimônio físico e moral. Trata-se de um caso em que o *acting* e o *enactment* foram de fundamental importância para a abordagem das ansiedades mais primitivas, ainda sem representação na mente da paciente.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2

Esportista compulsivo, sexo masculino, Josué tem 30 anos; competente em sua atividade profissional, faz uso de drogas, tem distúrbios do sono e intensa excitação psicomotora. Dirige em alta velocidade, correndo perigo de acidentarse; aponta ao terapeuta *acting* de risco moderado para alto.

(*Continua*)



(Continuação)

Descreve acentuada confusão mental, não percebendo o que sente, autoacusando-se de ser um “merda, um viciado desgraçado”. Profundamente infeliz, ameaçado de ter seu noivado rompido, procura terapia por não aguentar mais viver assim. Vem piorando progressivamente há 10 anos. Combinado o tratamento, falta, atrasa-se, desaparece por dias sem avisar as pessoas do trabalho, a família ou a mim. Volta deprimido, com aspecto quase maltrapilho, chorando muito e sentindo-se o “último dos homens”.

O tratamento evolui por anos. No terceiro ano de análise, os *actings* diminuem de intensidade, o paciente abandona as drogas e, de modo progressivo, traz para a relação com o terapeuta a confusão mental e a percepção – *insight* – de estar repetindo no *setting* a relação intrusiva que sempre tivera com a mãe, bem como a dificuldade de dar representação aos *actings*, confundindo-se com os objetos internalizados ao carregar um luto dos pais por uma irmã que morrera antes do seu nascimento, sua realidade psíquica. Nasceria com o encargo de ser dois e de curar a mãe pela perda de uma irmã que nem sequer conhecera. Poderíamos dizer que sua vida se constituía em um permanente estado de *acting*. O paciente entendia que viver era assim. Procurava-me nos fins de semana, chamava-me por telefone e, sob o efeito das drogas, buscava um contato comigo e o recebia, momentos em que eu ocupava o papel para o qual me solicitava – *enactment*. Dava-lhe limites e mostrava o sentido de seus *actings*. Entendia o produto dessa interação, em inúmeras ocasiões, e o uso de meus sentimentos e temores como *enactment*, fenômeno clínico de fundamental importância para o trabalho com esse paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desejo sublinhar, nesses casos, o uso maciço da identificação projetiva como mecanismo fundamental na relação terapeuta-paciente e eixo essencial do trabalho analítico com a transferência negativa. Sobre esse mecanismo, os autores já citados são unânimes em afirmar que, em vez de falar sobre os impulsos, o paciente age com as pessoas que o rodeiam ou em atitudes autodestrutivas dirigidas a seu próprio *self* psíquico e corporal; dentro da sessão, ele age ou fala de modo a provocar no analista tais afetos via identificação projetiva.

Esse estado produzido pelos dois inconscientes, via identificação projetiva, cria o *enactment*. O psicoterapeuta, portanto, é sensível ao funcionamento assim descrito, de acordo com uma ou outra área de sua personalidade. Se é receptivo e sensível, será capaz de experimentar os impulsos e as

emoções dissociados do paciente e, a partir de sua contratransferência, conter, metabolizar e formular as interpretações de uma maneira tal que o paciente possa suportá-las.<sup>25</sup> Eu complementaria dizendo: em uma linguagem simples e própria a cada paciente e de acordo com a história da dupla específica em um processo terapêutico em particular.

Portanto, a comunicação pré-verbal ocupa um papel de destaque no processo terapêutico. Expressa, em seu dinamismo inconsciente, as fantasias que se modificam a cada sessão e que podem variar em uma mesma sessão, dependendo do interjogo das identificações projetivas e introjetivas vigentes. Tal comunicação evidencia a essência do que não é dito e que, no mais das vezes, é o conteúdo mais expressivo e efetivo da ação terapêutica e das psicoterapias nela inspiradas.

Nos quadros mais graves, com intensas fixações orais e anais e funcionamento

limítrofe, a pulsão se liga a representações de objeto de escassa eficácia simbólica. A defusão instintual que se manifesta pelo temor de aniquilamento que ameaça o ego, sob o peso dos maus objetos introjetados, conduz ao *acting* e coloca a realidade psíquica em cena, ou seja, o *enactment*. O *setting* psicoterapêutico precisa conter o temor de uma irrupção fragmentada, uma sensorialidade bruta que necessita ser integrada por meio de uma nova visão pelo terapeuta, que confere figurabilidade e representação a tais sensações tão primitivas.<sup>20-22</sup>

Ao conter, interpretar e transformar estados emocionais carregados de tal sensorialidade, irrupções que representam um modo de defesa arcaico diante de sentimentos de profundo desamparo causado pela severidade das identificações projetivas, o analista configura sua escuta como a

possibilidade de dar novos significados aos fragmentos psíquicos mais primitivos de natureza oral.<sup>26</sup>

Assim, construímos, como terapeutas, o “não construído”. Daí decorre, pelo exposto até o momento, a importância da compreensão da realidade psíquica colocada em cena pela dupla, por meio do *acting* e do *enactment*, fenômenos clínicos inevitáveis e inerentes aos processos mentais vigentes nas sessões ou mesmo fora delas. Exige-se, portanto, do terapeuta a capacidade de buscar referenciais complementares e introduzir novos parâmetros, integrando teorias e autores em uma síntese pessoal, ampliando, assim, os recursos técnicos e tornando nossas respostas, como psicanalistas e psicoterapeutas, mais adequadas às necessidades reais dos pacientes da clínica atual.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. *Acting* e *enactment* reproduzem sensações e sentimentos pré-verbais.
2. Há presença maciça dos mecanismos de identificação projetiva.
3. O paciente age com as pessoas que o rodeiam por meio de atitudes autodestrutivas, dirigidas ao próprio self psíquico e corporal, mas provocando emoções correspondentes sentidas pelo terapeuta, via contraidentificação projetiva.
4. Tal situação transferencial-contratransferencial, gerada pelos dois inconscientes, o do terapeuta e o do paciente, gera o fenômeno do *enactment*.
5. A formulação das percepções deverá ser em linguagem simples e própria a cada paciente e de acordo com a história da dupla específica em um processo terapêutico em particular.
6. Essas percepções expressam, em seu dinamismo inconsciente, as fantasias que se modificam a cada sessão e que podem variar em uma mesma sessão, dependendo do interjogo das identificações projetivas e introjetivas vigentes.
7. Tal comunicação evidencia a essência do que não é dito e que, no mais das vezes, é o conteúdo mais expressivo e efetivo da ação terapêutica e das psicoterapias inspiradas na psicanálise.
8. Nos quadros mais graves, com intensas fixações orais e anais e funcionamento limítrofe, a pulsão se liga a representações de objeto de escassa eficácia simbólica.
9. A defusão instintual que se manifesta pelo temor de aniquilamento que ameaça o ego, sob o peso dos maus objetos introjetados, conduz ao *acting* e coloca a realidade psíquica em cena, ou seja, o *enactment*.
10. Construímos, como terapeutas, o “não construído”, decorrendo daí a importância da compreensão da realidade psíquica colocada “em cena” pela dupla.

## REFERÊNCIAS

---

1. Freud S. A dinâmica da transferência. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 12. p. 130-43.
2. Boesky D. Affect, language and communication. 41st IPA Congress plenary session. *Int J Psychoanal.* 2000;81(Pt 2):257-62.
3. Cassorla RMS. Acute enactment as a “resource” in disclosing a collusion between the analytical dyad. *Int J Psychoanal.* 2001;82(Pt 6):1155-70.
4. Cassorla RMS. Estudo sobre a cena analítica e o conceito “colocação em cena da dupla” (enactment). *Rev Bras Psicanál.* 2003;37(2-3):365-91.
5. Steiner J. Containment, enactment and communication. *Int J Psychoanal.* 2000;81(Pt 2):245-55.
6. Tuckett D. La actuación mutua en la situación psicoanalítica. In: Ahumada JL, Olagaray J, Richards AK, Richards AD, editores. *Las tareas del psicoanálisis: ensayos en honor de R. Horacio Etchegoyen.* Buenos Aires: Polemos; 2000. p. 244-57.
7. Chasseguet-Smirgel J. Acerca de la actuación. In: Libro anual de psicoanálisis. Londres: The British Psycho-Analytical Society; 1990. v. 6. p. 49-58.
8. Etchegoyen RH. Das vicissitudes do processo. In: Etchegoyen RH. *Fundamentos da técnica psicanalítica.* São Paulo: Artes Médicas; 1987. p. 410-34.
9. Sandler AM. Understanding and interpretation of the negative transference. *European Psychoanalytical Federation Bulletin.* 1987; 28:7-16.
10. Limentani A. Una reevaluación del acting-out en relación con la elaboración. *Revista de Psicoanálisis.* 1969;26(4):841-60.
11. Limentani A. On some positive aspects of the negative therapeutic reaction. *Int J Psychoanal.* 1981;62(4):379-90.
12. Britton R. Getting in on the act: the hysterical solution. *Int J Psychoanal.* 1999;80(Pt 1):1-14.
13. Laplanche J, Pontalis JB. *Diccionario de psicoanálisis.* 2. ed. Barcelona: Labor; 1974.
14. Moore BE, Fine BD. *Termos e conceitos psicanalíticos.* São Paulo: Artes Médicas; 1992.
15. Arlow J. The concept of psychic reality and related problems. *J Am Psychoanal Assoc.* 1985;33(3):521-35.
16. Wallerstein R. The concept of psychic reality: it’s meaning and value. *J Am Psychoanal Assoc.* 1985;33(3):555-69.
17. Isaacs S. Naturaleza y función de la fantasía. *Revista de Psicoanálisis.* 1950;7(4):555-609.
18. Bion WR. Attacks on linking. *Int J Psychoanal.* 1959;40(5-6):308-15.
19. Green A. *O discurso vivo: uma teoria psicanalítica do afeto.* Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1982.
20. Green A. *El trabajo de lo negativo.* Buenos Aires: Amorrortu; 1995.
21. Botella C, Botella S. *Más allá de la representación.* Valencia: Promolibro; 1997.
22. Botella C, Botella S. Conferencia dictada en APA. Buenos Aires: [s.n.]; 1999.
23. Levin de Said AD. Referencias a lo originario en psicoanálisis: el trabajo de la figurabilidad. *Revista de Psicoanálisis.* 2001;58(2):331-9.
24. Gus M. Resistências paradoxais em processos analíticos: uma contribuição à aproximação de modelos. In: *Simposium Anual da AP de BA 24; 2002;* Buenos Aires.
25. Folch P, Folch TE. Negative transference: from splitting towards integration. *European Psychoanalytical Federation Bulletin.* 1987;28:57-74.
26. Gus, I. Os afetos e a situação analítica: a propósito de um caso. Porto Alegre: [s.n.]; 2000.

## LEITURAS SUGERIDAS

---

Freud S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 12. p. 149-59.

Klein M. Los orígenes de la transferencia: el sentimiento de soledad y otros ensayos. In: Klein M. *Envidia y gratitud y otros ensayos.* Buenos Aires: Paidós; 1976. (Obras completas, v. 6). p. 261-71.

Klein M. Sobre la identificação. In: Klein M. *Nuevas direcciones en psicoanálisis.* Buenos Aires: Paidós; 1976. (Obras completas, v. 4). p. 301-34.

## REAÇÃO TERAPÊUTICA NEGATIVA E IMPASSE

Antonio Carlos J. Pires

O processo psicoterápico tem seu desenvolvimento marcado por avanços, recuos e até mesmo por alguns momentos de estagnação. Os progressos decorrem dos sucessivos *insights* que o paciente vai alcançando ao longo do tratamento e que lhe permitem a elaboração dos seus conflitos internos. As obstaculizações do processo podem ser expressão do surgimento de resistências incoercíveis (resistências intensas, de aparecimento súbito e de difícil abordagem), de um *acting out* (ação impulsiva, de caráter bastante complexo, que visa a impedir o *insight*), de uma reação terapêutica negativa (estratégia do ego que impede a consolidação do *insight*) ou da vigência de uma reversão da perspectiva (tentativa inconsciente de impor ao terapeuta uma ideia distinta daquela que deveria ser a premissa do tratamento: buscar ajuda). O *acting out*, a reação terapêutica negativa (RTN) e a reversão da perspectiva, quando não adequadamente trabalhados pelo terapeuta, podem levar a um tipo de detenção mais duradoura do processo, denominado impasse. As resistências incoercíveis não são potencialmente geradoras de impasse porque pertencem apenas ao paciente, e, como será visto adiante, o impasse requer

uma participação ativa também do terapeuta.

Por essas razões, torna-se importante o estudo dessas vicissitudes do processo psicoterápico. Neste capítulo, serão abordadas duas delas: a RTN e o impasse.

### A REAÇÃO TERAPÊUTICA NEGATIVA

A primeira alusão ao quadro que mais tarde viria a ser designado RTN ocorreu quando Freud,<sup>1</sup> ao descrever o caso do “Homem dos Lobos”, comentou que seu paciente desenvolvia reações negativas passageiras, que se expressavam sob a forma de uma piora sintomática, sempre que um sucesso no tratamento era alcançado. Abraham<sup>2</sup> também se reportou indiretamente a essa questão quando descreveu um tipo especial de resistência crônica ao tratamento, típica de pacientes com pronunciado narcisismo, “que pode impedir consideravelmente o progresso e inclusive evitar um bom resultado do tratamento”. Esse tipo de pessoa, segundo o autor, tem a tendência de tentar transformar o tratamento em uma oportunidade de alcançar um estado de prazer puro.

A descrição clínica mais completa de uma RTN foi feita por Freud<sup>3</sup> quando afirmou que algumas pessoas

[...] reagem inversamente ao progresso do tratamento. Toda solução parcial, que deveria resultar [...] numa melhoria ou suspensão temporária dos sintomas, produz nelas, por algum tempo, uma exacerbação de suas moléstias; ficam piores durante o tratamento, em vez de ficarem melhores. Exibem o que é conhecido como reação terapêutica negativa.

Com essa assertiva, Freud pôs à mostra aquilo que é, por assim dizer, a marca registrada da RTN: a piora paradoxal. Assim, não é tão difícil observar, em uma psicoterapia que venha evoluindo de forma satisfatória – após uma ou mais sessões em que a dupla terapeuta/paciente trabalhou de maneira eficaz, superando resistências e oportunizando ao paciente ter um *insight* –, o surgimento de uma piora repentina e, aparentemente, desprovida de sentido. O paciente mostra-se regredido, as resistências ficam acirradas, há uma forte oposição ao trabalho psicoterápico e, às vezes, surge até mesmo uma aberta hostilidade com o terapeuta; a compreensão que havia sido alcançada na sessão anterior desaparece como fumaça no ar. Ou seja, como assinala Etchegoyen,<sup>4</sup> na RTN, a tarefa se realiza e o *insight* se consuma, mas sobrevém uma resposta que obscurece os êxitos obtidos. De início, tal situação pode deixar o terapeuta surpreso e se perguntando: o que estaria ocasionando esse retrocesso tão abrupto e inesperado?

A RTN é consequência de múltiplas causas. Freud<sup>3</sup> relacionou essa situação com a culpa decorrente de um superego muito severo.

Cria-se, em decorrência dessa severidade, uma atmosfera pesada de culpa que

fica rondando constantemente o paciente. Seria como se este ouvisse dentro de si, o tempo todo, uma voz dizendo que ele não tem o direito de melhorar. Pouco tempo depois, Freud sugeriu que a RTN também é decorrente de aspectos masoquistas, que se expressam por uma necessidade intensa de castigo. Para Freud, o sadismo do superego e o masoquismo do ego não são excludentes, mas complementares. Como bem lembra Etchegoyen:<sup>4</sup>

[...] a necessidade de castigo é justamente uma forma de defender-se do sentimento de culpa; é para não ter o sentimento de culpa, para não assumi-lo, que a pessoa prefere castigar-se.

Ao publicar *Análise terminável e interminável*, Freud<sup>5</sup> comenta que fenômenos psíquicos como o masoquismo, o sentimento de culpa e a RTN também são expressões de uma força inerente a todo ser vivo, designada pulsão agressiva, derivada da pulsão de morte. O conceito de pulsão de morte desenvolveu-se a partir da teoria da compulsão à repetição, segundo a qual o indivíduo tende a criar repetitivamente situações dolorosas para si mesmo.

Karen Horney<sup>6</sup> enfatizou a ideia de que a RTN só pode ocorrer na vigência de um trabalho interpretativo adequado que tenha produzido *insight* e que a isso se siga um retrocesso, ou seja, uma piora genuinamente paradoxal. A ênfase no caráter contraditório da piora após um *insight* é importante, se levarmos em consideração que toda psicoterapia se desenvolve a partir de avanços e recuos e que nem todo retrocesso é paradoxal ou sinônimo de RTN. Assim, por exemplo, há situações em que o paciente piora simplesmente porque o terapeuta não está podendo compreendê-lo. Nesses casos, observa-se um recuo, só que

ele não terá sido precedido de *insight*, e a piora daí decorrente não será nada disfarçada.

Além disso, Karen Horney afirma que a piora paradoxal própria da RTN também pode se apresentar de uma maneira disfarçada. Nesses casos, após uma sessão produtiva, observa-se apenas a irrupção de sintomas físicos no paciente, como episódios de diarreia, por exemplo. Assim, a piora física aguda encobre a piora psicoterápica de caráter paradoxal.

Joan Rivière,<sup>7</sup> inspirada em um trabalho apresentado por Melanie Klein,<sup>8</sup> postulou que, em pessoas narcisistas, a possibilidade de ingressar na posição depressiva é vivenciada como algo aterrador: uma ameaça de esfacelamento do *self*.

Vista a partir desse ângulo, a RTN também poderia ser compreendida como uma forma de controle do qual o indivíduo lança mão, em um plano inconsciente, para evitar uma catástrofe.

Desse modo, a oposição arrogante em relação ao terapeuta e a negação da melhora psicoterápica (*insight*) alcançada em uma sessão anterior podem ser consideradas instrumentos de defesa contra o surgimento de ansiedades depressivas que o paciente entende como insuportáveis.

Um passo decisivo na compreensão da RTN veio ao se compreender que esse fenômeno poderia estar relacionado à inveja do paciente.<sup>9</sup>

Em função disso, este desvalorizaria a ajuda recebida e atacaria o terapeuta, dizendo, por exemplo, que a interpretação que promoveu *insight* deveria ter sido feita

antes, ou que ela foi muito extensa, ou que foi muito curta, e assim por diante. Para Etchegoyen,<sup>4</sup> as críticas que o paciente faz ao terapeuta durante uma RTN não têm nada de construtivo, pois visam a desvalorizar um trabalho que foi bem feito. Na mesma linha, Rosenfeld<sup>10</sup> propôs que a RTN não teria apenas um cunho defensivo – de evitação da catástrofe depressiva –, como postulara Joan Rivière.<sup>7</sup> Para ele, a RTN seria também uma forma de ataque à capacidade de pensar do terapeuta, o que explicaria a intensa culpa que toma conta do paciente após essas investidas.

A RTN pode conter um importante aspecto comunicativo.<sup>11</sup>

Reações catastróficas como essa podem ser compreendidas como uma forma de o paciente expressar, de maneira codificada, como vivenciou o *insight* obtido na sessão que deu origem à RTN: esse *insight* não seria percebido como um progresso, mas como algo que provoca uma separação abrupta e dolorosa – como se o paciente fosse um bebê que estivesse sendo arrancado violentamente do convívio com a mãe/terapeuta. Seria como se o *insight* revelasse ao paciente que ele não se encontrava em um estado de fusão narcísica com seu terapeuta: fantasiava desfrutar essa condição até o momento em que o terapeuta formulou a interpretação, gerando o *insight* que desvaneceu tal fantasia. Nessas condições, a melhora é percebida como uma ameaça à desejada fusão com a mãe/terapeuta, e o paciente passa, então, ao ataque.

Parece oportuno assinalar a existência de alguns elementos que podem facilitar o diagnóstico diferencial entre esse quadro e

outras vicissitudes do processo, como a resistência incoercível e o *acting out*.

A resistência incoercível é uma manifestação resistencial intensa do paciente, cujo aparecimento súbito pode pegar o terapeuta desprevenido, exatamente como ocorre na RTN. Entretanto, ela não possibilita o *insight* e tampouco pode ser descrita como uma reação paradoxal. Pelo contrário, a emergência desse tipo de resistência no início do tratamento de alguns pacientes mais regressivos torna-se até mesmo previsível. Desse modo, enquanto a resistência incoercível impede a obtenção do *insight*, a RTN obstrui a consolidação do *insight* já alcançado pelo paciente.

O *acting out* – um tipo de ação impulsiva, de caráter mais complexo que uma resistência, que visa a impedir o *insight* – também pode se confundir com a RTN. Isso porque algumas atuações – que se expressam por ações cuja finalidade é a de evitar o *insight* e o contato com ansiedades depressivas intoleráveis – podem até ser acompanhadas do fator surpresa para o terapeuta. No entanto, essa manifestação não apresenta nada de paradoxal, pois não é precedida de nenhuma melhora.

O que se observa é que, durante a atuação, o paciente está apenas agindo no intuito de evitar um *insight* em relação a algum conteúdo interno extremamente doloroso de enfrentar. Nunca é demais lembrar que, para que a RTN se instale, o *terapeuta precisa estar trabalhando bem* – e aí reside o caráter paradoxal da reação: ele deve ter podido interpretar de modo adequado o material inconsciente fornecido pelo paciente, de maneira a propiciar o surgimento de um *insight*.

Não existe uma fórmula preestabelecida para a abordagem de qualquer

ocorrência ao longo de uma psicoterapia, e com a RTN não é diferente. As soluções para as inúmeras dificuldades durante um tratamento só podem ser alcançadas quando a fantasia que está gerando determinado fato clínico torna-se passível de compreensão por parte da dupla paciente/terapeuta. No entanto, algumas medidas de ordem mais geral podem ser úteis, principalmente para os psicoterapeutas que estão se defrontando pela primeira vez com uma RTN.

Em primeiro lugar, é bom ter em mente que a RTN é expressão da injúria narcisista que o trabalho psicoterápico bem-sucedido despertou no paciente.

Ferido no seu narcisismo, ao perceber que precisa da ajuda do terapeuta para progredir, ele reage depreciando de maneira invejosa o trabalho efetuado pela dupla. E aqui se insere uma importante questão de ordem técnica: ao se interpretar a inveja que subjaz a essa reação, é fundamental deixar claro que aquilo que o paciente está invejando, naquele momento, é a capacidade da dupla paciente-terapeuta de trabalhar de maneira criativa, que fica expressa pelo *insight* alcançado. Portanto, quando, equivocadamente, mostramos que a inveja vivenciada pelo paciente se relaciona somente às capacidades do terapeuta, estamos incrementando a sensação de inferioridade do paciente e fomentando a idealização do terapeuta. Gera-se, assim, tamanha desesperança na mente do paciente que ele pode até decidir pela interrupção do tratamento. Seria como se o paciente dissesse para si mesmo: se nem meu terapeuta pode acreditar nas minhas capacidades, por que continuar?

A RTN é uma sofisticada defesa contra ansiedades depressivas que a mente do paciente julga não poder enfrentar, e a conduta hostil que adota, nessas condições, não é, como pode parecer à primeira vista, um ataque à pessoa do terapeuta.

Quando o paciente, durante uma RTN, faz pouco caso das interpretações, está apenas tentando se defender da emergência de ansiedades depressivas que o tratamento traz à tona e as quais ele acredita que culminarão com o esfacelamento do próprio *self*. Se o terapeuta não tiver condições de compreender esse fato, será fácil para ele, mobilizado pelo próprio narcisismo, cair na armadilha de, com arrogância, interpretar a hostilidade do paciente como uma agressão pessoal, aumentando de modo significativo seu sentimento de culpa. Ademais, o paciente poderá fazer uso desse “interpretação” como uma forma de castigo para aliviar a culpa decorrente da fantasia de ter atacado o terapeuta. É fácil imaginar as repercussões daí advindas: um interminável ciclo de ataques/culpa/castigo. Nada parece ser mais nocivo à evolução do tratamento do que o terapeuta supor que sabe

tudo sobre si mesmo e a respeito da pessoa que está sentada à sua frente.

Também é de vital importância que, diante da RTN, se resgate o aspecto comunicativo contido nessa reação.<sup>11</sup> Assim, à medida que se tem acesso aos temores profundos dos quais a pessoa está se defendendo por meio da RTN (p. ex., o medo de perceber-se separado do terapeuta), é adequado dizer algo do tipo: “Você espera que eu compreenda que sua atitude de oposição ao tratamento tem por objetivo evitar, neste momento, o contato com a tristeza que você experimenta ao se imaginar separado de mim”. Com isso, tenta-se dar um significado à resistência do paciente, em vez de simplesmente acusá-lo de não querer melhorar. É importante enfatizar que a resolução da RTN só poderá ser alcançada por meio de adequado trabalho interpretativo da transferência: se o psicoterapeuta não interpretar a situação transferencial que está gerando aquele acontecimento, a psicoterapia irá se encaminhar para uma interrupção ou para uma situação sem fim.

Uma vinheta clínica tentará ilustrar alguns dos aspectos teóricos citados até aqui.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

O paciente Kevin está atravessando com certo êxito um período difícil de sua vida. Em função do progressivo acesso que vem tendo ao seu mundo interno, tem podido resolver de maneira satisfatória algumas dificuldades de relacionamento interpessoal. De repente, após uma sessão em que consegue dar-se conta de que, pela primeira vez, está se permitindo receber ajuda de alguém, desencadeia-se uma inesperada piora. Diz não conseguir pensar em nada durante a sessão, mostrando-se arredo e irritado com o terapeuta, que, aos seus olhos, é o responsável por essa piora. Além disso, passa a apresentar um quadro de diarreia intensa, sem base orgânica. De início, o psicoterapeuta fica perplexo com a situação e, no intuito de investigá-la melhor, acolhe a queixa do paciente e lhe pergunta por que estava pensando daquela maneira. O

(*Continua*)



(Continuação)

paciente diz não ter nenhuma ideia a respeito e fica em silêncio. Ato contínuo, comenta que, quando criança, ficava irritado sempre que alguém o auxiliava em alguma tarefa. Um sentimento de humilhação tomava conta dele nessas ocasiões. O terapeuta, então, intervém: “O fato de perceber que formamos uma dupla criativa e que, em alguns momentos, podemos ter boas ideias que lhe possibilitam compreender melhor o que se passa com você, faz com que também se sinta humilhado”. Segue-se um longo silêncio, após o qual o paciente relata um sonho: “Sonhei que um bebê estava nascendo e que eu e um desconhecido éramos os obstetras. Que sensação legal esta de ajudar alguém a nascer! Eu estava muito contente com tudo aquilo. Só que o parto era delicado, e, em função disso, a criança corria risco de vida. Era muito perigoso: a ruptura do cordão umbilical poderia provocar uma hemorragia na criança, levando-a à morte! Acordei suando e apavorado. Tive que ir ao banheiro, porque estava com diarreia. Não pude entender nada desse sonho”. O terapeuta pôde perceber que, ao relatar seu sonho, o paciente estava dizendo que sua evolução no tratamento trazia alegria. Via-se como um bebê bem cuidado pela dupla paciente-terapeuta, o que dava esperança de poder levar uma vida mais criativa e mais prazerosa. Todavia, também sentia essa transformação como uma ameaça: ficava “borrado de medo” e imaginando que, se continuasse progredindo, o cordão umbilical que nos unia – a psicoterapia – seria cortado, e o que viria a seguir seriam apenas morte e destruição. Na tentativa de não pensar nessa catástrofe, sem que pudesse se dar conta, tentava criar uma situação de litígio com o terapeuta, fantasiando que este estaria promovendo sua piora. Assim, a ideia de que o cordão umbilical pudesse um dia ser cortado ficava afastada de sua mente. Levando em consideração tal entendimento, o trabalho realizado pela dupla paciente-terapeuta permitiu a resolução da RTN em vigência e propiciou o surgimento de ansiedades depressivas intensas que, até então, o paciente não se sentia em condições de enfrentar.

## O IMPASSE

Apesar de sua relevância clínica, o impasse tem sido pouco estudado, tanto em psicanálise quanto em psicoterapia. Em especial nesta última área, os trabalhos que abordam tal questão são praticamente inexistentes. Em função disso, os conhecimentos relacionados ao impasse psicoterápico – tanto do ponto de vista teórico quanto técnico – precisam ser, necessariamente, importados da psicanálise, pelo menos até que se estude melhor sua ocorrência na psicoterapia.

A expressão “impasse” tem sido muitas vezes utilizada de maneira equivocada para designar diferentes situações clínicas.

Assim, por exemplo, é comum ouvir-se de colegas que “um tratamento chegou a um impasse”. Ao examinarmos o pretense impasse, acabamos percebendo que se trata de, por exemplo, uma resistência incoercível, uma RTN, uma série de *acting outs* excessivos, ou até mesmo de uma reversão da perspectiva. Ocorrências como essas, por representarem uma ameaça ao andamento do tratamento e provocarem a sensação de um “beco sem saída”, podem ser diagnosticadas, de forma equivocada, como impasses. É que, às vezes, utilizamos esse vocábulo no seu sentido popular, como se tivesse a mesma conotação do termo técnico. Em função disso, é importante que se conceitue adequadamente o fenômeno.

Pires<sup>12</sup> define impasse como:

[...] um fenômeno que comporta uma detenção insidiosa e duradoura do processo, que implica um cessamento da elaboração, sem que o *setting* apresente alterações visíveis, e que se manifesta sob distintas formas clínicas, com indicadores típicos e cujas origens remontam ao binômio transferência/contratransferência.

O impasse não tem uma apresentação única. Cada autor, a partir do seu ângulo próprio de observação, parece descrever um quadro clínico singular, nem sempre muito claro, mas que, em geral, guarda alguma semelhança com as descrições dos demais autores.

Uma das primeiras descrições clínicas do impasse psicanalítico foi feita por Meltzer,<sup>13</sup> ao abordar uma fase particularmente turbulenta do tratamento que denominou de “umbral da posição depressiva”. Aproximando-se da fase final do tratamento, o paciente é vitimado por um terror paralisante, dando margem ao surgimento de poderosas resistências que impedem a elaboração de ansiedades depressivas próprias do término. Meltzer<sup>14</sup> afirma que, ao atingir o limiar da posição depressiva, o paciente já mostra sinais de ter progredido até um ponto de sofrimento mental mínimo, de modo a poder adaptar-se socialmente, desenvolver sua capacidade de trabalho e relacionar-se sexualmente. No entanto, ainda não estaria apto a desfrutar, com plenitude, de sua potência e criatividade. Seria capaz de assumir comportamento mais adulto, mais livre de entraves, mas persistindo ainda marcado egocentrismo, mesmo que a organização narcisista infantil tenha sofrido importante debilitamento ao longo do tratamento. Com os resultados parciais descritos, o paciente se daria por satisfeito e se inclinaria a encaminhar o término do tratamento. Então,

[...] uma campanha de excepcional vigor se põe em marcha, durante o período de impasse, para terminar a análise em uma atmosfera de idealização mútua.<sup>14</sup>

Meltzer<sup>14</sup> refere que nunca detectou uma situação de impasse no “umbral da posição depressiva” antes do quarto ano de tratamento. Observou ocorrências mais precoces do fenômeno apenas em casos de reanálise, nos quais o impasse poderia até se apresentar no início do novo tratamento, mas como expressão de algo que não havia sido resolvido no anterior.

O quadro clínico do impasse põe à mostra um tratamento que não está progredindo, mas nem o terapeuta, nem o paciente percebem o fato.<sup>15</sup>

O paciente segue associando, e o terapeuta, interpretando; porém, o primeiro, embora aceitando as interpretações, despoja-as de qualquer significado, restando somente palavras sem sentido. Assim, o paciente pode até obter certo conhecimento a respeito de si mesmo, mas sem alcançar algum *insight* genuíno. Nessas condições, permanece arraigado ao seu narcisismo, mobilizando no terapeuta uma contratransferência perturbadora – expressão do narcisismo do próprio terapeuta – que poderia se manifestar, por exemplo, sob a forma de irritação com o paciente. Dessa maneira, o terapeuta ficaria “cego”, e o tratamento tenderia a perpetuar-se.

Maldonado<sup>16</sup> narra uma situação de impasse originada a partir de uma atitude defensiva do paciente, a qual designou como má-fé. Tal má-fé seria expressa, em primeiro lugar, pela ocultação intencional de fatos ou por relatos feitos de uma maneira distorcida, de modo a induzir o terapeuta a interpretar de forma equivocada.

Em segundo, pela deturpação deliberada e sistemática das interpretações. Como a má-fé só pode ser reconhecida, pelo menos de início, a partir de vivências contratransferenciais, sempre acompanhadas de algum grau de incerteza, o terapeuta fica com a sensação de que o processo está indo adiante, quando, na verdade, permanece oculta a necessidade de estabelecer um processo pseudoevolutivo. O tratamento perderia seu sentido de descoberta para adquirir a finalidade de iludir o terapeuta, e, assim, o processo estagnaria. Tal estagnação se expressa por meio de associações do paciente com situações que representam um padrão repetitivo, circular, de algo que parece estar em movimento, mas que retorna sempre para o mesmo lugar, como um carrossel. Cumpre salientar que a má-fé do paciente tem uma conotação apenas defensiva: trata-se de uma tentativa de evitar o aparecimento de ansiedades depressivas vivenciadas como algo aterrorizante. Assim, a má-fé está desvinculada da intenção pura e simples de enganar, da qual toda mentira está impregnada. A vivência contratransferencial, nessa situação, é de frustração, sobrecarga e paralisia. O quadro descrito por Maldonado<sup>16</sup> lembra certa estratégia de xadrez, em que um dos competidores, por sentir-se em desvantagem em relação ao oponente, encaminha suas jogadas de maneira a chegar a um “impasse” e, assim, obter um “empate por afogamento”.

De acordo com Etchegoyen,<sup>17</sup> o melhor indicador de impasse é o fator temporal.

Segundo ele,

[...] a evidência de que as fases se repetem idênticas a si mesmas sem que

se possa confiar mais que o tempo as modifique (elaboração) é o que, a meu ver, melhor denuncia o impasse. Vi reiteradamente que, no curso de determinado ciclo temporal (a sessão, a semana, inclusive o ano), coloca-se um problema que se resolve convincentemente por via interpretativa, para ressurgir intacto ao final do período, e isso permite um diagnóstico bastante seguro, às vezes até presuntivo, de impasse.

O impasse se manifesta de forma insidiosa, até que se torna possível detectar a presença de um pseudoproceto.<sup>18</sup> Esse pseudoproceto se revela por um tratamento estancado, ainda que o paciente siga trazendo material verbal para as sessões. Ocorrem elaborações apenas parciais de alguns conflitos, enquanto outras situações conflitivas mantêm-se inalteradas, protegidas por uma bem estruturada organização defensiva. Em função da melhora apenas parcial de alguns dos setores comprometidos da personalidade, o paciente apresenta um crescimento psíquico desigual; mostra uma melhora sintomática, com diminuição significativa da ansiedade, mas desprovida de *insight*. Diante de tal situação, o terapeuta fica com a sensação de que a melhora não é verdadeira e de que algo não está indo bem. A própria melhora sintomática funciona como algo que encobre o pseudoproceto, dificultando a detecção do impasse. Segundo Maldonado:<sup>18</sup>

[...] no estado de impasse, a repetição é seguida, sem mediação de *insight*, por outra repetição que muda de forma, mas mantém um conteúdo idêntico ou semelhante ao primeiro.

Isso conferiria um caráter meramente formal à mudança, típico de um pseudoproceto.

Maldonado<sup>18</sup> propõe quatro tipos de indicadores do impasse: a) contratransferenciais, b) clínicos, c) processuais e d) representacionais:

- a) Os indicadores contratransferenciais incluem vivências de fadiga, impaciência, fastio e desesperança

[...] que surgem frente à distribuição estática de papéis e funções na situação analítica, que resulta, por sua vez, do fracasso da função interpretativa.<sup>18</sup>

- b) Indicadores clínicos podem prenunciar o surgimento de um impasse: por exemplo, pessoas com episódios de melancolia no passado apresentam tendência a criar situações de impasse durante o tratamento.
- c) Quanto aos indicadores processuais, todo o tratamento tem uma configuração própria, com uma qualidade específica que varia de acordo com suas diferentes etapas. Nas situações de impasse, essas diferenças tendem a desaparecer: todas as fases ficariam iguais, como se fossem uma só. Assim, a uma modificação do enquadre não corresponderiam alterações transitórias do processo, como seria de se esperar.
- d) Em relação aos indicadores representacionais, as perturbações do processo seriam detectadas pelas modificações que se estabelecem no nível da produção de imagens. Nos casos de impasse, haveria uma diminuição quantitativa de imagens visuais mediadas pela verbalização, sugerindo que a capacidade de simbolização do paciente está comprometida. Poderia haver também alterações qualitativas na produção de imagens, expressas pela representação de objetos carentes de mobilidade ou providos de um movimento circular que anula a si mesmo. Em função desse tipo de alteração, um paciente

poderia, por exemplo, contar um sonho sobre uma imagem completamente estática, como em uma fotografia, narrar uma cena em que um carrossel estivesse dando voltas em torno de si mesmo, ou falar sobre máquinas velhas e instrumentos inoperantes que servissem para medir o tempo. Em certos casos, seria possível observar imagens de objetos em movimento, executando um deslocamento pendular ou um movimento vertiginoso (representação pelo oposto). O autor alerta que, com frequência, os pacientes atuam essa situação conduzindo um carro em alta velocidade, na busca desesperada por uma saída da inércia.

Apesar de o impasse apresentar-se sob diferentes formas, parecem existir algumas condições gerais comuns a todos os tipos. Partindo da classificação proposta por Maldonado,<sup>18</sup> com algumas modificações, será feita, a seguir, uma síntese dos principais indicadores de um impasse.

- Do ponto de vista do paciente, há oposição intensa, inconsciente, em relação ao objetivo do tratamento, que pode chegar até ao uso de má-fé, com a finalidade de levar o processo à estagnação. Ainda que haja melhora sintomática, fica à mostra a parte não tratada da organização narcisista infantil, que se expressa pela persistência de marcado egocentrismo. Na história pregressa do paciente, podem ser encontrados sinais de um padrão de funcionamento mental que tende à estagnação. No material das sessões, é possível detectar diminuição quantitativa das imagens visuais (diminuição da capacidade de simbolização) e alteração na qualidade dessas imagens.
- O processo terapêutico se estagna de maneira insidiosa, sem que o paciente

e o terapeuta o percebam. Tal estagnação dificilmente surgirá no começo do tratamento, ocorrendo mais em etapas intermediárias. Durante o impasse, o *setting* se mantém: parece que o paciente está associando e que o terapeuta está interpretando de modo eficaz, porém as associações revelam um padrão circular, repetitivo, com o paciente desvalorizando as interpretações e tornando-as ineficazes. Não há *insight*, ainda que haja melhoras sintomáticas. Cada repetição é seguida, sem a mediação de *insight*, de uma nova repetição, sugerindo a presença de um pseudoproceto, no qual não há elaboração, e as fases do tratamento tendem a ficar isomórficas.

- A percepção do impasse por parte do terapeuta ocorre, no início, de forma apenas indireta, por meio de vivências contratransferenciais de enfado, frustração, sobrecarga, paralisia, irritação e desesperança em relação ao futuro do tratamento.

Existem inúmeros fatores envolvidos na gênese de um impasse. Reich<sup>19</sup> parece ter sido o primeiro a assinalar a participação ativa do terapeuta em situações de não compreensão, como acontece no impasse, relacionando essas ocorrências ao narcisismo do terapeuta.

Quando se produz o *insight* e o paciente se movimenta no sentido da integração, cria-se, ao mesmo tempo, um campo fértil para o surgimento da inveja.<sup>9</sup> O paciente tende, então, a adotar uma atitude de rivalidade com o terapeuta, e o processo se paralisa. Na fantasia, por inveja, o paciente se apossa vorazmente das boas qualidades do terapeuta e passa a recusar sua ajuda. Em função disso, começa a sentir-se ameaçado internamente por um terapeuta ressentido, desejoso de vingança. A possibilidade de contatar essa parte invejosa da

personalidade incrementa, no paciente, a desconfiança em relação a sua capacidade amorosa, aumentando a inveja do terapeuta e estabelecendo um círculo vicioso. Ainda que, nesse trabalho, Melanie Klein estivesse se referindo à reação terapêutica negativa, e não ao impasse propriamente dito, sua contribuição é importante, uma vez que destaca a participação da inveja nos casos de obstaculização do processo.

O impasse é um acontecimento que engloba a dupla paciente-terapeuta.

Com isso, na busca do entendimento desse quadro, é fundamental levar-se em consideração tanto a transferência quanto a contratransferência. Por razões de ordem didática, alguns autores chegam a estudar em separado a participação do paciente e a do terapeuta no impasse, mas sempre reconhecendo que se trata de uma situação que envolve a díade. Assim, por exemplo, Mostardeiro e colaboradores,<sup>15</sup> entre os fatores do paciente, destacam a fragilidade de:

[...] um ego com identificações pobres, relacionando-se predominantemente com objetos parciais e utilizando identificações projetivas maciças e onipotentes, dissociação e *splitting*. A percepção da realidade é pobre e a capacidade de síntese do ego está gravemente lesada.

Além disso, nesse tipo de paciente, detecta-se também um superego rígido, com um padrão de funcionamento predominantemente sádico.

O principal elemento responsável pelo estabelecimento de um impasse está relacionado ao narcisismo.

Esse tipo de paciente, em função do seu marcado narcisismo, desenvolve uma intensa resistência originada na inveja e em uma atitude superior onipotente, em que são negadas a necessidade de depender e as ansiedades a ela relacionadas.<sup>15</sup> São indivíduos que almejavam do tratamento gratificações narcisistas, sustentadas em bases ilusórias, por não apresentarem um desejo genuíno de autoconhecimento. Com esse *self* ilusório promovendo gratificações narcisistas consideráveis, o indivíduo fica apegado a sua doença, na luta pela manutenção do *status quo* enganoso, mas gratificante. É em função disso que, durante um impasse, as interpretações despertam no paciente intensa oposição, a ponto de ele, por meio de distorções grosseiras, desqualificar a ajuda recebida.

Quanto à participação do terapeuta nas situações de impasse, Mostardeiro e colaboradores<sup>15</sup> comentam que, entre as situações que mais mobilizam uma resposta negativa do terapeuta, destaca-se a falta de sinceridade do paciente, porque representa um ataque violento ao narcisismo do terapeuta, a ponto de este ficar sem poder compreender o que está se passando na sessão.

Outra situação capaz de potencializar um impasse é o terapeuta se deixar envolver pela idealização do paciente. O tratamento passaria a ter conotação de uma intensa disputa a dois, matizada pelo uso maciço de identificações projetivas de ambas as partes. Um posicionamento teórico radical do terapeuta diante das situações trazidas pelo paciente (como, por exemplo, reconhecer e interpretar apenas a agressão no material das sessões) também pode representar um forte estímulo ao surgimento do impasse. Em uma situação como essa, é bem provável que esteja em ação o narcisismo do terapeuta, expresso por uma atitude defensiva onipotente.

Ao discorrerem sobre o papel da contratransferência no impasse, Giovacchini e Boyer<sup>20</sup> lembram que, quando o terapeuta passa a agir em consonância com o que o paciente projetou dentro dele, um papel que corresponde a uma necessidade primitiva do paciente, fica impossibilitado de compreender o que está ocorrendo. Seguindo linha semelhante, Vollmer Filho<sup>21</sup> sugere:

Quando o analista [...] não se sente capaz de receber e tolerar a angústia, isto é, a dor contida nas identificações projetivas do paciente, sua reação pode ser de rechaço ao projetado, vivenciando, por contraidentificação, a comunicação do paciente de forma persecutória. Além disso, ao rechaçar a comunicação do paciente, também bloqueia sua própria capacidade de pensar sobre o que está lhe transmitindo, fazendo prevalecer, sobre o entendimento da dor, o desejo de livrar-se dela.

Uma vez invadido pela angústia, a capacidade do terapeuta de pensar torna-se comprometida, podendo, inclusive, induzi-lo a ações impulsivas. Assim, o paciente fica impedido de obter *insight*, não há elaboração, e o processo tende à estagnação. Meltzer<sup>14</sup> enfatiza que, no impasse no umbral da posição depressiva, há intenso uso da identificação projetiva por parte do paciente, o que tem por objetivo evitar o contato com ansiedades depressivas e, como consequência, o empobrecimento do *self*. A propósito, Rosenfeld<sup>22</sup> entende ser fundamental a compreensão do uso intenso da identificação projetiva para manter o funcionamento terapêutico e, desse modo, evitar dificuldades na transferência e na contratransferência potencialmente geradoras de um impasse.

No impasse, a identificação projetiva tem uma característica predominate-

mente expulsiva e não comunicativa. Seu objetivo é o de livrar-se de pensamentos e sentimentos insuportáveis. Permeada pela onipotência do pensamento, a identificação projetiva maciça confere um caráter de concretude ao processo mental, a capacidade de simbolização fica danificada, e borram-se os limites entre realidade e fantasia. O pensamento verbal e o abstrato ficam comprometidos, prejudicando a comunicação entre paciente e terapeuta. Via identificação projetiva, o paciente imagina-se vivendo dentro da mente do terapeuta e passa a atribuir a si mesmo qualquer aquisição de novos conhecimentos e a atacar as interpretações recebidas. Tal situação decorre da inveja do paciente à capacidade criativa do terapeuta, deixando à mostra a base narcisista que permeia as situações de impasse. Ainda de acordo com Rosenfeld,<sup>22</sup>

Muitos pacientes (e, na contratransferência, também o analista) consideram insana e ilógica a violenta inveja dirigida contra os aspectos bons do analista. A parte sadia do paciente (e talvez a do analista) considera intoleráveis e inaceitáveis essas reações invejosas. São criadas, então, defesas contra essa inveja primitiva. Uma delas relaciona-se à cisão e à projeção da parte invejosa do *self* para dentro de um objeto externo, que se torna então a parte invejosa do paciente.

Caso o terapeuta acompanhe, sem se dar conta, esse movimento projetivo do paciente, no intuito de livrar-se dos incômodos aspectos nele projetados (a agressão invejosa, por exemplo), o trabalho da dupla ficará gravemente comprometido. Da parte do paciente, a identificação projetiva maciça incrementa as ansiedades persecutórias e a culpa pelos ataques perpetrados na fantasia. Culpado, ele passa a temer que suas projeções tenham danificado a capa-

cidade de pensar do terapeuta, sentindo-se responsável pela estagnação do tratamento. O terapeuta tem sua capacidade de pensar prejudicada, podendo, inclusive, acusar-se, masoquisticamente, pelo possível fracasso do tratamento.

Estabelece-se um círculo vicioso, no qual cada um dos componentes da díade realimenta atitudes defensivas no outro. Paciente e terapeuta ficam impedidos de detectar o que está ocorrendo, não há *insight* nem elaboração, ainda que o *setting*, aparentemente, esteja preservado.

Maldonado,<sup>23</sup> ao examinar a participação do terapeuta no impasse, descreve um *compromisso contratransferencial*. Diferentemente da vivência contratransferencial (como fadiga, impaciência, desesperança), o compromisso contratransferencial – fruto da distribuição estática dos papéis no impasse – implica uma identificação duradoura do terapeuta com o padrão defensivo do paciente, com vistas à manutenção de um estado narcisista da dupla. Assim, o terapeuta, sem perceber, pode aceitar material desprovido de significado simbólico, estimulando o estabelecimento de um diálogo vazio, de função meramente resistencial, que se presta à manutenção do impasse.

Kantrowitz<sup>24</sup> alerta sobre a importância do entendimento dinâmico do impasse durante o tratamento. Comenta a autora:

Quando o impasse não é superado e o tratamento é interrompido, poderemos revisar retrospectivamente nosso trabalho e tentar aprender com isso, mas nossas conclusões permanecerão especulativas. Mesmo que nossas teorias sejam plausíveis, precisamos da confirmação do paciente e do levan-

tamento do impasse para estabelecer a sua validade.

Essa recomendação parece oportuna, pois uma compreensão posterior de um impasse não resolvido pode estar contaminada por aspectos do terapeuta aos quais ele não teve acesso, nem durante, nem após o impasse, o que confere ao seu entendimento um cunho especulativo e defensivo.

De acordo com Etchegoyen,<sup>4</sup> os mecanismos de defesa são “técnicas do ego”, enquanto as “estratégias do ego” são formas mais complexas e globais das quais o paciente lança mão para impedir o desenvolvimento do tratamento. As estratégias do ego são o *acting out*, a reação terapêutica negativa e a reversão da perspectiva, que têm como objetivo comum impedir o desenvolvimento do processo.

Nos casos em que as estratégias defensivas do ego não são adequadamente tratadas, pode surgir um impasse.

O fato de essas estratégias levarem o tratamento a um impasse possibilita confundir as causas determinantes do impasse com o impasse propriamente. Daí a necessidade de se estabelecer o diagnóstico diferencial entre impasse e tais estratégias.

O *acting out* é uma estratégia do ego fundada no desejo inconsciente do paciente de atacar a tarefa a que se destina a dupla e que se expressa por ações com a finalidade de evitar o *insight* e o contato com angústias depressivas tidas como intoleráveis.

O *acting out*, isoladamente, não conduz ao impasse, a não ser nos casos de *acting outs* crônicos.<sup>17</sup>

É apenas quando se mobiliza insidiosamente contra angústias depressivas e se torna menos violento e mais per-

tinaz e astuto que o *acting out* conduz ao impasse.

O *acting out* crônico tende a evoluir para a interrupção brusca do tratamento. Da mesma forma, casos de *acting outs* intensos, nas fases iniciais do tratamento, tendem à interrupção, e não ao impasse. O *acting out* impede o *insight*, podendo fazer cessar, temporariamente, a elaboração, à semelhança do impasse. A partir daí, os dois fenômenos podem ser confundidos. No entanto, o *acting out* é, em geral, episódico, não levando, obrigatoriamente, à estagnação do processo, além de poder ser detectado com alguma facilidade pelo terapeuta, ao contrário do que se observa em um impasse. De mais a mais, as origens do *acting out* não remontam, necessariamente, ao binômio transferência/contratransferência, como ocorre no impasse, exceção feita aos casos em que o *acting out* é estimulado pelo terapeuta em função de um distúrbio da contratransferência.

A RTN pode ser confundida com o impasse com maior frequência do que com o *acting out*.

Na RTN, não chega a haver um impedimento imediato ao surgimento de *insight*, como ocorre no impasse. No entanto, uma vez havendo o *insight*, este acaba não se consolidando, o que pode dar a impressão de nunca ter acontecido. Por desconhecimento teórico-técnico, essa não consolidação do *insight*, típica da RTN, pode ser confundida com a impossibilidade de aquisição de *insight*, própria do impasse. Ao não se diagnosticar e tratar uma RTN em curso, o terapeuta acaba colaborando para a cronificação da situação, tornando-a propensa a um impasse. A pioneira publicação a apontar a diferença entre RTN e

impasse foi feita por Mostardeiro e colaboradores,<sup>15</sup> ao afirmarem:

O elemento que [...] caracteriza a RTN, além da gravidade da resistência, é a “resposta paradoxal”. Isto a distingue [...] do impasse psicanalítico.

Etchegoyen<sup>17</sup> alerta que uma das razões pelas quais a RTN pode ser confundida com o impasse é o fato de despertar no terapeuta “um sentimento peculiar de aborrecimento, decepção e fatalismo que Cesio, em 1960, definiu como *letargo*”. No entanto, na RTN, não há diminuição quantitativa das imagens visuais e nem se observa alteração na qualidade delas; o *setting* mostra-se visivelmente alterado, pois o paciente reluta em cumprir sua parte no tratamento, enquanto, no impasse, essa alteração é quase imperceptível.

O uso impreciso de conceitos é mais frequente do que o desejável, o que se repete quanto ao impasse, potencializando a confusão entre situações clínicas distintas, como impasse e RTN. O termo *acting out* também já foi usado com diferentes conotações: para designar um ato sintomático, como expressão da compulsão à repetição, como forma especial de transferência e como um ataque à tarefa terapêutica.

A *reversão da perspectiva* é um conceito introduzido por Bion,<sup>25</sup> que postula a existência de um padrão psicótico de funcionamento mental, no qual o paciente reverte a perspectiva do tratamento, tentando torná-lo uma situação estática. De acordo com Etchegoyen:<sup>4</sup>

A reversão da perspectiva consiste, por definição, em que o sujeito venha a se analisar não para conhecer a si mesmo, se curar, crescer ou resolver seus problemas, mas com uma ideia distinta, que até pode ser a de demonstrar ao analista que não necessi-

ta de análise. Quer impor suas premissas e desconhecer as do outro, em um desdobramento descomunal do narcisismo.

Nessa situação, no plano manifesto, o paciente mostra-se aliado ao terapeuta, desejando se tratar. No plano latente, expressa franca oposição à finalidade do tratamento. Em função do desacordo latente, as interpretações são distorcidas pelo paciente, de maneira a comprovar suas velhas e imutáveis teorias. Por serem inconscientes, o paciente não tem acesso a essas teorias e, assim, não pode explicitá-las. Tal padrão mental é incompatível com o *insight*, porque, como refere Etchegoyen:<sup>4</sup>

A reversão da perspectiva é [...] um mecanismo psicótico que me impede de trocar e reverter meu ponto de vista para o dos outros.

Há uma expectativa do paciente de manter uma imagem idealizada de si mesmo, que se choca com a perspectiva mais realista que o tratamento pode propiciar. É nesse contexto que se instala a reversão da perspectiva. Quando o terapeuta compartilha do ideal narcisista do paciente, a reversão da perspectiva tende a se cronificar, e o campo torna-se propício ao desenvolvimento de um impasse.

O quadro clínico da reversão da perspectiva lembra o impasse decorrente de má-fé.<sup>16</sup> Em ambos, não há *insight*, e, como consequência, não há elaboração; o processo parece estagnado, e o *setting*, aparentemente, se mantém. No entanto, na reversão da perspectiva, distinto do que ocorre no impasse por má-fé, não chega a haver uma verdadeira estagnação do processo, uma vez que, desde o início, o paciente procura o terapeuta com uma perspectiva que imediatamente se choca com o objetivo de se tratar. O princípio básico que norteia a

reversão da perspectiva é o de tornar estático o tratamento, desde o seu começo, no intuito de evitar o sofrimento. De qualquer modo, os indicadores representacionais de impasse não estão presentes na reversão da perspectiva.

Os quadros clínicos descritos podem ser diferenciados das situações de impasse, desde que o terapeuta tenha uma noção mais clara das peculiaridades de cada um deles. A confusão entre os distintos fenômenos está relacionada ao fato de que todos, cada um à sua maneira, interferem nos processos de *insight* e de elaboração, à semelhança do que ocorre no impasse. E o fato de esses quadros poderem desembocar em um impasse serve para aumentar essa confusão.

Como são inúmeros os fatores implicados na gênese do impasse, existem muitas formas de abordá-lo, cada uma delas ligada a uma compreensão dinâmica específica à dupla paciente-terapeuta. Assim, a afirmação de Heráclito, citada por García Bacca,<sup>26</sup> de que não há maneira de banhar-se duas vezes na mesma corrente de um rio, pode ser aplicada ao impasse.

Cada situação de impasse é única para cada dupla paciente-terapeuta, jamais sendo reproduzida em sua totalidade por outros pares.

Diante de um impasse, algumas recomendações de ordem geral podem ser úteis. Mostardeiro e colaboradores<sup>15</sup> propõem que o terapeuta concentre seus esforços no exame dos traços caracterológicos narcisistas do paciente. Moura Ferrão<sup>27</sup> preconiza uma postura neutra do terapeuta, não impregnada do desejo de curar. Giovacchini e Boyer<sup>20</sup> sugerem atenção especial ao significado das reações conscientes e inconscientes do terapeuta ao paciente.

Etchegoyen<sup>17</sup> alerta sobre um correto diagnóstico clínico de impasse. Entende que isso pode ser feito, com maior tranquilidade, após as sessões, uma vez que, durante elas, é muito difícil alcançar uma visão mais crítica do que está ocorrendo. Kantrowitz<sup>24</sup> afirma que somente depois da superação do impasse é que o terapeuta terá melhores condições de entender os fatores dinâmicos envolvidos.

Destaca-se, assim, a necessidade de o terapeuta ter algum distanciamento crítico em relação ao que está ocorrendo na relação da dupla, para que viabilize uma compreensão mais abrangente do impasse. Aliás, esse é um motivo razoável para que o terapeuta, nessas situações, procure supervisão. Como o supervisor não está diretamente envolvido no impasse, ele poderá ter melhores condições de auxiliar a alcançar a necessária visão crítica do que está ocorrendo no tratamento. Levy<sup>28</sup> comenta que:

[...] com a ajuda do supervisor, que utiliza a sua própria vivência contra-transferencial, a situação de supervisão pode tornar-se uma experiência de aprendizado importante, no que se refere à contratransferência e a suas consequências.

Para Meltzer,<sup>14</sup> todos os casos de impasse mereceriam ser supervisionados, objetivando a prevenção de atitudes desastrosas por parte do terapeuta que podem causar danos ao paciente.

Na vigência de um impasse, há quem recomende marcar uma data para interromper o tratamento.<sup>14</sup>

Essa controversa recomendação estimula questionamentos. Será que tal pro-

cedimento não estaria mais relacionado à mobilização do narcisismo do terapeuta, necessitado de mostrar ao paciente quem é que detém o poder? Adiantaria explicar ao paciente assustado, momentos após o terapeuta ter combinado a interrupção do tratamento, que ele, terapeuta, continua motivado a seguir adiante com o tratamento? Seria aconselhável impor ao paciente medidas que objetivam conter seu sofrimento mental? Fosse ele capaz de fazer isso, já não seria o momento de começar a trabalhar sua alta, sem ameaças de interrupção? Até que ponto o terapeuta poderia ter certeza de que o tratamento não iria adiante, caso optasse por manter o *setting* original? A supervisão do caso não poderia ser útil para a preservação do *setting*? Em defesa de, pelo menos, parte dessa ideia, é preciso lembrar que uma interrupção é sempre mais ética do que a manutenção de um tratamento interminável, pois esta última configura uma espoliação emocional e econômica do paciente por parte do terapeuta.

Maldonado<sup>18</sup> destaca a necessidade de se fazer a abordagem do impasse sempre do ponto de vista da dupla paciente-terapeuta. Para ele,

Quando a detenção do processo ocorre e não é percebida e [...] a patologia da contratransferência invadiu a situação analítica, as identidades individuais se perdem. Assim, as manifestações do conflito deverão ser buscadas em ambos os integrantes, posto que a “melhora” de um de seus membros [o paciente] tem lugar em função do efeito deletério que recai sobre o outro [o terapeuta].

Kantrowitz<sup>24</sup> enfatiza a necessidade de se ficar atento às ocorrências na transferência/contratransferência durante o impasse, o que requer do terapeuta um exame

cuidadoso da maneira como ele está intervindo, com o fim de detectar similaridades de conflitos entre paciente e terapeuta.

Ferro<sup>29</sup> recomenda uma atitude flexível, que permita ao terapeuta ser “capturado” pela fantasia que está em ação no campo.

A capacidade do terapeuta de modular a interpretação é fundamental para a superação do impasse. Um dos problemas técnicos do impasse é o diálogo aparentemente produtivo, estabelecido pela dupla, mas desprovido de uma verdadeira vivência emocional do que está sendo falado. A retomada da capacidade de pensar essas ansiedades – que estariam cindidas, fora do campo – propiciaria à dupla a saída do impasse.<sup>29</sup>

É fundamental a maneira como o terapeuta escuta o paciente, principalmente no que se refere às nuances, tanto da forma quanto do conteúdo, das suas comunicações. São essas delicadas diferenças nas manifestações do paciente que fornecem pistas para o entendimento do impasse e o conseqüente restabelecimento do processo.<sup>30</sup> Como os conteúdos não verbais muitas vezes predominam no impasse, valorizar as formas de comunicação não verbal do paciente é uma medida útil para facilitar o surgimento de novas associações.<sup>31</sup>

Pacientes narcisistas, dotados de severa autocrítica e cujo tratamento evoluiu para um impasse tendem a ouvir o que lhes é dito como acusação, inibindo a participação do terapeuta. Só se pode resolver esse dilema

[...] se, em vez de focar [as intervenções] no aspecto defensivo do comportamento do paciente, o analista desviar

sua atenção para a função adaptativa desse comportamento; [só assim] o paciente sentir-se-á compreendido e não criticado.<sup>32</sup>

Diante de medidas empáticas, o paciente pode atenuar a sensação de humilhação decorrente das “interpretações/críticas” do terapeuta e, aos poucos, se permitir examinar aspectos de sua personalidade até então defendidos.

Todavia, nem sempre a medida é bem-sucedida. Às vezes,

[...] a despeito de um prolongado período de resposta empática [por parte do terapeuta], o paciente não assume [como sendo realmente seus] afetos, pensamentos, fantasias e ações que lhe pertencem.<sup>32</sup>

Um dos riscos dessa abordagem é a dupla deixar-se seduzir pelo alívio da pressão transferencial/contratransferencial que tal medida gera e, de forma defensiva, passar a adotá-la em caráter permanente. Assim, o diálogo apenas empático substitui o diálogo realmente produtivo, mantendo o tratamento em um clima superficial e confortável para ambos.

Ainda que um impasse mobilize sofrimento também no terapeuta, a dor psíquica que vitima o paciente é incomparável. Assim, em uma situação desse tipo, cabe sempre ao terapeuta a responsabilidade de buscar estratégias adequadas, no intuito de aliviar essa dor.

O material clínico que se segue ilustra alguns aspectos teóricos relacionados ao impasse.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2

Mário, um homem com cerca de 40 anos, procurou atendimento por um quadro de sofrimento difuso. Era uma pessoa solitária, em função da maneira desconfiada e agressiva com que se relacionava. Abusava dos sarcasmos e pautava sua conduta por um desprezo ostensivo com quem convivia. Obtinha poucas gratificações no exercício da profissão e raramente se permitia gozar um momento de folga. Bastante exigente, ressentia-se por nunca ter estabelecido uma relação afetiva mais duradoura com uma mulher. Tinha uma relação idealizada com o pai, que falecera quando o paciente tinha 5 anos. Com a mãe, mantinha um padrão de relacionamento estigmatizado por intenso ódio. Porque a mãe tivera uma prole numerosa, Mário só se referia a ela como “a porca”, pois “só uma porca poderia ter tantos filhos assim”. De acordo com o relato do paciente, a mãe tivera um episódio depressivo grave após a morte do esposo.

O tratamento de Mário seguiu um curso difícil, desde o início. Aos poucos, começou a estabelecer-se um clima transferencial/contratransferencial pesado. O paciente repelia qualquer possibilidade de aproximação mais efetiva, projetando, maciçamente, qualquer aspecto seu com o qual temesse tomar contato. Fazia pouco caso das interpretações e dizia não tolerar o fato de alguém ajudá-lo. Afirmava que a postura do terapeuta era cínica e interesseira. Para ele, o psicoterapeuta não passava de uma “porca”, pois este deveria ter muitos outros pacientes/filhos a quem dedicaria mais genuína atenção. Sem perceber, Mário convidava o terapeuta a repetir com ele uma relação do tipo sadomasoquista, nos mesmos moldes que mantinha com

(*Continua*)

*(Continuação)*

a mãe e com suas namoradas. Após insistentes ataques ao terapeuta, durante as sessões, sentia-se culpado e dizia não entender como é que este não lhe respondia na mesma moeda. Ao lhe ser mostrada a onipotência que conferia a tais investidas, aliviava-se por perceber o terapeuta inteiro e ativo. Algum tempo depois, novas tentativas eram feitas no sentido de retomar o antigo padrão de relacionamento.

A esse quadro subjazia uma visível dificuldade do paciente de tomar contato com ansiedades depressivas. Um exemplo disso era o fato de qualquer situação que lembrasse a perda do pai ser vigorosamente rechaçada, em um clima francamente persecutório.

A certa altura do tratamento, começou a brotar na mente do terapeuta uma sensação de estranheza. Parecia haver alguma coisa que não estava compreendendo, sem que soubesse o quê. Chamava a atenção que o paciente não falava sobre sua infância e que apenas raramente contava um sonho. Por algumas vezes, a situação chegou a ser discutida com um colega. Mas, pelo menos aparentemente, o tratamento estava indo razoavelmente bem: o paciente parecia associar livremente; dava alguns sinais de estar começando a questionar sua participação ativa nas situações de litígio que criava, inclusive com o terapeuta, na transferência; mostrava algumas melhoras no relacionamento pessoal, a ponto de poder fazer alguns amigos; parecia estar desenvolvendo a capacidade de certo acesso, ainda que incipiente, ao seu padrão eminentemente projetivo de pensar e se permitia breves momentos de lazer. O terapeuta concluiu, então, que o que cabia, naquele momento, era ser continente àquela sensação de estranheza até que algum fato novo surgisse e desse significado ao que era percebido como estranho.

Aos poucos, o terapeuta passou a sentir-se fatigado, sobrecarregado, com enfado e com certo grau de impaciência. Algumas vezes, chegou a se surpreender interpretando em um tom áspero, o que lhe mobilizava culpa e dificuldade de pensar. Em outras oportunidades, percebia-se aliviado quando, por alguma razão, Mário dizia que não poderia comparecer à sessão.

O paciente começava a mostrar-se repetitivo, fazendo longos silêncios; quando falava, as palavras soavam como desprovidas de valor simbólico. O terapeuta também estava sendo pouco criativo em suas intervenções. Às vezes, parecia até que podia antecipar o que seria dito, de ambas as partes, durante as sessões. Apesar do esforço para compreender o que estava se passando, uma desesperança em relação ao futuro do tratamento começou a fustigar o terapeuta. Em alguns momentos, chegava a duvidar se teria capacidade para prosseguir com a tarefa. Voltou a discutir essa situação com seu colega, e a possibilidade de estar diante de um impasse passou, então, a ser cogitada.

Foi nessa época que o paciente, ao fim de uma sessão, relatou o seguinte sonho: “Eu estava em um enorme silo para armazenagem de grãos. Era uma cena sem movimento, como se fosse uma fotografia. O silo estava repleto de merda e mijo e eu estava completamente parado no meio daquilo, só com a cabeça do lado de fora. Você também estava parado lá, em uma borda no alto do silo, bem na frente de uma porta que dava entrada para ele. Você me olhava atônito, preocupado, triste, e, apesar de estar com muito medo, eu me divertia com a expressão do teu rosto”. Enquanto Mário falava em um estado de exaltação, o terapeuta detectou em si mesmo um misto de tristeza, desalento e repulsa pelo que ouvia.

Mais tarde, fora da sessão, ao refletir sobre o sonho de Mário, algumas ideias começaram a se organizar na mente do terapeuta. Os indicadores de um impasse já eram evidentes há algum tempo, mas agora podia percebê-los de uma maneira mais integrada. Ele já havia constatado a estagnação do processo e relacionava esse estancamento ao surgimento de resistências decorrentes da abordagem dos aspectos narcisistas do paciente, o que, por sua vez, nele mobilizavam o anseio narcísico de curá-lo, perturbando so-

*(Continua)*



## (Continuação)

bre maneira a contratransferência. Pudera perceber o rígido padrão projetivo de funcionamento do paciente, assim como a inveja que tomava conta quando percebia a disponibilidade do terapeuta em ajudá-lo. Tudo isso exigia do terapeuta um trabalho desgastante e, ao mesmo tempo, contribuía de forma decisiva para o estancamento do processo. O tratamento, insidiosamente, tornara-se repetitivo, e cada sessão era quase uma cópia da anterior, pondo à mostra a ausência de *insights* e o cessamento da elaboração. O terapeuta não havia ainda se dado conta, a não ser por certo desconforto contratransferencial, de que apenas as formalidades do tratamento estavam sendo cumpridas: o paciente associava, mas seguindo um padrão circular, e o terapeuta interpretava, só que de uma maneira pouco criativa. Assim, o *setting* parecia estar preservado. O comprometimento contratransferencial residia no fato de o terapeuta aceitar o discurso vazio de Mário e validar suas comunicações por meio de pseudointerpretações. Para complicar esse quadro, o paciente apresentava melhoras sintomáticas, que mascaravam o pseudoproceto que se instalara. Aos poucos, o terapeuta pôde perceber que a oposição intensa e sistemática do paciente não era apenas uma estratégia defensiva, mas uma manifestação clínica já sugestiva de impasse.

Foi o sonho de Mário que possibilitou a síntese necessária para o estabelecimento do diagnóstico clínico de impasse. A alteração qualitativa das imagens visuais presentes no referido sonho (a cena estática, com os protagonistas imóveis, como em uma fotografia) fez o terapeuta poder integrar os sinais já existentes de impasse, que permaneciam dissociados, tanto na sua mente quanto na do paciente.

Na sessão seguinte, o paciente, em um tom de triunfo, perguntou se o terapeuta havia pensado a respeito do sonho que lhe contara. Em resposta, o terapeuta disse que, ao fazer essa indagação, o paciente estava também assinalando sua preocupação em poder compreender o conteúdo desse sonho e que, por isso, voltara a mencioná-lo no início da sessão. Lentamente, foi-se esclarecendo a situação de estagnação do tratamento denunciada no sonho. Em um primeiro momento, o terapeuta ocupou-se em examinar apenas a faceta do conteúdo onírico relativa à denúncia de um impasse que soterrava o trabalho da dupla, entendendo a expressão “só minha cabeça ficava de fora” (do monte de fezes e urina) como um apelo dramático do paciente para que o auxiliasse a pensar aquela situação. No intuito de resgatar o desejo do paciente de compreender o que se passava em seu mundo interno, o terapeuta não se ateu aos aspectos agressivos contidos no sonho (os ataques anais e uretrais, representados pelas fezes e urina que inundavam o silo/*setting*, assim como o gozo sádico que obtinha com a paralisação do processo, simbolizado pelo prazer em ver o terapeuta atônito, preocupado e triste com o que acontecia). Na vigência do impasse, o desejo de compreender, de parte do paciente, ficava projetado no terapeuta: enquanto este se debatia com a necessidade de entender o que estava ocorrendo, Mário divertia-se com essa preocupação.

Mais adiante, à medida que o paciente foi sinalizando crescente disposição para compreender seu mundo interno, permitindo-se sentir curiosidade em relação a si mesmo, tornou-se possível examinar alguns aspectos agressivos contidos no sonho. De início, Mário parecia estar vivenciando as interpretações como se o terapeuta estivesse se queixando de sua agressividade. Um clima persecutório dominava as sessões. O paciente se questionava se o terapeuta sobreviveria a tantos e tão onipotentes ataques, e, de sua parte, o terapeuta se indagava se teria ou não a habilidade necessária para sair do impasse. Enquanto trabalhavam, foram se tranquilizando, paulatinamente, em relação às suas capacidades reparatórias. O tratamento parecia dar alguns sinais de movimento. No entanto, a sensação de estranheza do terapeuta, de que havia algo que não estava compreendendo, voltou a se manifestar. Sem impedir que sua atenção permanecesse flutuante, o terapeuta decidiu apenas aguardar o surgimento de algum fato que desse significado ao que sentia.

(Continua)

*(Continuação)*

Em uma sessão, não muito depois, o paciente mostrava-se irritado e repelia qualquer tentativa de aproximação por parte do terapeuta. Este manteve uma postura expectante. Mário disse, então, bastante ansioso: “Preciso contar uma coisa sobre a qual nunca falei”. Seguiu-se um longo silêncio, interrompido pelo terapeuta, que disse a Mário que, pela maneira como falava, parecia que algo assustador tinha lhe vindo à mente naquele momento. O paciente irrompeu em um choro convulsivo, entrecortado apenas por algumas palavras incompreensíveis. Aos poucos, começou a recuperar-se da explosão afetiva e contou que, após a morte do pai, a mãe, por sentir-se muito sozinha, havia posto o filho a dormir com ela em sua cama. Em um clima no qual se misturavam profunda tristeza e rancor, relatou que, quando iam para a cama dormir, a mãe, sob o pretexto de aquecê-lo, enlaçava suas pernas nas do menino e masturbava-se até atingir um orgasmo. Essa condição de abuso perdurou por quase um ano, quando Mário conseguiu dar um fim à situação.

Até então, o paciente jamais havia-se permitido falar sobre esse assunto com alguém. Contou que, sempre que essas lembranças lhe vinham à mente, tratava de “apagá-las” o mais rápido que pudesse. Ao não falar sobre esse acontecimento, ficava com a sensação de que nada havia ocorrido. O terapeuta disse, então, que Mário estava podendo percebê-lo como alguém mais confiável, a ponto de poder relatar-lhe sua dolorosa experiência. Disse, ainda, que achava que o fato de ter acolhido o alerta dado pelo paciente de que o tratamento estagnara havia permitido a Mário renovar a confiança no terapeuta. O paciente apenas assentiu a isso com um movimento da cabeça.

A partir daí, foi possível compreender, retrospectivamente, que Mário vinha se conduzindo de maneira a estagnar o tratamento para testar o terapeuta. Em função do abuso na infância, havia perdido a confiança em seus objetos internos e externos e precisava, desesperadamente, testar a confiabilidade do terapeuta. Caso este se acomodasse ao estancamento e mantivesse o tratamento em um clima burocrático, os temores do paciente de estar diante de um terapeuta/mãe pouco confiável ficariam confirmados. Em oposição, se o terapeuta se recusasse a aceitar passivamente o impasse, acolhendo a denúncia da estagnação do processo e se dispondo a discutir abertamente o assunto, talvez pudesse ser visto como um terapeuta/mãe digno de confiança.

A dolorosa revelação de Mário acabou por dissipar no terapeuta a sensação de estranheza. Voltando no tempo, era possível agora entender melhor por que Mário precisava ver a mãe como uma porca e por que, na transferência, o terapeuta também era percebido como tal. À medida que o tratamento se aprofundava e se estreitava o contato afetivo da dupla, o paciente passava a vivenciar as intervenções como uma intrusão indevida do terapeuta em seu mundo interno, em um clima francamente persecutório. Para ele, era como se estivesse sendo, de novo, abusado pela mãe. Assim, o terapeuta era tido como um cínico, que, sob o pretexto de ajudar/aquecer o paciente, estava apenas se aproveitando dele, espoliando-o e se gratificando perversamente com seu sofrimento. Uma vez examinada exaustivamente a situação, o tratamento pôde seguir adiante, ainda que tal processo tenha sido difícil para a dupla e, em especial, para Mário. Assim, por exemplo, sempre que uma ansiedade depressiva emergia, a negação onipotente da realidade, a dissociação e as identificações projetivas maciças também se faziam presentes. No entanto, uma vez compreendido o impasse, a dupla estava mais bem equipada para enfrentar as vicissitudes do tratamento.

A situação ocorrida no tratamento de Mário lembra o impasse por má-fé.<sup>16</sup> Re-

força essa hipótese a ocultação, por parte do paciente, de um fato relevante de sua

história, assim como a tendência a distorcer as interpretações, gerando um clima confusional. Há também o fato de que o impasse só pôde ser compreendido após o relato do sonho do silo, que pôs à mostra o padrão circular do tratamento (imagens estáticas). A vivência contratransferencial de frustração, sobrecarga e paralisia e a detecção de um processo pseudoevolutivo também apontavam nessa direção. No entanto, o paciente não se apresentava como se fosse distintos personagens, como descreveram Baranger e Baranger<sup>33</sup> ao discorrer sobre a má-fé. Além disso, diferentemente do que ocorre no impasse sugerido por Maldonado,<sup>16</sup> Mário não estava induzindo o terapeuta a interpretá-lo de maneira equivocada. Com sua omissão defensiva, apenas não permitia o acesso a uma vivência extremamente dolorosa do passado. Se proporcionasse tal acesso ao terapeuta, teria de tomar contato com a terrível lembrança. Não havia, portanto, má-fé, ainda que o objetivo fosse a detenção do processo. No intuito de não tomar contato com a dor decorrente do abuso na infância, o paciente parece ter criado a ilusão narcisista de prescindir de qualquer objeto, interno e externo. Na transferência, tentava, inconscientemente, ter o terapeuta como um aliado na sustentação dessa ilusão, e tudo indicava que o instrumento para alcançar esse conluio era o narcisismo do próprio terapeuta.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lago<sup>34</sup> sugere que haveria menor tendência a ocorrerem impasses em psicoterapia do que em análise; isso porque, em psicoterapia, a frequência das sessões é menor, o trabalho é mais focal, predominam as abordagens de situações extratransferenciais,

e o impacto sobre o narcisismo da dupla paciente-terapeuta seria menos intenso. Na psicanálise, porém, a maior frequência das sessões, o trabalho efetuado em maior abrangência, a utilização de uma abordagem predominantemente transferencial, a maior regressão do paciente e a intensa mobilização do narcisismo da díade tenderiam a aumentar as chances de gerar um impasse. Tais considerações são relevantes, mas convém lembrar que o que se observa na prática clínica diária é que conluios narcisistas entre pacientes e terapeutas insistem em se manifestar, superando as barreiras erigidas pelo *setting* psicoterápico. Isso pode ser observado, por exemplo, em certos casos de psicoterapia que nunca alcançam o término, ou em intempestivas interrupções de tratamento decorrentes de litígio entre os componentes da dupla. Por ignorarem as regras que organizam o *setting*, as interações inconscientes entre aspectos narcisistas do paciente e do terapeuta acabam incrementando as chances de gerar um impasse, seja no *setting* psicoterápico, seja no psicanalítico. Assim, a possibilidade de ocorrência desse fenômeno ao longo de uma psicoterapia parece não estar tão vinculada à organização do *setting* propriamente dito, mas às condições de ordem inconsciente que regem a interação da dupla paciente-terapeuta. Nesse sentido, um psicoterapeuta que tenha recebido uma sólida formação teórica, complementada por supervisão e tratamento pessoal adequados, estará mais preparado para enfrentar um impasse do que um outro que não demonstre tais qualificações.

Schestatsky<sup>35</sup> também tece algumas considerações instigantes sobre o impasse em psicoterapia. A primeira delas sugere que o conceito descritivo de impasse seria de pouca utilidade, e a segunda postula que

[...] numa psicoterapia de orientação analítica em que o paciente parece-se estabilizado há longo tempo, com grande parte da sua vida indo bem e sem que houvesse nenhum fracasso “visível” no seu funcionamento mental (apenas se deixando entrever sutis sentimentos contratransferenciais de que “algo” ainda faltaria tratar), a psicoterapia tenderia, em princípio, a ser considerada como tendo cumprido seus objetivos, com o paciente recebendo alta.<sup>35</sup>

Em relação à primeira afirmação, cabe dizer que o conceito descritivo, tanto em psicoterapia quanto em psicanálise, cumpre uma importante função: possibilitar um diálogo fecundo entre aqueles que se dedicam ao estudo de determinado assunto. Assim, em um debate científico, se o fenômeno sobre o qual se pretende trocar ideias não puder ser conceituado com razoável clareza, a interlocução tenderá a ser confusa, infrutífera, dando aos seus participantes a sensação de estarem falando uma linguagem babélica. Exemplo disso são aqueles trabalhos de técnica psicoterápica que exploram determinado fato clínico sem que seus autores se preocupem em conceituar minimamente o evento sobre o qual pretendem discorrer. Conceituações vagas, imprecisas, geram confusão, dificultando a interação entre o leitor e a obra. Dessa forma, a finalidade última de toda publicação científica – a troca produtiva de ideias – fica impossibilitada de acontecer. Aliás, esta é uma das razões pela qual a psicanálise e a psicoterapia de orientação analítica têm sido, às vezes, criticadas: a vagueidade de alguns de seus conceitos. O que, de fato, parece tornar pouco útil um conceito não é o fato de ele ser descri-

tivo, mas a maneira como é formulado e a finalidade com que é utilizado. Assim, por exemplo, conceituar descritivamente um fenômeno de forma rígida, fechada, com o objetivo de acabar com qualquer questionamento, elimina a possibilidade do diálogo criativo, tornando sem proveito o conceito em questão. Toda ideia que não se permita ser renovada e enriquecida pelo debate tende a ser algo inerte e desprovido de utilidade.

A segunda assertiva de Schestatsky<sup>35</sup> parte de um conceito descritivo (o paciente parece “estabilizado” há longo tempo, grande parte da sua vida está “indo bem”, não há nenhum “fracasso visível no seu funcionamento mental” e se deixam entrever “sutis sentimentos contratransferenciais de que algo ainda faltaria tratar”) para chegar a uma conclusão um tanto discutível de que essa situação pode ser entendida, em psicoterapia, como se os objetivos do tratamento tivessem sido alcançados. Parece que a situação descrita não caracteriza um genuíno impasse, na medida em que não contempla nenhum dos seus indicadores clínicos específicos. Sob outra perspectiva, esse enunciado mostra-se valioso, enquanto põe à mostra a necessidade de certo rigor científico na formulação dos conceitos que instrumentam nossos pontos de vista.

Para finalizar, é importante referir que tanto a RTN quanto o impasse, bem como as demais vicissitudes do processo psicoterápico, merecem especial atenção por parte do psicoterapeuta, visto que tais situações podem provocar danos, às vezes irreversíveis, àquelas pessoas que procuram tratamento em busca de alívio para seu sofrimento psíquico. Em função disso, são sempre bem-vindos os novos estudos nessa área.

**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. A marca registrada da RTN é a piora paradoxal.
2. A RTN tem múltiplas causas, podendo se relacionar à culpa decorrente de um superego severo, ao temor de enfrentamento de uma catástrofe interna ou à inveja.
3. A piora paradoxal, típica da RTN, pode se apresentar sob a forma disfarçada de sintomas físicos.
4. A RTN também pode ser compreendida como uma forma inconsciente de o paciente expressar como vivenciou o *insight* obtido na sessão que deu origem a essa manifestação regressiva.
5. Diferentemente da RTN, a “resistência incoercível” não possibilita o *insight* e tampouco pode ser descrita como uma reação paradoxal.
6. Alguns *acting outs* mais exuberantes podem surpreender o terapeuta, por sua intensidade. No entanto, não têm nada de paradoxal, uma vez que não são precedidos de nenhuma melhora clínica.
7. A RTN é expressão da injúria narcisista que o trabalho psicoterápico bem-sucedido despertou no paciente.
8. Convém ficar atento ao fato de que a RTN é uma sofisticada defesa contra ansiedades depressivas que a mente do paciente julga não poder enfrentar .
9. É importante que se considere sempre o aspecto comunicativo da RTN.
10. O impasse é um fenômeno que comporta uma detenção insidiosa e duradoura do processo, que implica um cessamento da elaboração, sem que o *setting* aparente alterações visíveis, e que se manifesta sob distintas formas clínicas.
11. Essa estagnação silenciosa do processo não é imediatamente percebida nem pelo terapeuta, nem pelo paciente.
12. O *setting* parece normal: o paciente está associando, e o terapeuta está interpretando, mas as associações revelam um padrão circular, repetitivo, e o paciente menospreza as intervenções do terapeuta.
13. Durante um processo sob impasse, embora não haja *insight*, mesmo assim podem ocorrer melhoras sintomáticas.
14. A percepção do impasse acontece de forma indireta, por meio de vivências contratransferenciais de enfado, frustração, sobrecarga, paralisia, irritação e desesperança do terapeuta em relação ao futuro do tratamento.
15. O impasse tem múltiplas causas, mas sempre relacionadas a fatores da dupla paciente-terapeuta:
  - a) o paciente tende a ter um ego frágil, com identificações pobres e um superego rígido; predominam inveja, narcisismo e uso abusivo da identificação projetiva (do tipo predominantemente expulsivo e não comunicativo)
  - b) o terapeuta pode apresentar um distúrbio contratransferencial não passível de elaboração, devido a masoquismo intenso, transtorno narcisista e/ou uso excessivo do mesmo mecanismo de identificação projetiva
16. A possibilidade de se fazer um adequado diagnóstico diferencial entre impasse, *acting out*, RTN e reversão da perspectiva permite que se tentem diferentes abordagens terapêuticas em busca de uma solução satisfatória do processo.
17. A abordagem do impasse exige que se compreenda o que está se passando no binômio transferência/contratransferência: ambos, paciente e terapeuta, estão sofrendo de grave injúria narcisista, e o entendimento e a solução de um impasse passam sempre pela compreensão do conluio narcisista estruturado pela dupla.
18. Uma vez percebido, seria desejável que todo impasse pudesse ser supervisionado, em função do comprometimento contratransferencial existente.

## REFERÊNCIAS

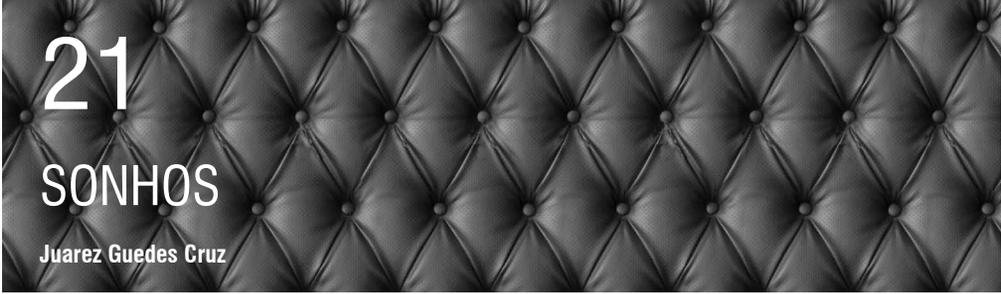
1. Freud S. História de uma neurose infantil. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 17. p. 13-151.
2. Abraham K. Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico. In: Abraham K. Psicoanálisis clínico. Buenos Aires: Honoré; 1959. p. 231-7.
3. Freud S. O ego e o id. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 19. p. 13-83.
4. Etchegoyen RH. Das vicissitudes do processo. In: Etchegoyen RH. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987. p. 435-51.
5. Freud S. Análise terminável e interminável. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 23. p. 239-87.
6. Horney K. The problem of the negative therapeutic reaction. *Psychoanal Q.* 1936;5(1-4):27-44.
7. Rivière J. Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa. *Revista de Psicoanálisis.* 1949;7(1):121-42.
8. Klein M. Contribución de la psicogénesis de los estados maníacos depresivos. In: Klein M. Amor, culpa y reparación. Buenos Aires: Paidós; 1979. (Obras completas, v. 1).
9. Klein M. Envidia y gratitud. In: Klein M. Envidia y gratitud y otros ensayos. Buenos Aires: Paidós; 1979. (Obras completas, v. 3).
10. Rosenfeld H. Negative therapeutic reaction. In: Giovacchini PL, editor. *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy.* [New York]: Science House; 1975. v. 2. p. 217-28.
11. Limentani A. On some positive aspects of the negative therapeutic reaction. *Int J Psychoanal.* 1981;62(Pt 4):379-90.
12. Pires ACJ. Impasse em psicoterapia. *Rev Bras Psicoter.* 2000;2(1):47-54.
13. Meltzer D. The threshold of depressive position. In: Meltzer D. *The psycho-analytical process.* London: Heinemann Medical; 1967. p. 44-52.
14. Meltzer D. Una técnica de interrupción en la impasse analítica. In: Grinberg L. *Prácticas psicoanalíticas comparadas en las neurosis.* Buenos Aires: Paidós; 1977. p. 165-76.
15. Mostardeiro ALB, Pechansky I, Ribeiro RP, S Raya I. O impasse psicoanalítico: mesa redonda. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis.* 1974;1(1):13-52.
16. Maldonado JL. "Impasse" y "mala fe" en el análisis de un paciente. *Revista de Psicoanálisis.* 1975;32(1):115-41.
17. Etchegoyen RH. El "impasse" psicoanalítico y las estrategias del yo. *Revista de Psicoanálisis.* 1976;33(4):613-36.
18. Maldonado JL. "Impasse" y pseudoproceso psicoanalítico. *Psicoanálisis.* 1979;1(2):569-602.
19. Reich W. Para a técnica da interpretação e da análise da resistência. In: Reich W. *Análise do caráter.* São Paulo: Martins Fontes; 1972. p. 51-70.
20. Giovacchini PL, Boyer LB. El "impasse" psicoanalítico como un hecho terapéutico inevitable. *Revista de Psicoanálisis.* 1975;32(1):143-76.
21. Vollmer Filho G. Contratrtransferência e angústia. *Revista de Psicanálise da SPPA.* 1993;1(1):43-52.
22. Rosenfeld H. Identificação projetiva na prática clínica. In: Rosenfeld H. *Impasse e interpretação.* Rio de Janeiro: Imago; 1988. p. 191-224.
23. Maldonado JL. Copromiso del analista en el impasse psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis.* 1983;40(1):205-18.
24. Kantrowitz JL. Impasses in psychoanalysis: overcoming resistances in situations of stalemate. *J Am Psychoanal Assoc.* 1993;41(4):1021-50.
25. Bion W. Os elementos da psicanálise: o aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Zahar; 1966.
26. García Bacca GO, compilador. *Los presocráticos.* 2. ed. Tlalpan: Fondo de Cultura Económica; 1996.
27. Moura Ferrão L. O impasse psicanalítico. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis.* 1974;1(1):55-85.
28. Levy J. Analytic stalemate and supervision. *Psychoanalytic Inquiry.* 1995;15(2):169-89.
29. Ferro A. The impasse within a theory of the analytic field: possible vertices of observation. *Int J Psychoanal.* 1993;74(Pt 5):917-29.

30. Schwaber EA. A particular perspective on impasses in the clinical situation: further reflections on psychoanalytic listening. *Int J Psychoanal.* 1995;76(Pt 4):711-22.
31. Kern JW. On focused association and the analytic surface: clinical opportunities in resolving analytic stalemate. *J Am Psychoanal Assoc.* 1995;43(2):393-422.
32. Kantrowitz JL. The analyst's stile and its impact on the analytic process: overcoming a patient-analyst stalemate. *J Am Psychoanal Assoc.* 1992;40(1):169-94.
33. Baranger M, Baranger W. La situación analítica como campo dinámico. In: Baranger W, Baranger M. *Problemas del campo psicoanalítico.* Buenos Aires: Kargieman; 1969. p. 129-164.
34. Lago PF. Impasse em psicoterapia de orientação analítica. *Rev Bras Psicoter.* 2000;2(1):35-45.
35. Schestatsky SS. Considerações sobre o impasse psicoterapêutico. *Rev Bras Psicoter.* 2000;2(1):55-65.

## LEITURA SUGERIDA

---

Freud S. O problema econômico do masoquismo. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 19. p. 197-212.



21

## SONHOS

Juarez Guedes Cruz

No prefácio à terceira edição inglesa de *A interpretação dos sonhos*,<sup>1</sup> Sigmund Freud comentou que seu livro continha a descoberta mais valiosa que a boa sorte permitiu-lhe fazer. E concluiu: “Revelação como esta o destino nos concede apenas uma vez no curso de uma existência”.<sup>1</sup> Hoje, podemos compreender seu apreço por essa obra. Ao longo dos anos, ela deixou de ser apenas um texto de análise dos sonhos e adquiriu o estatuto de um livro que, ao descrever os mecanismos da elaboração onírica, formulou as leis gerais que regem o psiquismo e, de certa maneira, fundou a psicanálise. Seu estudo representa a sistematização do pensamento científico com relação aos sonhos, permitindo o uso destes como dado clínico. Modernamente, é difícil imaginar um processo psicoterápico que não tenha, como um de seus guias principais, o exame dos sonhos e de seu significado.

Neste capítulo – partindo da premissa de que a trama onírica é um informe proporcionado pelo paciente a respeito do que está acontecendo em seu mundo interno e no campo psicanalítico ou psicoterápico –, pretendo revisar alguns aspectos da origem, da estrutura, da função e da utilização clínica dos sonhos. O objetivo é enfatizar o quanto o sonho sempre tem um significado, não acontece por acaso e

não é absurdo, por mais estranho que possa nos parecer.

Para facilitar a exposição do tema, apresentarei uma vinheta clínica na qual consta um sonho. Este será retomado diversas vezes, sempre como exemplo, nos comentários teóricos e práticos a serem realizados no capítulo.

### SONHO-MODELO

---

Quando iniciou sua análise, Jorge contava 30 anos e passava por séria crise na relação amorosa com Mariana, moça de quem gostava bastante. Mostrava-se assustado com a possibilidade de término do relacionamento, reconhecendo ser ele que, com atitudes de desprezo, maus-tratos e propositada frieza, estava praticamente “botando a namorada fora”. Na avaliação que fizemos, ficou clara a repetição crônica de episódios desse tipo. Na oportunidade, confirmei a indicação de análise que havia sido feita por seu psicoterapeuta, tendo em vista o fato de que a atitude reiterada de Jorge, em seus relacionamentos, visava a mascarar, com uma postura de superioridade e indiferença, seu sentimento de insegurança com relação às mulheres. Entendi a busca de análise como resultado da percepção, por parte dele, da falência dos mecanismos

maníacos que vinha utilizando para negar o fato de sentir-se um menino frágil e assustado, despreparado para enfrentar as exigências de uma vida adulta. Além disso, tinha um difícil convívio com os pais, e sua atitude, na relação com eles, era um misto de inveja, ciúme e admiração. Sentia-se desvalorizado pelo pai e, com frequência, armava brigas em casa, utilizando os mais diversos pretextos.

Tais aspectos logo se manifestaram em sua relação comigo: fazia ameaças de interromper o tratamento e mostrava-se irritado quando eu não respondia diretamente a uma pergunta sua, ou não me posicionava sobre alguma de suas decisões. Tinha que se mostrar atento para não ser “conversado” (*sic*) por mim e submetido às “regras da análise”. Inclusive, já que eu não informava “como é um processo psicanalítico”, estava disposto a comprar livros de Freud para ver se eu estava conduzindo adequadamente o tratamento. Predominava sempre, na sua relação comigo, a necessidade de esconder a dependência e os sentimentos de ciúmes e inveja.

Por volta do período em que teve o sonho que será relatado a seguir, surgira material relacionado a sua competição comigo. Tal atitude estava vinculada à necessidade de negar a sensação de ser um “guri de merda” que não sabia nem pensar diante de alguém que, no seu entender, detinha “o conhecimento da psicanálise”. Citava bibliografias, falava em Lacan e no processo psicanalítico, apresentava suas “dúvidas quanto à existência do inconsciente tal como entende a psicanálise”. Queixava-se de que eu não lhe dava informações a respeito dos meus conhecimentos e deixava-o perdido. Por vezes, chegava a uma sessão com a pergunta: “Como funciona a mente humana?”. Depois, ele mesmo passava a responder, utilizando termos de neurofisiologia. Uma frase sua dessa época: “Eu gostava

de poder me analisar sem a análise”. Sua transferência, manifestamente competitiva, tentava encobrir o temor de jamais adquirir autonomia suficiente para poder, um dia, dispensar a mim e a análise de sua vida.

Foi nesse contexto que iniciou uma sessão contando o seguinte sonho:

Eu chegava em casa – não sei se na atual ou na que eu morei na minha infância – e encontrava os meus pais jantando sobre o mapa do Rio Grande do Sul (que comprei para fazer um trabalho de localização dos Centros de Saúde que eu preciso visitar). Eles usavam o mapa como toalha de mesa, e a empregada derramava comida em cima. Eu ficava furioso com ela e atirava todos os pratos no chão. Os meus pais ficavam me olhando.

Por ora, não será feito nenhum comentário sobre o sonho de Jorge. Ao longo do capítulo, entretanto, ele será utilizado para ilustrar os mecanismos da gênese dos sonhos e a maneira como podem ser, em uma psicoterapia, abordados de modo compreensivo.

## **AS CONTRIBUIÇÕES DE SIGMUND FREUD À TEORIA PSICANALÍTICA DOS SONHOS**

De maneira sintética, podemos expor as teorias de Freud nos seguintes tópicos:

1. Existe, no aparelho mental, uma inclinação constante de evitar o desprazer (*princípio de prazer-desprazer*) e, em função disso, uma tendência a manter fora do conhecimento consciente os impulsos e os pensamentos capazes de produzir qualquer tipo de dor psíquica. Esse processo é denominado, de modo genérico, “repressão”.

2. Os impulsos e os pensamentos que foram reprimidos continuam existindo de modo ativo no inconsciente e, mesmo durante o sono, buscam ser satisfeitos de alguma forma. Tal urgência de gratificação dos desejos reprimidos ameaça acordar o indivíduo.
3. Os sonhos, nossa forma de pensar durante o sono, têm a função de satisfazer alucinatoriamente tais necessidades reprimidas. Na medida em que um desejo é realizado no sonho, a urgência de satisfazê-lo não vai acordar o sonhador. É por essa razão que Freud descrevia o sonho como “guardião do sono”.
4. Vistos desse ângulo, os sonhos podem ser considerados uma das formas de expressão dos desejos. Daí se infere que sua interpretação deverá proporcionar o conhecimento e a compreensão dos impulsos que deram origem a tais desejos.
5. O trabalho de interpretação, no entanto, é dificultado pelo fato de que o sonho – em virtude da censura exercida contra a livre expressão de um impulso instintivo – apresenta a realização dos desejos de uma forma disfarçada.
6. Tal disfarce se dá por meio de um processo que é denominado, em psicanálise, *elaboração do sonho*, ou seja, a transformação do *conteúdo latente* (pensamentos e desejos que deram origem ao sonho) em *conteúdo manifesto* (o sonho que o sujeito teve).
7. Conhecemos quatro mecanismos principais de elaboração do sonho:
  - a) *Disposição pictórica* ou *meios de representação* ou, ainda, *condições de representabilidade*: mecanismo em função do qual impulsos e pensamentos, afetos e fantasias do conteúdo latente são expressos, no conteúdo manifesto, não por palavras, mas, de modo predominante,

por imagens. São utilizados, na geração dessas imagens, meios de representação, tais como analogias, metáforas e símbolos. Esse primeiro mecanismo de elaboração é ilustrado no sonho-modelo, exposto no início deste capítulo, pelo elemento “mapa do Rio Grande do Sul”. Em uma das linhas de associação do paciente, o mapa era a representação pictórica de um pensamento onírico que foi expresso pela expressão “o rumo que tomarei na vida”. Dito de outra forma: os conceitos “mapear a vida” e “mapear meus passos longe da casa dos pais” foram alguns dos pensamentos latentes que deram origem à imagem do mapa no manifesto.

- b) O segundo mecanismo é denominado *condensação*. Como resultado deste, vários pensamentos oníricos latentes podem ser representados, no conteúdo manifesto, por um único elemento. Em função disso, se pensarmos em termos de um texto, um sonho pode ser escrito em poucas linhas, e os pensamentos que lhe deram origem, cobrir várias páginas.

Esse trabalho de condensação de vários pensamentos em umas poucas imagens é feito por meio de uma série de artifícios de representabilidade, tais como omissão, fusão ou criação de um neologismo que engloba duas ou mais palavras.

Em nosso sonho exemplar, o elemento “mapa como toalha de mesa” do conteúdo manifesto, de acordo com as associações do paciente, está representando, por fusão, uma série de pensamentos

contraditórios: 1) “na verdade, meus pais não me valorizam e estão pouco se importando com meus projetos de vida, utilizam meu mapa como toalha”; 2) “o que eu gostaria mesmo, como plano de vida, é ficar em casa comendo junto com meus pais, sem precisar sair para ficar batalhando pela vida lá fora, desisto do mapa e uso-o ao modo de toalha”; 3) “não consigo pensar em um plano de vida sem que, imediatamente, o coloque em evidência para que todo mundo fique sabendo, ponho o mapa na mesa, me exibio com ele, não sei ficar quieto”.

- c) O terceiro mecanismo é designado *deslocamento* (ou *transposição dos valores psíquicos*). Em função dele, a intensidade psíquica de um pensamento onírico latente é transferida para outro, não necessariamente o mais nítido ou importante do conteúdo manifesto, de tal modo que o que é mais evidente neste último não precisa ser o principal no conteúdo reprimido. No conteúdo manifesto do sonho que escolhemos como exemplo, um elemento que passava quase despercebido, “meus pais ficavam me olhando”, representa de modo pictórico o sentimento de indiferença do próprio paciente com relação à grave situação que vive. Nesse momento da análise, ele está se dando conta da maneira como tem, simplesmente, olhado a existência que leva sem tomar providências no sentido de modificá-la.
- d) O quarto mecanismo é designado *elaboração secundária* (ou *considerações de inteligibilidade*). Refere-se ao processo pelo qual o sonhador,

ao contar o sonho, ordena de maneira lógica e mais próxima da realidade os elementos do conteúdo manifesto. Podemos supor que o sonho não aconteceu na ordem em que foi contado pelo paciente. Sabemos, também, o quanto os elementos do sonho muitas vezes atropelam-se em uma ordem confusa, entrecortada, repleta de lapsos. Só a necessidade de transformá-lo em palavras é que nos leva a colocar os elementos em uma sequência racional. É evidente que, assim procedendo, estamos introduzindo, ao narrar o sonho, uma modificação naquilo que foi a realidade quando sonhado.

No sonho-modelo, por exemplo, contamos com um “texto” manifesto – “Eu chegava em casa e encontrava os meus pais jantando sobre o mapa do Rio Grande do Sul. Eles usavam o mapa como toalha de mesa, e a empregada derramava comida em cima. Eu ficava furioso com ela e atirava todos os pratos no chão. Os meus pais ficavam me olhando” –, mas não temos como saber que imagens ocorreram, de fato, na mente de Jorge e em que ordem se dispuseram.

## **A IMPORTÂNCIA DO CONTEÚDO MANIFESTO DO SONHO**

O que foi dito até agora pode dar a impressão de que o conteúdo manifesto do sonho aparece apenas para ser interpretado e descartado em favor de um conteúdo latente, este, sim, valorizado. Entretanto, a própria conduta interpretativa de Freud sugere, muitas vezes, que o manifesto tem um valor intrínseco, que é independente da interpretação. De fato, vários autores demonstraram o quanto, a partir do sonho mani-

festos, podemos inferir, além das fantasias relacionadas aos impulsos inconscientes não satisfeitos, várias funções egoicas: grau de integração, mecanismos de defesa preferenciais, modos de lidar com os afetos, qualidade do teste de realidade, capacidade de autoavaliação e atitudes características na relação interpessoal.

Um autor importante na compreensão dessa dimensão do conteúdo manifesto foi Erik Erikson, que, em 1954, no trabalho *O sonho exemplar da psicanálise*,<sup>2</sup> chama a atenção para que se observem os aspectos formais dos sonhos e mostra que, por meio dessa observação, poderemos colher vários dados a respeito do psiquismo do sonhador. Começa com uma importante advertência:<sup>2</sup>

Tantos [...] confundem atenção à superfície com superficialidade e interesse pela forma com falta de profundidade, que o psicanalista, ao observar a superfície de um fenômeno mental, [...] tem que superar certa vacilação. Mas o fato de que tenhamos seguido Freud em profundidades às quais nossa visão se acostumou, não nos autoriza [...] a fechar os olhos quando vemos as coisas em plena luz do dia.

Comenta como, na prática clínica diária,

[...] qualquer elemento da conduta humana apresenta um *continuum* de significado dinâmico, que vai desde a superfície, através de muitas camadas, até chegar ao âmago.<sup>2</sup>

Ou seja, “latente” e “manifesto” são apenas dois polos de uma continuidade psicológica, e ambos são fonte de conhecimentos a respeito do mundo interno do sonhador. Postula, ainda, a existência de um “estilo de representação”, próprio de cada sonhador, que é expresso no manifesto. A partir dessas reflexões, discorre a respeito de vários aspectos do ego que podem ser inferidos

mediante uma consideração mais atenta do sonho considerado como texto.

É claro que tais concepções podem levar, se exageradas, a uma postura técnica de minimizar o latente, fazendo a interpretação funcionar muito mais como um teste projetivo, no qual cada intérprete põe muito de si próprio. Porém, o que está sendo ventilado é que, observando a necessária cautela, podemos advogar uma maior valorização do papel do ego na formulação do sonho e como suas defesas e estratégias preferenciais – em que pese a distorção ocasionada pela censura – se evidenciam no manifesto. Dessa forma, poderemos enriquecer a interpretação sem que, por isso, nos tenhamos afastado da técnica de ouvir o sonhador.

O conteúdo manifesto também evidencia o conflito em suas camadas superficiais e, assim, ajuda o terapeuta a formular a interpretação em uma linguagem que esteja mais ao alcance da compreensão do paciente.

Um dos trabalhos mais completos no que se refere ao tópico que está sendo estudado aqui foi publicado por Sidney Pulver, em 1987: *O sonho manifesto em psicanálise*.<sup>3</sup> Esse autor comenta que vários analistas, apesar de insistirem na tese de que o manifesto é fachada e disfarce, muitas vezes interpretam os sonhos baseando-se, no todo ou em parte, em seu conteúdo explícito. Salienta que, ainda assim, há certo preconceito com relação a esse conteúdo, preconceito esse que tem origem nas advertências de Freud quanto às “interpretações selvagens”. A tese central de Pulver é a de que podemos inferir, a partir do manifesto (considerado como o “texto” em si, a maneira como o paciente conta o sonho), as principais características do mundo interno, tais como traços específicos de caráter, defesas, estilo cognitivo, áreas primárias de conflito e memórias infantis.

## O SONHO COMO BALIZADOR DO PROCESSO PSICOTERÁPICO

Vejamos, agora, uma vertente da compreensão dos sonhos que, de certa forma, contrasta com a que foi estudada no vértice anterior: se, naquele ítem, o sonho era considerado isoladamente e em sua forma, aqui ele é indissociável de suas relações com a história do paciente e com o momento específico do processo. Tal postura está em sintonia com o que realmente acontece na prática clínica, em que o analista não mais trata de induzir associações específicas no tocante ao sonho que foi relatado, mas considera o sonho, por si só, uma associação livre.

Essa postura teórica e técnica foi ilustrada no 29º Congresso da International Psychoanalytical Association (IPA) em 1975 que dedicou um painel às mudanças na utilização clínica dos sonhos. Blum, em sua apresentação, referiu-se ao progresso que a ênfase na análise da transferência representou para a maneira como se considera a produção onírica em um tratamento.

À medida que a análise da transferência passa a ser a via real de acesso ao inconsciente, o sonho torna-se parte de um todo muito mais amplo, que é o processo analítico.

Isso ajuda a compreender a diminuição da ênfase na necessidade de associações específicas alusivas ao sonho: ele está dentro do material, e tudo é associação, ou melhor, o sonho passa a ser uma associação a mais com relação ao que está se passando naquele momento do processo. Nesse sentido é que podemos entender a ideia de Blum:<sup>4</sup>

[...] a exaustiva interpretação de um sonho [...] irá distorcer o processo

analítico e a associação livre [...] A superavaliação dos sonhos torna-se uma fonte de resistência na medida em que outros dados analíticos sejam desvalorizados [...] A associação livre também é rompida se o analista tem um estilo de solicitar associações para cada aspecto do sonho.

Assim, passa-se a prestar mais atenção na forma, no estilo e na maneira como os sonhos são relatados pelo paciente. Além disso, é considerado o momento da sessão em que acontece o relato, bem como o contexto do processo transferencial/contratransferencial.

Um exemplo dessa concepção é encontrado no trabalho *Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica*, de Donald Winnicott.<sup>5</sup> No referido texto, ele estuda a relação entre a natural dependência do início da vida com aquela dependência que, ao longo do processo psicanalítico, vai surgindo na relação transferencial. Discorre sobre os cuidados que o analista precisa ter em avaliar a força ou a vulnerabilidade do ego do paciente, que, na vigência dessa situação dependente, inevitável no processo, enfrentará períodos de afastamento regular ou eventual do analista. Apresenta, então, material clínico de uma paciente que, muito cedo na análise, passa a ter sonhos nos quais era representada por criaturas frágeis ou por uma pequena tartaruga de carapaça mole. Para Winnicott,<sup>5</sup> esses sonhos anunciavam a regressão que estava por se instalar. Considera ele:

A razão pela qual os sonhos regressivos e de dependência apareceram tinha a ver principalmente com o fato de ela verificar que eu não usava cada porção do material para interpretação, mas que guardava tudo para empregar no momento oportuno [preparando a] chegada da dependência que estava a caminho.

Mais adiante, comenta que essa paciente, para defender-se da ameaça da dependência regressiva, passou a adotar uma atitude que se repetia com frequência: ficava a maior parte do tempo em silêncio, para, nos últimos cinco minutos da sessão, contar um sonho bastante claro e compreensível. Winnicott<sup>5</sup> interpretava o conteúdo do sonho considerando que “o que era sonhado, lembrado e apresentado estava dentro dos limites da capacidade da estrutura e da força” do ego da paciente naquele período da análise e que a resistência estava situada e expressa nos 45 minutos de silenciosa sessão que precediam o relato do sonho.

Experiências clínicas semelhantes a essa levaram Sydney E. Pulver<sup>3</sup> a afirmar:

[...] não existe tal coisa como o sonho manifesto [...], o grau no qual o sonho manifesto pode ser entendido sempre depende de nosso conhecimento do contexto no qual ele foi relatado.

Relembra que os sonhos não são contados no vácuo e que, além disso, o paciente acrescenta comentários ao relato. Essas manifestações espontâneas permitem ao analista entender o material onírico sem precisar de associações formais. Assim, “o relato verbal como um todo pode ser encarado como uma associação”, ou, ainda, “o conteúdo inteiro da sessão, [pode ser visto como] associação com respeito ao sonho”.<sup>3</sup>

Assim, só podemos responder de modo afirmativo à questão de se é possível interpretar um sonho mesmo que o paciente não faça associações específicas pertinentes a ele. Basta, para isso, recordar que o paciente sempre fornecerá, de modo voluntário ou involuntário, associações ao sonho e que o analista sempre conhece algo da história do paciente, do atual contexto de sua vida e a respeito dos prováveis restos diurnos relacionados ao sonho.

Se, no sonho que nos tem servido de exemplo, enfocarmos a dimensão transferencial, podemos entender a narrativa onírica de Jorge como uma tentativa de atribuir ao analista (representado, no sonho, pelos pais e pela empregada) a responsabilidade por suas dificuldades de crescimento. O analista é sentido como alguém que confunde as coisas e atrapalha a visão, sujando o mapa com comida, não dando informações a respeito do processo analítico. Também é percebido de modo semelhante a pais passivos, que se limitam a ficar olhando, depois de terem atrapalhado seu crescimento. Sente-se menosprezado pelo analista, que, ignorando seu esforço para crescer, em vez de ajudá-lo a utilizar o mapa da análise, propõe uma relação oral dependente. Por isso, quer ler mais sobre psicanálise, ou seja, traçar (se utilizarmos a linguagem do sonho) seu próprio mapa da análise. São hipóteses plausíveis que o conteúdo manifesto, ajuntado aos dados da história do paciente e de sua evolução na análise, autoriza-nos a construir.

O material onírico torna-se um elemento a mais para compreender e interpretar o que está se passando no processo e, de forma mais específica, na transferência. Propicia, ao sonhador e ao analista, uma visão da vida mental como algo contínuo.

A interpretação do sonho torna-se cada vez mais completa, no momento em que passa a referir-se não ao sonho isolado, mas às suas relações com o restante do material da sessão e com a história do paciente e seus objetos, incluindo o analista.

## AS FUNÇÕES DOS SONHOS

Outro aspecto importante no estudo dos sonhos refere-se ao entendimento de sua função. Como referido anteriormente, a

principal meta do sonho, para Freud, era a de guardião do sono, mediante a realização alucinatória e disfarçada dos desejos, que, durante o sono, continuam exercendo pressão sobre o psiquismo. Vejamos o quanto evoluiu a compreensão psicanalítica nessa área.

O progresso realizou-se no sentido de conceber os sonhos como tentativas do sonhador de resolver problemas da vida de vigília. Assim, por exemplo, Sandor Ferenczi, em 1934, fez uma série de reflexões a respeito da comoção psíquica que segue um evento traumático e da função dos sonhos em tal situação. Ferenczi concorda com as ideias de Freud a respeito da realização de desejos, mas acrescenta que, para ele, o retorno, nos sonhos,

[...] dos restos diurnos já representa por si mesmo uma das funções do sonho. Pois [...] aquilo a que chamamos os restos diurnos [...] são, de fato, [...] repetição de traumas.<sup>6</sup>

Lembrando a função terapêutica que, na neurose traumática, possui a recordação reiterada do trauma, Ferenczi entende tal ressurgimento dos restos diurnos como manifestação de uma tendência do psiquismo, continuada durante o sono, no sentido de alcançar uma nova e melhor resolução dos conflitos desencadeados pela situação traumática. Descreve essa tendência como a função “traumatológica” dos sonhos. Nesse sentido, o sonho tem uma continuidade com o pensamento da vigília, na medida em que o sonhador, durante o sono, permanece tentando resolver problemas e conflitos. O importante da contribuição de Ferenczi é sugerir outras funções para os sonhos além da simples realização disfarçada de desejos.

Assim, embora as modernas teorias a respeito da função dos sonhos continuem destacando

os aspectos mais importantes das hipóteses de Freud, houve um reconhecimento da função adaptativa do sonhar, ou seja, a consideração do enredo onírico como expressão de uma atividade ininterrupta da mente na busca da resolução de conflitos.

Em 1983, James Fosshage publicou o trabalho *A função psicológica dos sonhos*.<sup>7</sup> Ele comenta como, sob o ponto de vista estrutural, os sonhos têm uma função organizadora e sintetizadora. Argumenta que, mesmo depois da concepção do ponto de vista estrutural e do reconhecimento das funções do ego, continuou difícil admitir as funções integradoras dos sonhos, em virtude da ênfase na regressão que ocorre durante o sonhar. Porém, destaca que todos os modernos modelos da formação de sonhos têm enfatizado os objetivos de integração, síntese e manejo de impulsos e conflitos. Expõe sua tese de que a principal função dos sonhos é “o desenvolvimento, a manutenção (regulação) e, quando necessário, a restauração dos processos psíquicos, sua estrutura e organização”.<sup>7</sup> Ao discorrer a respeito das implicações clínicas de suas ideias, Fosshage<sup>7</sup> afirma que a visão clássica dos sonhos, como estrada real aos desejos latentes e meio de expressão de conflitos, negligenciou o papel dos sonhos em “suas funções primariamente desenvolvimentais, reguladoras, de resolução de conflitos e reorganizadoras”. Fosshage conceitua o sonho não como guardião do sono, mas como *guardião da estrutura psíquica*.

Um trabalho que coincide com uma concepção do sonho como guardião da estrutura do aparelho mental foi escrito por Ramon Greenberg e colaboradores,<sup>8</sup> em 1992. Nele, os autores comentam que, modernamente, existem duas versões contrastantes a respeito da natureza dos

sonhos: a primeira, que tem origem neurofisiológica e que considera o sonho como reação à atividade aleatória do sistema nervoso durante o sono REM, e a segunda, de inspiração psicanalítica, que atribui aos sonhos um significado emocional e os considera uma representação disfarçada de um desejo infantil.

Buscando uma visão unificadora das duas versões, dedicam uma seção do trabalho a mostrar como o sono REM é importante para os mamíferos em geral e para o homem em particular. Comentam que animais submetidos a experiências de privação do sono REM passam a apresentar um déficit no aprendizado e, a partir dessa observação, lançam a hipótese de que, no homem, “o sono REM é necessário para a integração de informações novas e complicadas nos sistemas de memória”.<sup>8</sup> A ideia central é a de que, na vigília, temos problemas a resolver e que isso continua durante o sono. Para esses autores, a integração de informações está a serviço dessa solução de problemas. Demonstram, por meio de vários exemplos, que “o sonho é [...] uma óbvia continuação dos problemas da vida de vigília”<sup>8</sup> e que o conteúdo manifesto do sonho pode evidenciar representações de problemas que, na vigília, estiveram monopolizando a atenção do sonhador. Concluem o trabalho afirmando que

[...] o sonho é uma expressão direta do que é perturbador e dos esforços para lidar com essas situações perturbadoras. Esta é uma abordagem psicodinâmica [que] coloca o sonho numa posição central como participante em nossos constantes esforços de dar um sentido ao mundo e aos eventos que nos impactam.<sup>8</sup>

Fica evidente, com essa revisão, que o objetivo dos sonhos foi estendido para

campos que ultrapassam a satisfação de desejos e a descarga de impulsos. Destacam-se, entre as funções indicadas, as de elaboração de situações traumáticas (onde, mais uma vez, pontifica o papel do ego) e as funções adaptativas, de integração do aparelho psíquico e de resolução de problemas.

Vejam, no sonho-modelo relatado no início do capítulo, algumas ilustrações a respeito da função dos sonhos. O intenso conflito de dependência de Jorge e a dor psíquica oriunda da percepção de que luta, no momento atual de sua vida, entre um desejo de independizar-se dos pais e, ao mesmo tempo, permanecer junto a eles, sendo protegido e alimentado, não o deixariam dormir. Criar uma narrativa onírica, na qual são seus pais e a empregada que se opõem aos seus planos de crescimento, enquanto ele é o portador exclusivo dos desejos de liberdade, representados pelo mapa do Rio Grande do Sul, acalma-o. É como se dissesse: “Não sou eu que tenho dificuldades de crescer e me independizar, são eles, meus pais e a empregada, que atrapalham a minha vida. Não sou o menino da casa da infância, sou o homem da casa atual, e os outros querem impedir meu crescimento, ficam usando meu mapa/desejo de me situar e sair de casa como toalha espúria para comer em cima e sujar. Por isso estou indignado e furioso com eles”.

No tocante a essa função ampliada dos sonhos, com objetivos de organização, integração, síntese e manejo de impulsos e conflitos psíquicos, podemos pensar o quanto esse conflito entre dependência e independência do paciente permaneceria inominado, sem forma, desintegrado em seu mundo interno, não fosse a capacidade onírica de construir uma narrativa e dar forma a esses sentimentos, pensamentos e impulsos.

## SONHO E REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA. A DIMENSÃO ESTÉTICA DOS SONHOS

Esse último comentário nos conduz a uma quarta vertente, que se refere à relação que Freud vislumbrou entre os processos oníricos, a linguagem metafórica e simbólica e o discurso poético. Parece, às vezes, que o reconhecimento teórico não tem acompanhado a utilidade e o aproveitamento clínico dessa vertente. Isso em virtude, talvez, do preconceito com relação ao conhecimento intuitivo e à percepção estética como fontes válidas de informação. De todo modo, essas ideias têm sido elaboradas por diversos autores, e é a esse desenvolvimento que será dedicada a parte final do capítulo.

Em textos de 1921 e 1926, Melanie Klein,<sup>9,10</sup> comenta como as histórias contadas por crianças de pouca idade, muitas vezes, assemelham-se a sonhos em que não está presente a elaboração secundária. Tais narrativas, construídas com prazer e imaginação, continuam os sonhos que a criança teve durante a noite, e ela não separa o que é sonho do que é realidade. Assim, podemos conceber a existência de um mundo onírico que é fonte dessas primeiras manifestações artísticas e criativas da criança: seus sonhos, seus contos, suas atividades lúdicas. Melanie Klein utiliza, indistintamente, a compreensão psicanalítica de todas essas produções para formular seu entendimento do material e sustenta que a abordagem do brinquedo infantil deve ser feita nos mesmos moldes que Freud utilizava para interpretar os sonhos:

O material que a criança produz durante a hora analítica [...], a maneira como ela faz isto; a razão pela qual ela muda de um jogo ao outro; os meios que ela escolhe para suas represen-

tações – toda essa mistura de fatores [torna-se] plena de significados [...] se nós os interpretamos justamente como nos sonhos.<sup>10</sup>

A partir dessa época, Melanie Klein desenvolve uma utilização cada vez mais completa da linguagem simbólica no brinquedo infantil, que ela reconhece como parte essencial do modo arcaico de expressão da criança. Assim, contribui para a compreensão da existência de um mundo onírico onipresente no psiquismo, que será fonte tanto dos sonhos quanto das manifestações lúdicas e artísticas do adulto.

Essa mesma correlação foi destacada por Ronald Fairbairn, quando afirma que todas as figuras que aparecem nos sonhos são representações de partes da personalidade do sonhador. Desenvolve o conceito de que

[...] os sonhos não são [apenas] realizações de desejos, mas, essencialmente, instantâneos ou *shorts* (no sentido cinematográfico) de situações existentes na realidade interior.<sup>11</sup>

A partir dessas concepções, Fairbairn aborda as produções oníricas considerando os personagens dos sonhos como pertencentes ao elenco das várias instâncias da estrutura psíquica do paciente. Chama de “personificações” a essas representações, tanto nos sonhos quanto nas fantasias diurnas, e afirma que tais personagens estão sempre envolvidos em dramatizações de conflitos e fantasias inconscientes. Ainda que não se refira, explicitamente, aos sonhos como manifestações artísticas dos pacientes, o paralelo é inevitável.

Abordagem semelhante faz Donald Winnicott, que, em *Desenvolvimento emocional primitivo*,<sup>12</sup> de 1945, descreve a vida de vigília como condição que vai sendo conquistada a partir de uma situação ini-

cial do ser humano na qual o sono predominava. E esse espaço, antes ocupado pelo sono e pelos sonhos, vai sendo preenchido ou suplementado pela criatividade, sendo o sonho concebido como uma criação artística particular. Ao examinar a experiência dos indivíduos com o ambiente que os cerca, Winnicott comenta que, quando a rotina do mundo cansa, e o contato com a realidade é tedioso, podemos retornar ao subjetivo por meio dos sonhos e da lembrança deles. Escreve ele:

Enquanto dormimos, sonhamos o tempo todo e, quando acordamos, sentimos a necessidade de levar alguma coisa do mundo dos sonhos para a vida real, da mesma forma que precisamos reconhecer os interesses cotidianos que surgem e se entrelaçam ao sonho. Além disso, não é em grande parte por meio da criação artística e da experiência artística que mantemos as pontes necessárias entre o subjetivo e o objetivo? É por essa razão [...] que valorizamos tremendamente o esforço solitário do criador de qualquer tipo de arte.<sup>13</sup>

Winnicott desenvolve, assim, um valioso *insight*, ao perceber que, da mesma maneira que o resto diurno é importante para os sonhos como ponte entre os problemas da vida cotidiana e sua elaboração no mundo interno, as imagens oníricas são fundamentais para a vida, ao estabelecerem, nessa mesma ponte, o sentido que vai da fantasia do mundo interno para a realidade externa, colorindo-a de afetos.

Assim, o sonho é, também, o guardião do contato permanente com o subjetivo.

Winnicott desenvolve algumas consequências técnicas dessa postura, em um trabalho de 1968, no qual comenta que um sonho muitas vezes não precisa ser in-

terpretado, pois o trabalho já está feito no momento em que o paciente construiu o sonho. A ponte com o mundo interno já está sendo construída. É sugerido por ele que, nessas situações, ao analista só cabe aguardar o surgimento de novo material.

No sonho exemplar do início do capítulo, ao sonhar com o mapa servindo de toalha, Jorge lança os fundamentos dessa ponte de suas fantasias e conflitos entre dependência e independência até a expressão disso em palavras na sessão analítica, lugar onde poderá compreender o alcance do enredo onírico por ele imaginado.

Outro autor que desenvolveu algumas ideias originais sobre o tema foi Wilfred Bion. Ele concebe os sonhos como tendo uma função de converter o material psíquico em uma forma predominantemente visual e compacta, que pode ser memorizada e, depois, evocada. Essa concepção tem alguma semelhança com as ideias de Winnicott, inclusive no que se refere ao fato de que o importante do sonho não é que ele seja interpretado, mas que ele seja sonhado. Referindo de outra maneira, o paciente pode adquirir, na análise, a capacidade de dar significado a uma corrente psíquica até então desconectada e inominada, contribuindo, assim, para sua integração ao psiquismo.

Bion exemplifica a elaboração de um sonho comparando-a com a formação de um mito contemporâneo: a imagem da maçã caindo na cabeça de Newton, levando-o a formular a lei da gravitação universal. Os acontecimentos não se passaram obrigatoriamente assim, e, na realidade, não temos acesso ao que, de fato, houve. Todavia, essa imagem criada pela tradição dá forma aos fatos, pode ser guardada na memória e evocada ao longo das gerações. O mesmo acontece com a poesia e as demais artes, que, de modo inspirador, dão forma aos sentimentos, permitindo que

sejam compartilhados. Também é assim o sonho com relação à vida das pessoas: permite a evocação de algo que, sem ele, seria uma vivência emocional irrecuperável. Para Bion,<sup>14</sup> é “a simbolização nos sonhos e o trabalho do sonho que tornam a memória possível”.

Em uma anotação de 1960, Bion faz um interessante comentário a respeito da formação dos sonhos e do que, para ele, significam os termos “manifesto” e “latente”. Afirma que a origem de um sonho é uma experiência emocional e que essa experiência

[...] é trabalhada [...] para produzir [...] o conteúdo manifesto tal como o conhecemos, e que é o analista que fornece a interpretação para produzir o assim chamado conteúdo latente.<sup>14</sup>

Tal formulação nos aproxima da ideia da psicanálise como uma hermenêutica, na medida em que o analista *confere* um significado ao sonho, *cria* um conteúdo latente para dar forma a essa *experiência* emocional original, que é, em si, inatingível.

Chego, neste ponto do capítulo, às contribuições fundamentais de Donald Meltzer, em seu livro *Vida onírica*,<sup>15</sup> de 1984, obra que pode ser considerada como a síntese e o desenvolvimento mais refinado dessa vertente teórica e técnica que enfatiza o valor estético dos sonhos. No início de sua obra, Meltzer tece algumas considerações no tocante às relações entre conteúdo manifesto e conteúdo latente. Ao examinar as ideias de Freud sobre o assunto, comenta que o propósito de

[...] demonstrar que os sonhos não eram incoerentes parece ter levado Freud ao erro lógico de confundir obscuridade de significado com significado críptico ou oculto<sup>15</sup>

e que Freud, sempre que busca os pensamentos latentes representados no conteúdo manifesto,

[...] consegue importantes aquisições na elucidação do trabalho do sonho, exceto quando insiste em seu propósito criptográfico [...]; compreender e resolver (como um quebra-cabeças, ou, mesmo, como um crime) são marcadamente opostos.<sup>15</sup>

Constatamos que, já de início, Meltzer posiciona a psicanálise como uma ciência com seus próprios métodos, distintos daqueles baseados nas relações de causa e efeito, característicos do determinismo das ciências da natureza. Ainda que não se precise separar de maneira absoluta esses dois aspectos (compreender e resolver), pois, ao longo do processo psicanalítico, eles são convergentes, na prática, convém desvincular a compreensão da necessidade de resolução para não nos sentirmos pressionados e não pressionarmos o paciente a uma artificial decifração do sonho. Meltzer entende que, com relação aos símbolos, Freud cometeu o mesmo engano que já havia cometido no tocante aos afetos no sonho: os símbolos são considerados “meros substitutos: A é substituído por B [como] um recurso pictográfico para escapar da censura”.<sup>15</sup> Estendendo essa argumentação, Meltzer valoriza a hipótese de Ella Sharpe, ao mostrar que os sonhos utilizam, em sua construção, “todos aqueles outros artificios que [...] foram identificados como recursos estéticos nos distintos ramos da arte”.<sup>15</sup> As imagens do sonho são uma outra forma de expressar, e não uma estratégia para esconder.

Depois das considerações aqui resumidas, Meltzer expõe seu projeto:

[...] formular uma teoria estética dos sonhos [...] partindo do fundamento de que estes constituem [...] a função

da mente que se ocupa de nossa experiência estética do mundo.<sup>15</sup>

O trabalho de Meltzer tem o valor de resgatar a percepção estética como forma de chegar ao conhecimento do mundo interno a partir do sonho, considerado como uma produção “artística” do indivíduo.

Sua tarefa é expor a teoria de que a forma simbólica plástica e a forma simbólica linguística “se potencializam entre si na apreensão do significado”.<sup>15</sup>

Nesse seu projeto, Meltzer reconhece o valor das ideias de Melanie Klein e de Wilfred Bion. Ressalta que foi Melanie Klein quem proporcionou a maior consideração psicanalítica do sonho, ao descobrir

[...] que não vivemos em um mundo, mas em dois; que também vivemos num mundo interno que é uma esfera vital tão real quanto o mundo exterior. [...] isto proporcionou um novo significado aos sonhos. Já não se podia sustentar que o sonho fosse apenas um processo de alívio das tensões com o objetivo de preservar o sono; os sonhos tinham que ser concebidos como imagens de uma vida onírica que acontecia incessantemente, tanto durante o estado de vigília como enquanto se dorme.<sup>15</sup>

Já Bion, no entender de Meltzer,<sup>15</sup> tem uma contribuição fundamental, na medida em que enfatiza como a experiência emocional é anterior à razão e que

[...] é a poesia do sonho que capta e dá uma representação formal às paixões, que são o significado de nossa experiência, para que possam ser utilizados pela razão.

Depois de expor essas noções teóricas, Meltzer desenvolve algumas de suas

ideias a respeito da técnica de interpretação delas derivada. Desaconselha que os analistas tentem “traduzir” o sonho do paciente de maneira semelhante à tradução de uma língua estrangeira. Recomenda-lhes a lembrança do aforisma de Bion, aproximando-se dos sonhos sem memória e sem desejo, escutando o paciente e observando que imagem surge em sua própria mente. O analista “deixa”

[...] que o paciente evoque nele um sonho. Este sonho, claro, será seu [do analista] e estará formado pelas vicissitudes de sua própria personalidade. Mas, depois de tudo, é de supor que os anos de experiência no divã e da subsequente autoanálise tenham-lhe proporcionado certo virtuosismo na linguagem de seus próprios sonhos. Desde esse ponto de vista poderíamos imaginar que toda tentativa de formular uma interpretação de um sonho de um paciente implicaria um preâmbulo tácito: “Enquanto ouvia seu sonho, tive um sonho que, em minha vida emocional, significaria o seguinte, que gostaria de compartilhar com você com a esperança de que proporcionará alguma luz sobre o significado que seu sonho tem para você”.<sup>15</sup>

Como aceitar essa postura de Meltzer como outra coisa que não a postura ideal diante de uma obra de arte? Contemplar a obra de arte e ficar permeável aos sentimentos que ela evoca. A preocupação com a relação causa/efeito é deixada de lado, o analista volta-se não para a interpretação, mas para os possíveis sentidos do material. Está atrás de vértices de observação do drama que se desenrola no sonho. De significados, não de causas.

Continuando com seus comentários a respeito da técnica de interpretação, Meltzer declara que, quando um sonho lhe é relatado, tende cada vez mais a prolongar a fase de investigação (associações do pa-

ciente, suas próprias conjecturas e perguntas a respeito do sonho) e a protelar a interpretação propriamente dita. Acrescenta que talvez isso se deva a uma

[...] inclinação cada vez maior a esperar que surja algo na captação intuitiva do sonho e que contenha uma carga emocional de excitação; [comenta que] isso é essencialmente estético, algo que tem a ver com os aspectos formais e de composição do sonho, considerado como um acontecimento de dimensões teatrais.<sup>15</sup>

Utiliza uma expressão muito feliz para referir-se à maneira como uma interpretação vai se formando na mente do analista: *noções interpretativas*. Justifica tal expressão comentando que quer referir-se à “vaguidade com que começa a esboçar-se a formulação de um sonho”.<sup>15</sup> Nesse sentido, Meltzer indica não gostar do termo “interpretação” do sonho, já que, em sua opinião, este sugeriria um acréscimo, por parte do analista, ao significado do sonho.

Provavelmente “formulação” seja o mais indicado, já que se trata de um processo de transformação de uma forma simbólica para outra, de uma ligação predominantemente visual para uma linguagem verbal. Longe de incrementar o significado, o processo supõe seguramente um empobrecimento do mesmo; a “dicção poética” do sonho fica reduzida à prosa da psicanálise.<sup>15</sup>

Segundo ele, só em alguns momentos líricos da sessão e em raras sessões conseguimos elevar essa prosa a um nível poético. Comenta que, em alguns momentos, se sente impressionado

[...] pela beleza de uma formulação e não é raro que o paciente tenha também essa vivência. [...] é uma vivência tão impressionante que estou con-

vencido de que esse elemento estético é essencial para o desenvolvimento da convicção acerca do acerto da formulação. [...] Não quero dizer a formulação correta, senão somente uma formulação correta.<sup>15</sup>

Suponho que esse tipo de percepção é muito mais presente na prática clínica do que é sugerido pelo material ao qual temos acesso na leitura de trabalhos de psicanálise. Na maioria das vezes, a compreensão empática antecede o raciocínio formulado em palavras. É como acontece na feliz imagem de Etchegoyen,<sup>16</sup> quando comenta que o *insight* ostensivo, em si uma vivência, necessita ser recoberto por palavras que, conferindo-lhe forma, permitem sua integração ao ego.

A compreensão do sonho parte de uma experiência emocional, e só depois, o analista recobre tal experiência com palavras e lhe dá uma forma lógica e racional. O sonho do paciente evoca sentimentos relacionados à própria vida onírica do analista, e são esses sentimentos as fontes da interpretação.

Vejamos como isso pode ser ilustrado no sonho-modelo. A partir dele, podemos imaginar um quadro: um casal janta indiferentemente sobre um mapa do Rio Grande do Sul, que serve de toalha, enquanto é observado por um menino furioso. Ou, também, podemos concebê-lo como um conto no qual encontramos os seguintes personagens: homem que chega em casa, pais indiferentes, empregada descuidada. Tais personagens protagonizam uma pequena história: um homem chega em casa e encontra os pais jantando de modo irresponsável sobre o mapa que comprara para realizar um trabalho. A empregada, com desleixo, derrama comida em cima do mapa, que, a essa altura, está reduzido a reles toalha por

pais que não valorizam o filho. O homem, furioso, quebra os pratos.

Nesse conto, cada um dos personagens representa objetos do variado elenco que compõe o mundo interno de nosso sonhador-modelo, a quem, nesse momento, presto homenagem por nos ter presenteado, anonimamente, com tão rico e ilustrativo sonho. Utilizando, na compreensão do exemplo, o que nos lembra Bion, podemos imaginar que uma sensação de dependência quase física transformou-se, na mente de Jorge, na imagem do menino furioso com os pais que não olham para ele. Essa imagem pode, assim, ser armazenada na memória e utilizada para comunicar o inominado afeto. Tal qual uma obra de arte, transmite essa emoção ao analista, que a devolve ao paciente sob a forma de interpretação. É evidente que isso não quer dizer que se exerça a psicanálise ou a psicoterapia de orientação analítica como arte, ou como algo que depende de inspiração ou intuição. O que está sendo destacado aqui é poder olhar para o sonho como uma imagem do inconsciente que é feita da mesma substância que constrói os mitos, as poesias, os quadros, as esculturas, os textos literários.

## **A ABORDAGEM COMPREENSIVA DOS SONHOS NA CLÍNICA**

---

Ainda que o material clínico que ilustra este texto provenha de um processo psicanalítico e que vários dos trabalhos revisados tenham origem nessa mesma fonte, os ensinamentos colhidos aplicam-se tanto à psicanálise quanto à psicoterapia. Não vejo diferença na utilização dos sonhos como fonte de compreensão em uma e outra situação. O que vai ser distinto refere-se, apenas, a dois aspectos. O primeiro é que, como, na análise, contamos com uma maior

frequência nas sessões, mais oportunidade teremos de ouvir, compreender e utilizar os sonhos como material privilegiado no aprofundamento do processo. O segundo aspecto prende-se ao fato de que, dependendo dos objetivos mais focais da psicoterapia, poderemos, de modo estratégico, negligenciar seletivamente um ou outro aspecto do sonho, cuja abordagem não interessa ao processo psicoterápico. Na psicanálise, é mais comum que não nos preocupemos com evitar a abordagem de tal ou qual faceta de um sonho.

As concepções expostas neste capítulo seguem uma linha na qual os sonhos são considerados transformações, predominantemente pictóricas, de algo conhecido pelo sonhador, mas reprimido por ele, ou seja, inacessível à consciência. Daí decorre, quase como um corolário, que o processo de abordagem compreensiva do sonho constitui-se na tentativa de retranscrição desse tecido pictórico de volta aos sentimentos que o originaram. Considerando tal premissa, passaremos a examinar alguns princípios técnicos úteis na abordagem clínica dos sonhos.

O primeiro deles é que não convém ao terapeuta preocupar-se com a estrutura formal do conteúdo manifesto, seja lógico ou ilógico, claro ou confuso, coerente ou contraditório. Nesse sentido, nada é casual ou indiferente em um sonho: podemos obter valiosas informações a partir do exame de detalhes aparentemente triviais e despropositados. Em nosso sonho exemplar, o pormenor “meus pais ficavam me olhando” representa a alarmante indiferença do paciente com relação a sua vida. Nesse momento da análise, ele está se dando conta da maneira como tem, simplesmente, olhado a existência que leva, sem tomar providências no sentido de modificá-la.

Também não é recomendável que o terapeuta se dedique a refletir de forma

imediate e ativa sobre a maior ou menor relevância de um ou outro elemento do conteúdo manifesto. É importante aguardar que o significado surja com naturalidade a partir dos comentários que o paciente faz a respeito do sonho. É importante desenvolver certo treino em entregar-se a um estado mental de vaguidade e incerteza para que o sentido possa, então, emergir.

Também não deve nos importar o fato de muita ou pouca coisa do sonho ser lembrada, ou se a lembrança é precisa ou imprecisa. Não esqueçamos que o sonho recordado não é o material original, e sim sua representação, a “manchete”, por assim dizer. Contamos, portanto, com fragmentos, os quais, complementados pelas associações do paciente, podem auxiliar-nos na aproximação, aí sim, do material original. É atributo do delicado trabalho de formulação interpretativa do sonho reunir esses fragmentos para completar um todo.

Conforme já referido neste capítulo, tem sido cada vez mais evidente a presença, no psiquismo, de um mundo onírico que é fonte tanto dos sonhos quanto das manifestações lúdicas e artísticas da pessoa, sendo clara, na construção das imagens oníricas, a utilização de uma linguagem poética de natureza simbólica.

É de extrema importância, portanto, que o terapeuta deixe sua atenção ser capturada por essa rica linguagem, assumindo, de certa forma, uma posição de receptividade estética, semelhante àquela que adotamos na leitura de um texto literário ou na contemplação de um filme ou de um quadro.

É igualmente útil lembrar que a finalidade principal do sonho, que corresponde a sua função integradora, já está feita no momento em que o paciente teve o sonho, lembrou-se dele e o contou. Já foi dito que

o essencial do sonho não é que ele seja interpretado, mas que ele seja sonhado. Muitas vezes, não entendemos um sonho, mas a lembrança surge de modo espontâneo, dias ou meses mais tarde, plena de significados. Não há, portanto, urgência em interpretar. Dizendo de outra maneira, um dos objetivos do tratamento é capacitar o paciente a poder sonhar e dar forma a uma corrente, até então desconectada e inominada, de vivências emocionais, contribuindo, assim, para a integração mais efetiva destas ao psiquismo consciente.

Para encerrar este tópico, um alerta sobre um dos riscos na interpretação dos sonhos: o de que, com base em sua concepção prévia a respeito do que está acontecendo em dado momento do processo, o terapeuta utilize o sonho não como um fator de orientação, mas encaixe-o em seu próprio esquema de entendimento. Ou seja, que o analista, ao interpretar um sonho, construa um raciocínio circular, em que o material é usado apenas para ratificar o que ele já pensava anteriormente. A situação torna-se ainda mais grave quando as próximas associações do paciente são percebidas como confirmatórias da interpretação feita. Assim, a abordagem do sonho na clínica é valiosa desde que ele seja olhado sob o ponto de vista de quem o enxerga pela primeira vez, e não como algo que só se destina a, de modo propício, corroborar o já pensado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sonhos foram considerados por Freud<sup>1</sup> “a via real que leva ao conhecimento das atividades inconscientes”. Nos tempos iniciais da ciência psicanalítica, a análise de um sonho chegava a tomar várias sessões, e a atividade do analista era voltada para o minucioso escrutínio de cada fragmento do conteúdo manifesto. Apesar de os

sonhos conservarem essa posição de destaque, alguma coisa mudou com relação a sua abordagem: continuam a ocupar uma posição excepcional, mas não mais como algo que polariza o material, as associações e a sessão psicoterápica. São centrais, os sonhos, mas no sentido de associação privilegiada, menos distorcida e menos distante das camadas mais profundas da mente. Como nos indica Kernberg,<sup>17</sup> o sonho deixou de ser *a* via real e passou a constituir uma das múltiplas maneiras de obter acesso ao inconsciente. Poderíamos acrescentar que, na verdade, não existe “via real” e que essa imagem apenas corresponde a um desejo de que algo nos livre da incerteza na abordagem dos conflitos de nossos pacientes.

Do mesmo modo, tornou-se importante valorizar o conteúdo manifesto. Ele não é um disfarce; nós é que, muitas vezes, não conseguimos entendê-lo. Greenberg e Pearlman,<sup>18</sup> de maneira bastante irônica, comparam o analista que considera o manifesto um disfarce com o inglês que visitou Paris e achava que os franceses falavam aquela linguagem ininteligível (o francês) apenas para confundi-lo. Defendem, então:

[...] a linguagem do sonho, em vez de enganadora, realmente fornece uma descrição gráfica a respeito dos sentimentos do paciente [...] pode, então, ser descrita como metafórica e às vezes sofisticada e diferente da linguagem da vigília, mas não [...] inferior a ela.<sup>18</sup>

A consequência prática dessas concepções resulta evidente: uma postura menos preocupada com a decifração por parte do terapeuta, que, em vez de lançar-se, de imediato, em busca do oculto, poderá aproveitar mais da riqueza de dados que o sonho, tal como é relatado, fornece.

Com relação à função dos sonhos, estes são concebidos como tendo um papel integrador do psiquismo, no momen-

to em que cumprem o objetivo de elaborar situações traumáticas ou conflitivas. Os autores da psicologia do ego (ao referirem a função elaborativa, de resolução de problemas ou, ainda, a função adaptativa dos sonhos), bem como os autores da escola inglesa (ao correlacionarem o sonho com a função simbólica), concordam nesse aspecto. Uma crítica por vezes levantada aos textos que estudam a função dos sonhos é a de que estes não teriam funções intrínsecas (já que tais funções pertencem ao ego). Os sonhos apenas retratariam o que está acontecendo no mundo interno. Seja qual for a maneira de conceber o fenômeno, o fato é que a importância clínica do sonho continua vigente.

Quanto ao simbolismo e aos aspectos estéticos da vida onírica, estes parecem ser um dos guias mais úteis na abordagem dos sonhos durante a sessão psicanalítica. A consideração do sonho como associação privilegiada aliviou-nos da exagerada preocupação com associações específicas. Além disso, a consideração dos aspectos estéticos e da dicção poética da elaboração onírica diminuiu o empenho em definir se as associações do paciente são anteriores ou posteriores à produção do sonho. Nunca saberemos (e isso, na interpretação, não mais importa) o quanto uma associação é posterior (ou seja, surgida por estímulo do sonho manifesto) ou anterior à elaboração dele (ou seja, já fazia parte dos pensamentos oníricos latentes). Assim, pode-se considerar que um elemento do conteúdo manifesto vai despertar várias associações. Muitas delas são novas e inspiradas pelas imagens manifestas (assim como um texto literário inspira reflexões e associações do leitor com relação a sua própria vida, independentemente das intenções do autor). Como dizem Bezoari e Ferro:<sup>19</sup>

[...] não se tratam de livres associações que permitem explicar o texto

manifesto, senão associações [...] que voltam a contar, de forma diferente, o problema do instante relacional, que já se havia expressado no sonho e se recontam com dialetos e enredos diferentes...

O latente, o manifesto e as diversas associações são variações de um mesmo tema, estimuladas por uma vida onírica que está presente e ativa no momento em que a sessão se realiza.

Considero que uma das importantes aquisições clínicas feitas a partir desse vértice foi a evolução desde uma ideia de interpretar/decifrar, como se os sonhos tivessem um significado oculto, até uma posição em que os sonhos são considerados estímulos para uma visão do mundo interno por meio das associações por eles despertadas.

Os sonhos são pictogramas, retratos, quadros, poemas elaborados pelo paciente e que dão conta de algo de sua intimidade. Assim, a interpretação vai depender de inúmeros fatores (reconhecidos ou não), a começar pela equação pessoal do analista. Isso nos aproxima de uma visão hermenêutica na abordagem dos sonhos: as vivências e as teorias prévias do analista dão conteúdo a uma imagem que poderia ser percebida de maneira diferente por outro

profissional. O latente atribuído, no exemplo apresentado no início, é: “um homem/menino dependente busca estabelecer uma trajetória longe da casa dos pais, trajetória que, ao mesmo tempo, deseja e teme”. Podemos pensar que aqui, como nas concepções hermenêuticas, foi a interpretação que conferiu um conteúdo e um significado latente à imagem manifesta, dando um sentido ao passado.

Neste capítulo, foram balizadas algumas das concepções que ajudam a nos situarmos nesse “mundo arcaico de vastas emoções e sentimentos imperfeitos”.<sup>1</sup> Mas são apenas hipóteses. O principal é que cheguemos aos sonhos com o sentimento de deslumbramento e surpresa que cerca nossa aproximação com o objeto do qual podemos, apenas, perceber a beleza externa, mas nunca abarcar o total de sua intimidade. Ou seja, é preciso ter como premissa uma relativa humildade, admitindo que o sonho, a rigor, não é interpretável: ele nos interpreta. Ele é muito mais expressivo e tem uma linguagem bem mais rica do que nossas precárias palavras. Se não considerarmos esse limite, corremos o risco de empobrecer o sonho se nos aventuramos a decifrá-lo como se fôssemos senhores de seus mistérios. Penso que, partindo dessa postura, poderemos aproveitar melhor as vertentes teóricas e técnicas examinadas ao longo do capítulo e utilizá-las em diferentes momentos de nossa tarefa.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Freud demonstrou que os sonhos têm significado, não ocorrem por acaso e apresentam uma relação com a vida psíquica de quem sonhou, por mais absurdos ou incompreensíveis que pareçam à primeira vista.
2. Em um primeiro momento, os sonhos eram considerados a via real para o inconsciente e podiam ser interpretados em busca de um significado oculto; sua origem, sua estrutura, sua constituição e os mecanismos psíquicos utilizados para levar do conteúdo latente ao manifesto foram estabelecidos e descritos minuciosamente.

3. De forma progressiva, em especial em decorrência das contribuições de Bion e Meltzer, os sonhos passaram a ser vistos como estímulos para uma visão do mundo interno, a partir das associações do paciente.
4. Em uma visão contemporânea, os sonhos são percebidos como pictogramas, quadros, poemas, elaborados pelo paciente para descrever sua intimidade, e sua interpretação vai depender da equação pessoal do analista, em um trabalho conjunto de duas mentes atuando na sessão.
5. Assim como na psicanálise, os sonhos constituem um elemento central e de grande relevância para o trabalho clínico em psicoterapia de orientação analítica.

## REFERÊNCIAS

1. Freud S. A interpretação de sonhos. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 4. v. 5.
2. Erikson E. The dream specimen of psychoanalysis. In: Lansky MR, editor. Essential papers on dreams. New York: New York University; 1992.
3. Pulver S. The manifest dream in psychoanalysis: a clarification. *J Am Psychoanal Assoc.* 1987;35(1):99-118.
4. Blum H. The changing use of dreams in psychoanalytic practice. *Dreams and free association.* *Int J Psychoanal.* 1976;57(3):315-24.
5. Winnicott DW. Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
6. Ferenczi S. Reflexões sobre o trauma. In: Ferenczi S. *Psicanálise.* São Paulo: Martins Fontes; 1992. (Obras completas, v. 4).
7. Fosshage J. The psychological function of dreams: a revised psychoanalytic perspective. In: Lansky MR, editor. *Essential papers on dreams.* New York: New York University; 1992.
8. Greenberg R, Katz H, Schwartz W, Pearlman C. A research-based reconsideration of the psychoanalytic theory of dreaming. *J Am Psychoanal Assoc.* 1992;40(2):531-50.
9. Klein M. The development of a child. In: Klein M. *Love, guilt, and reparation, and other works (1921-1945).* London: Hogarth; 1975.
10. Klein M. Psychological principles of early analysis. In: Klein M. *Love, guilt, and reparation, and other works (1921-1945).* London: Hogarth; 1975.
11. Fairbairn WRD. Las estructuras endopsíquicas consideradas em términos de relaciones de objeto. In: Fairbairn WRD. *Estudio psicoanalítico de la personalidad.* 2. ed. Buenos Aires: Hormé; 1966.
12. Winnicott DW. Desenvolvimento emocional primitivo. In: Winnicott DW. *Textos selecionados da pediatria à psicanálise.* Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988.
13. Winnicott DW. *Pediatria e psiquiatria.* In: Winnicott DW. *Textos selecionados da pediatria à psicanálise.* Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988.
14. Bion WR, Bion F. *Cogitations.* London: Karnac; 1992.
15. Meltzer D. *Vida onírica: una revisión de la teoría y de la técnica psicoanalítica.* Madrid: Tecnipublicaciones; 1987.
16. Etchegoyen RH. *Fundamentos da técnica psicanalítica.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
17. Kernberg OF. Convergences and divergences in contemporary psychoanalytic technique. *Int J Psychoanal.* 1993;74(Pt 4):659-73.
18. Greenberg R, Pearlman C. A psychoanalytic dream continuum: the source and function of dreams. *Int Rev Psychoanal.* 1975;2:441-8.
19. Bezoari M, Ferro A. El sueño dentro de una teoría del campo; agregados funcionales y narraciones. *Rev Psicoanálisis.* 1992;49(5-6):957-77.

## LEITURA SUGERIDA

Sharpe E. *Análise dos sonhos.* Rio de Janeiro: Imago; 1971.

## NÍVEIS DE MUDANÇA E CRITÉRIOS DE MELHORA\*

Romualdo Romanowski  
Jair Rodrigues Escobar  
Rudyard Emerson Sordi  
Margareth Silveira Campos

A psicoterapia dinâmica encontra na teoria psicanalítica seu embasamento teórico, mas apresenta distinções quanto aos seus objetivos e à técnica terapêutica. Tem como meta principal a abordagem do conflito atual, com as devidas modificações desejáveis e possíveis do comportamento e da estrutura do caráter, mas não ambiciona tanto alcançar o objetivo mais amplo de resolver a patologia caracterológica por meio da análise do conflito genético, reeditado na relação transferência-contratransferência.

Diferentemente da psicanálise, que se ocupa sobretudo da interpretação transference, a psicoterapia de orientação analítica, usando os mesmos conhecimentos, tem como principais instrumentos o esclarecimento, a confrontação e a interpretação extratransferencial. Aspectos parciais da transferência são interpretados de forma selecionada, circunscrita e com objetivos bem específicos, por exemplo, quando

resistências se apresentam, estagnando o processo psicoterápico.

A neutralidade técnica relativa é mantida na maior parte do tempo. Mesmo havendo uma tendência a incrementar aspectos transferenciais, decididamente não se busca uma análise sistemática da neurose de transferência somente pela interpretação.

Parece-nos importante lembrar que os objetivos da psicoterapia de orientação analítica são mais circunscritos e, como consequência, menos ambiciosos do que aqueles de um tratamento por psicanálise. Dessa forma, devemos ficar atentos a anseios ligados ao postulado médico, que recomenda que se deva ter *animus curandi*, em vez do *furor curandi*. Assim, podemos evitar expectativas de cura ou melhora que vão muito além dos desejos ou das capacidades do paciente. Para tanto, é necessário separar o que se aceita intelectualmente daquilo que, de fato, se sente como significativo para o paciente.

Não nos parece demasiado insistir sobre esse ponto, porque, como é de conhecimento geral, uma posição intelectual

\* Este capítulo resume, também, alguns trechos e adaptações do trabalho *An applicacion of bi-logical theory to the study of psychic change and mourning*,<sup>1</sup> dos mesmos autores.

de aceitação de limites nem sempre corresponde a uma profunda convicção de que tais limites existem. Pode-se dizer que o terapeuta desejável é aquele que consegue funcionar admitindo que seus limites existem e que o próprio método psicoterápico não lhe exige metas que ambicionem atingir uma hipotética perfeição. Diga-se de passagem, o mesmo problema se aplica à psicanálise. Devem-se conceber os níveis de mudança, bem como os critérios de melhora em psicoterapia, dentro de parâmetros aceitáveis e possíveis. Isso implica, necessariamente, abdicar de objetivos irrealizáveis, ou seja, de crenças a respeito de poderes mágicos, onipotentes, tanto do método como do terapeuta.

## MUDANÇA PSÍQUICA: REVISÃO TEÓRICA E CONCEITO

A revisão de alguns autores (Freud, M. Klein, Etchegoyen, B. Joseph, Bion, Steiner, Meltzer, M-Blanco) reafirmou uma ideia que tínhamos previamente, de que as compreensões da mudança psíquica não são idênticas e mostram-se até bastante diferentes. Essas diferenças não impedem que sejam enfatizados certos elementos pela maioria dos autores.

Alguns aspectos sobre mudança psíquica parecem ser constantes nos trabalhos revisados, tais como a necessidade de que o inconsciente se faça consciente, de que o *id* se faça *ego*, de que haja predomínio da criação sobre a estagnação e, por fim, de que o princípio da realidade predomine sobre o princípio do prazer.

Pode-se mencionar, ainda, o movimento que ocorre desde uma posição predominantemente esquizoparanoide, de ob-

jetos cindidos, para outra, de relação com objetos mais reais e totais, próxima da posição depressiva. O aumento da tolerância à frustração e a busca do conhecimento não freada por angústias intoleráveis são outros aspectos da mudança psíquica. Também há a necessidade de a pessoa passar a responsabilizar-se por sua vida e que, em uma vida psíquica na qual predominava a simetria, prepondere a assimetria e a alteridade nas relações interpessoais. Por parte do terapeuta, este precisará viver a decepção narcísica decorrente da possível identificação com a teoria idealizada. De modo compensatório, sofrer tal frustração freia a exigência de perfeição também dirigida ao paciente, com uma menor cobrança de que ele tenha que satisfazer às ambições do terapeuta e só então desfrutar dos objetivos pessoais alcançados.

Todas as ideias convergem para a busca da ampliação do conhecimento da realidade psíquica, bem como da realidade externa, possibilitando uma discriminação e um melhor intercâmbio entre ambas. No entanto, quando se fala em mudança psíquica em termos da psicoterapia de orientação analítica, estabelecem-se algumas controvérsias. Tem-se como exemplo a questão de as mudanças acontecerem em decorrência das interpretações, ou do próprio relacionamento terapêutico, bem como qual nível de mudanças pode ser obtido na psicoterapia.

Sabendo-se que o tratamento psicoterápico é um processo interacional de movimentos transferenciais e contratransferenciais, a relação terapêutica tem um papel significativo, em que a internalização da própria relação com o terapeuta funciona como mecanismo importante de mudança. A função de ego auxiliar desempenhada pelo terapeuta é internalizada e assumida pelo paciente. Segundo Speziale-Bagliacca,<sup>2</sup> o paciente, para mudar, necessita internali-

zar um terapeuta não onisciente e com sua função continente preservada. O paciente perceberá que, para ser “consciente”, para deixar de reprimir, de projetar, de renegar, é necessário colocar-se em condições de observar, compreender e pensar os próprios sofrimentos, antes de tentar resolvê-los. Assim, o uso do instrumento da interpretação, tanto transferencial como extratransferencial, possibilita que tome conhecimento de aspectos do seu funcionamento psíquico até então inacessíveis. Permite não apenas o reconhecimento dos impulsos indesejáveis, mas também a aquisição da responsabilidade por eles. Com isso, oferecemos alternativas mais elaboradas de resolução do conflito. O uso de mecanismos defensivos mais regressivos, como cisão e identificação projetiva, cede espaço a mecanismos mais elaborados. Desenvolve-se a capacidade sublimatória dos impulsos, com finalidades criativas e construtivas mais presentes e constantes.

Pensamos, portanto, que se deve reservar a expressão “mudança psíquica” para aquilo que inclua, no mínimo, os seguintes elementos:

- Direção: a mudança psíquica deve expressar um aumento na organização das funções mentais no rumo de se desenvolver a capacidade de pensar. Isso pressupõe crescimento das capacidades de representação mental das percepções internas e externas e ampliação das relações entre essas representações. Como decorrência, o pensamento se antecipa à ação, observando-se uma maior capacidade adaptativa.
- Tempo: a aquisição interna da noção de tempo possibilita que a repetição compulsiva seja superada e que novas atitudes e posicionamentos surjam. A mudança psíquica deve considerar a persistência das modificações conseguidas,

assim como a sinalização da possibilidade de novas modificações evolutivas ou adaptativas. Ela deverá ter um tempo de duração suficiente para que possa ser considerada consolidada, mas não estática, o que implica supor que houve mudança estrutural.

- Conduta: a partir da aquisição da noção de tempo e do desenvolvimento da capacidade de pensar, a conduta passa a obedecer, predominantemente, ao princípio da realidade, vendo-se maior grau de adaptação à realidade externa.

## MUDANÇA PSÍQUICA: PARTICULARIDADES

A mudança psíquica compreende uma série de fenômenos psicológicos, em um processo evolutivo que ocorre na relação paciente-terapeuta, de forma que tanto as motivações para a mudança como as resistências ao processo aparecem em ambos. Supomos que um paciente, ao buscar auxílio, o faça a partir da obtenção de um *insight* prévio ao tratamento, que lhe sinaliza que algo não está bem em seu funcionamento e o alerta a buscar ajuda. Esse *insight* e a busca de tratamento não impedem, entretanto, que, no início do processo psicoterápico, volte a predominar no paciente a necessidade de defender e utilizar suas antigas teorias sobre sua vida. Desse modo, passa a atribuir ao terapeuta o interesse de modificá-las, isto é, o desejo pela mudança psíquica fica a cargo do terapeuta. Bion,<sup>3</sup> com referência a pacientes muito regressivos, alerta para essa “reversão da perspectiva”, quando o fenômeno pode atingir dimensões de difícil abordagem.

Para a pessoa, questionar a sua “teoria de vida” implica uma ameaça de luto, não apenas por uma condição interna, mas também porque esse questionamento pro-

põe uma reavaliação da forma como viveu até então – isso inclui uma apreciação e reconhecimento de suas limitações, capacidades e alcances, bem como a inevitável dor pelo que “não pode ser” e a conscientização do que “não poderá ser”, imposta pela realidade física de espaço e tempo que não pode mais ser negada. Por “teorias de vida” entendemos o sistema de sentimentos, ideias e condutas que o terapeuta e o paciente têm usado, cada um da sua maneira, como tentativa de resolver seus problemas, ou seja, para manter seu equilíbrio psíquico.

Os possíveis ganhos que advêm com a mudança não têm, ainda, a força e o poder de convencimento, podendo predominar um sentimento de perda antes que de ganho. A situação é vivida na transferência, sendo o terapeuta sentido como o responsável por essa dor.

A luta contra a mudança se transforma em uma luta contra o terapeuta. Em outras palavras, abandonar uma fantasia onipotente pela constatação de uma realidade obviamente limitada não é algo que se viva sem um sentimento de perda e luto pela convicção defraudada.

Para Alvim Frank,<sup>4</sup> as mudanças incluem a renúncia às soluções patológicas limitadas e forçadas do passado, que foi o melhor que a criança pôde, então, fazer. Vemos que isso se aproxima do que entendemos por “teorias de vida”. Essa é a oportunidade para um reexame realista e amadurecido e para a escolha entre as opções agora disponíveis. Esse processo é inerente à mudança psíquica. Considere-se, também, que existe já historicamente sedimentada uma noção de identidade própria, que confere ao paciente a segurança de se autorreconhecer. A mudança desejada é igualmente temida, ao representar

uma ameaça de autodesconhecimento, talvez mesmo de despersonalização, que gera uma dificuldade adicional para a mudança ser atingida e aceita.

Salientamos que um processo similar tende a acontecer no terapeuta. Confiar-se que a formação do terapeuta já o tenha capacitado a ser mais permeável às modificações de crenças e expectativas e que já tenha um *insight* mais utilizável para essa tarefa. Deseja-se, portanto, que esteja evoluído o suficiente não só para suportar as decepções pela fantasia onipotente abalada como também para poder elaborar os lutos com os quais se defronta a cada nova etapa vencida.

Alguns riscos sempre estão presentes. B. Joseph<sup>5</sup> relembra o que Freud escreveu, em 1912, alertando para a possibilidade de, inconscientemente, exercermos pressão sobre os pacientes para que reajam de forma a confirmar nossas teorias e expectativas:

[...] embora tentemos focar no que nossos pacientes trazem e em seu modo individual e próprio de funcionar, nós de fato mantemos como pano de fundo, em nossas mentes, nossa própria perspectiva teórica, alguma ideia do tipo de mudança psíquica que almejamos a longo prazo.

Poderíamos acrescentar que, para manter o processo de mudança psíquica, é necessário que o paciente introjete a função terapêutica e se identifique com ela. Isso já constitui mudança psíquica.

## CRITÉRIOS INDICATIVOS DE MELHORA

Quando se fala a respeito de critérios de melhora em psicoterapia, é importante que

se considerem os objetivos do tratamento propostos quando do seu início. É preciso, ao mesmo tempo, levar em consideração se esses objetivos foram atingidos plenamente ou de forma parcial, aceitando-se as limitações inerentes ao processo psicoterápico, dependentes tanto do método como do terapeuta e do próprio paciente.

Nesse sentido, Wallerstein<sup>6</sup> cita considerações definidoras, conceituais, metodológicas e práticas inter-relacionadas, que estão entrelaçadas em qualquer discussão sobre a eficácia da psicoterapia psicanalítica como modalidade de tratamento. Assim, as seguintes variáveis devem ser consideradas:

- a) o objetivo do tratamento
- b) a “tratabilidade” do paciente
- c) indicações e contra-indicações da psicoterapia
- d) a teoria da técnica, isto é, como o tratamento funciona e por meio de quais procedimentos alcança suas metas
- e) o papel do diagnóstico inicial e do planejamento do tratamento
- f) a avaliação de resultados, envolvendo o benefício terapêutico, em comparação com a psicanálise-padrão, em termos da resolução do conflito intrapsíquico e mudanças estruturais no ego
- g) o que constitui teoricamente o estado ideal de saúde mental e as inevitáveis influências para avaliá-lo de modo empírico
- h) os julgamentos de valor e a perspectiva de interesses de quem julga
- i) os critérios de término satisfatório de tratamento

Seguindo critérios bem mais amplos e detalhados, Dewald<sup>7</sup> elaborou 14 itens significativos de mudanças psíquicas:

1. mudanças no id: grau em que as energias pulsionais são mobilizadas, na

extensão em que a primazia genital é estabelecida, no grau de fusão das pulsões libidinais e agressivas e no destino dos anseios pré-genitais

2. mudanças no superego: no grau em que os introjetos primitivos e de processo primário são substituídos por sistemas de valores morais de processo secundário, orientados para a realidade e pessoalmente desenvolvidos
3. mudanças no ego: a progressiva modificação de algumas das microestruturas componentes específicas (funções individuais), que incluem o grau em que o princípio de realidade substitui o princípio do prazer; a liberação de funções do ego previamente prejudicadas pelo conflito psíquico; a estabilidade do senso de *self* e de identidade; a flexibilidade, a adequação e o grau de consciência dos sistemas de defesa; a estabilidade das sublimações que são desenvolvidas; a adequação à idade e a constância das escolhas objetivas; e a extensão em que os processos adaptativos do ego assumem a direção e o controle do comportamento e das reações do paciente
4. adequação psicológica global e as reações que incluem a capacidade de lidar com situações novas ou estressantes
5. redução da importância organizadora central das fantasias nucleares
6. progressiva aceitação consciente das pulsões e de seus derivados como parte do *self*, sem culpa ou ansiedades neuróticas indevidas
7. manifestações derivadas mudando espontaneamente, sem escrutínio específico ou esforço consciente, depois que os conflitos nucleares estão resolvidos
8. reação alterada a material previamente traumático ou ansiogênico, de modo que o paciente é agora capaz de recor-

- dar, aceitar e compreender as experiências traumáticas que antes despertavam afetos intensos
9. crescente liberdade e franqueza com que pensamentos e desejos oníricos subjacentes podem ser expressos, assim como crescente capacidade do paciente de interpretar seus sonhos
  10. natureza modificada dos relacionamentos do paciente com outras pessoas fora da análise
  11. progressiva insatisfação com objetos ou relacionamentos infantis antes gratificantes e sua substituição por objetos apropriados à idade e realisticamente satisfatórios
  12. aprofundamento da vida afetiva, com a superação de inibições e restrições
  13. capacidade de “permanecer livre de sintomas sem outras substituições neuróticas ao enfrentar conflitos ou situações que previamente despertavam os sintomas”
  14. desinvestimento do analista, “livre das distorções que significam a neurose de transferência”

Ressaltamos que a experiência ensina ser este um rol idealizado. Na prática, atingimos apenas alguns desses itens, em maior ou menor grau.

Roberto Pinto Ribeiro<sup>8</sup> faz uma relação de objetivos de resultados da análise, dos quais podemos adaptar alguns para a psicoterapia, como os seguintes:

- eliminação da sintomatologia neurótica, psicótica ou psicossomática
- obtenção de um *insight* intelectual e emocional dos aspectos conflituosos mais importantes do passado e do presente, com o concomitante estabelecimento de um senso de responsabilidade duradouro, da

capacidade de sentir culpa autêntica e de tendências reparadoras

- desenvolvimento de uma tolerância para com a vida instintiva, com um mínimo de angústia
- desenvolvimento da capacidade de aceitar a si próprio, com avaliação objetiva das qualidades e das fraquezas que lhe são inerentes
- liberação das energias agressivas necessárias à autoconservação, às realizações, às competições e à proteção dos direitos próprios
- relações interpessoais mais consistentes e fidedignas, com objetos bem escolhidos e afastamento dos mal selecionados ou, quando isso não é possível, uma melhor adaptação a estes últimos
- liberação das capacidades para o trabalho produtivo
- possibilidade de conseguir sublimação também por meio de distrações sociais e derivativos de ordem cultural

Assim, pode-se considerar que a avaliação dos elementos mencionados é feita a partir de três pontos de referência: o paciente, o terapeuta e o meio. O paciente aumenta o intercâmbio entre realidade interna e externa e percebe, de modo progressivo, a figura real do terapeuta além da figura transferencial, relatando maior capacidade de usufruir a vida. O terapeuta registra modificações mais maduras e estáveis na relação transferência-contratransferência e na maneira como são descritas as vivências extratransferenciais. Por fim, também têm valor as manifestações do meio que apontam modificações de conduta e melhores relações interpessoais. A convergência desses três indicadores registraria a presença efetiva de uma mudança psíquica como resultado terapêutico.

### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Esperam-se obter níveis de mudança psíquica aceitáveis e possíveis, o que implica abdicar de objetivos irrealizáveis ou de crenças a respeito de poderes mágicos, tanto do método como do terapeuta.
2. O aumento da tolerância à frustração e a busca do conhecimento não bloqueada por angústias intoleráveis são outros aspectos da mudança psíquica.
3. O paciente perceberá que, para ser “consciente”, para diminuir a intensidade de suas defesas, como repressão, projeção ou renegação, é necessário colocar-se em condições de observar, compreender e pensar os próprios sofrimentos, antes de tentar resolvê-los.
4. A mudança psíquica deve expressar um aumento na organização das funções mentais no rumo de se desenvolver a capacidade de pensar.
5. Havendo mudança, o comportamento do paciente passa a obedecer, predominantemente, ao princípio da realidade, com maior grau de adaptação à realidade externa.
6. O questionamento das “teorias de vida” que ocorre na psicoterapia implica uma permanente ameaça de luto, que pode ser um obstáculo poderoso à mudança psíquica.
7. Para manter o processo de mudança, é necessário que o paciente introjete a função terapêutica e que se identifique com ela, o que, em si, já constitui uma mudança psíquica.
8. Entre os critérios mais observáveis de uma mudança psíquica consolidada, encontram-se a diminuição ou eliminação de sintomas de sofrimento psíquico, o estabelecimento de um senso de responsabilidade duradouro, a capacidade de sentir culpa autêntica e com tendências reparadoras, a aceitação de si próprio, com a apreciação objetiva das próprias qualidades e fraquezas, e o estabelecimento de relações interpessoais consistentes com objetos bem escolhidos.

## REFERÊNCIAS

1. Romanowski R, Escobar JR, Sordi RE. An application of bi-logical theory to the study of psychic change and mourning. *Int J Psychoanal.* 2003;84(Pt 3):533-45.
2. Speziale-Bagliacca R. A capacidade de conter: anotações sobre seu funcionamento na mudança psíquica. *Rev Bras Psicanál.* 1990; 24(3).
3. Bion WR. *Elements of psycho-analysis.* New York: Basic Books; [1963].
4. Frank A. O analista como biógrafo: transferência e reconstrução na mudança psíquica. *Rev Bras Psicanál.* 1990;24(3).
5. Joseph B. Mudança psíquica: algumas perspectivas. *Rev Bras Psicanál.* 1990;24(1):345-53.
6. Wallertsein RS. Os resultados da psicanálise e da psicoterapia no término e no seguimento. In: Wallerstein RS. *A cura pela fala: as psicanálises e as psicoterapias.* Porto Alegre: Artmed; 1998.
7. Dewald PA. Proceso terapéutico: terminación. In: Dewald PA. *Psicoterapia: un enfoque dinámico.* Barcelona: Toray; [1972].
8. Ribeiro RP. Resultados da terapêutica psicanalítica. In: Meneghini LC, Ribeiro RP, Romanowski R, Vollmer Filho G, Annes SP. *Estudos psicanalíticos.* Porto Alegre: Edição dos Autores; 1974.

## LEITURAS SUGERIDAS

- Etchegoyen RH. Un ensayo sobre la interpretación psicoanalítica. Buenos Aires: Polemos; 1999.
- Freud S. Estudos sobre a histeria. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 2.

Freud S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 12.

Freud S. Luto e melancolia. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 14.

Freud S. O inconsciente. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 14.

Freud S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 12.

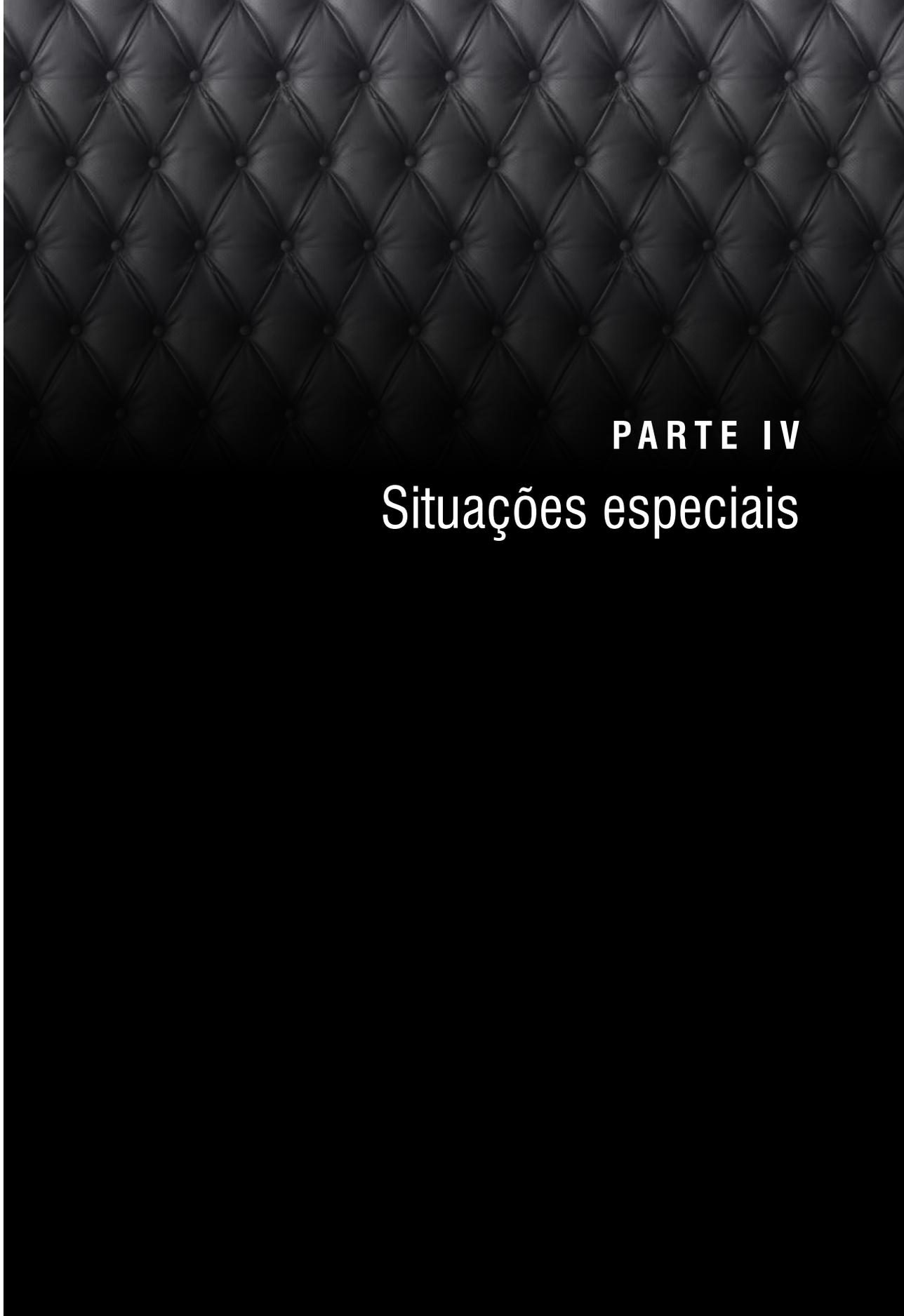
Joseph B. Mudança psíquica e processo psicanalítico. In: Joseph B. Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph. Rio de Janeiro: Imago; 1992.

Klein M. El duelo y su relación com los estados maniaco-depresivos. In: Klein M. Amor, culpa y reparación. Buenos Aires: Paidós; 1976. (Obras completas, v. 1).

Matte-Blanco I. The unconscious as infinite sets: an essay in bi-logic. London: Duckworth; 1975.

Meltzer D. The psycho-analytical process. London: Heinemann Medical; 1967.

Steiner J. The aim of psychoanalysis in theory and practice. *Int J Psychoanal.* 1996;77(Pt 6):1073-83.

The background of the page is a black, tufted leather texture. The tufting is a diamond-shaped pattern with small, dark buttons at the intersections, creating a grid of raised diamond shapes. The lighting is subtle, highlighting the texture of the leather.

**PARTE IV**

# Situações especiais

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.



Ao completar os primeiros 100 anos de sua existência, a psicanálise notabilizou-se por questionar paradigmas estabelecidos como verdades em todas as áreas da cultura. Qualquer que seja o ponto de vista sobre uma atividade humana, não pode ser descartada a atenção a motivações inconscientes, a mecanismos de defesa, às primitivas experiências emocionais da criança e à quantidade de descobertas sobre o funcionamento psíquico que a psicanálise proporcionou ao longo do século XX. Assim foi e continua sendo o questionamento à psiquiatria. Além das hipotéticas curas por meios biológicos ou químicos, sempre haverá espaço para a abordagem psicológica, por ser esta a única via possível de acesso aos conflitos psicológicos. Reforça-se, assim, que, subjacentes ao sintoma psíquico e a todo estado de sofrimento psíquico, se encontram um conflito ético e, determinante deste, um conflito psíquico.

Descritivamente, pode-se afirmar que a expressão do sofrimento psíquico e a forma como o analista ou o psicoterapeuta deve lidar com ela derivam de um conflito ético que o paciente não foi capaz de resolver conscientemente. É necessário enfatizar que a ética, isto é, os princípios que regem a conduta do indivíduo, governa as relações não só consigo mesmo mas também com

os outros, em um mundo definido como humano.

O problema e a grande discussão residem na determinação do que é ético e do que é moralmente desejável. A confrontação entre o que é bom e o que é mau se arrasta por séculos e depende das estruturas de poder vigentes, ainda que permaneçam como definitivos determinados valores que podem ser incluídos no processo de humanização do homem, como a proibição do incesto e do parricídio.

Qualquer tentativa de solucionar a questão do que é ético do ponto de vista racional corre o risco de se converter em uma ideologia, que procura ordenar o mundo com a finalidade de apaziguar as terríveis angústias que a vida propicia. Ideologias religiosas, políticas e até científicas se prestam a conter e apoiar o indivíduo, caso ele obedeça aos requisitos que a ordem impõe.

Nesse particular aspecto, a mais importante contribuição da psicanálise é oferecer-se, tanto como interpretação (a obra fundadora da psicanálise – *Interpretação dos sonhos*<sup>1</sup> – é precisamente, como indica o título, interpretação, e não ciência; *Dichtung*, e não *Wissenschaft*) quanto como teoria geral. Também pode ser um método para compreender casos particulares, por meio de uma série de hipóteses e teorias,

ainda que o diferencial essencial da psicanálise na interpretação seja seu método e sua técnica.

A psicanálise, além de ser um método de investigação e tratamento, é também um método de estudo de aplicação geral – a análise aplicada. O estudo das instituições culturais e de seus componentes (a ética em particular) está presente na psicanálise desde seu início, tendo contribuído para a formulação de seus principais conceitos e hipóteses. Nas cartas a Fliess, Freud<sup>2</sup> fala do mito de Édipo e do significado psicológico de Hamlet quando está elaborando um dos conceitos centrais da psicanálise, que viria a ser o complexo de Édipo. De passagem, poderíamos dizer ser este um dos elementos internos do estabelecimento de princípios éticos e de humanização da pessoa.

A busca na literatura e nos fenômenos culturais não é, em Freud, uma exceção. Nos testemunhos da cultura, ele procura vestígios das teorias que está tratando de formular. Em *A interpretação dos sonhos*,<sup>1</sup> estabelece a presença de uma ética interna, por meio da censura, mais amplamente elaborada na segunda tópica como superego, ao referir que essa instância corresponde à função social de interdição ou de exigência do cumprimento dos ideais que a cultura estabelece. A instância psíquica e a instituição cultural se superpõem de tal maneira que as neuroses, como Freud assinala em *O interesse científico da psicanálise*,<sup>3</sup> mostram-se como tentativas de resolver individualmente aqueles problemas de compensação dos desejos que deveriam ter sido resolvidos socialmente pelas instituições.

Ao se falar em ética e psicanálise, é necessário abordar a análise da cultura pelo mesmo modelo e método da psicopatologia. Neurose obsessiva, neurose histérica e delírio paranoico são as grandes analogias, os referenciais, que Freud utiliza para com-

preender alguns fenômenos básicos da cultura. Em *Totem e tabu*,<sup>4</sup> ele afirma:

Poderíamos quase dizer que uma histeria é uma caricatura de uma obra de arte, que uma neurose obsessiva é uma caricatura de uma religião, e a paranoia, a caricatura de um sistema filosófico deformado.

As deformações se explicam pelo fato de que as neuroses são formações associativas, que tentam realizar, com meios particulares, o que a sociedade realiza por meio do esforço coletivo. As instituições culturais e a ética devem ser compreendidas sempre vinculadas aos desejos que as determinam. Assim, se

[...] o sonho é a realização (disfarçada) de um desejo (reprimido), também as instituições culturais devem ser consideradas, do ponto de vista psicanalítico, como manifestações encobertas de desejos reprimidos.<sup>4</sup>

A cultura, os princípios éticos e a religião – de forma intensa e destacada como ilusão – representam as formas pelas quais os desejos são contidos para fins racionais de moralidade, progresso e convívio social.<sup>4</sup>

## A RELIGIÃO

Chama a atenção, na obra de Freud, a importância que o fenômeno religioso ocupa. Seu artigo de 1907, *Os atos obsessivos e as práticas religiosas*,<sup>5</sup> aborda o tema ao relacionar os rituais e as práticas religiosas com os atos obsessivos e cerimoniais neuróticos. Ao demonstrar que os atos obsessivos têm significado inconsciente, Freud conclui que, em sua origem, se encontra sempre a repressão, imperfeitamente alcançada, de uma pressão pulsional. A expectativa ansiosa de que algum tipo de desgraça, ou

castigo, vai ocorrer denuncia a presença de um poderoso sentimento de culpa. O cerimonial obsessivo atua como objetivos deslocados, com a finalidade defensiva de proteção.

Desde que a psicanálise verifica o sentido dos sintomas e sua gênese, desaparece a diferença entre cerimoniais religiosos e sintomas neuróticos, ainda mais quando se verifica que, na base da religião, está a necessidade da renúncia a determinados desejos. É preciso salientar que tais desejos não são exclusivamente de natureza sexual, mas também agressivos, egoístas, os quais, em sua satisfação, seriam antissociais. Trata-se da ética individual, no caso da neurose, e da ética coletiva, no caso das religiões, que seriam uma neurose obsessiva universal.

Freud avança ao procurar as origens filogenéticas da religião e dos princípios éticos no processo de humanização do homem, indo encontrá-las em um Édipo primordial, no seu trabalho *Totem e tabu*.<sup>4</sup>

Dos quatro capítulos desse livro, os dois primeiros estão dedicados à análise do tabu, querendo Freud vinculá-la à ambivalência afetiva. A propósito, “tabu” é um termo de origem polinésia que não significa simplesmente “mau”, como entendido de maneira equivocada, mas algo como “cuidado”. As realidades e as relações “tabu” caracterizam-se pela ambivalência, por serem fascinantes (amadas) e aterradoras (odiadas).

É interessante notar que a origem da ética engloba, portanto, não só a proibição, o temor, mas também o cuidado, que Melanie Klein, mais tarde, veio a esclarecer como consideração pelo objeto.

As realidades e as relações “tabu” são caracterizadas pela ambivalência, e é justa-

mente esta que Freud enfatiza quando considera que o rechaçado também é desejado (como no caso do incesto). É assim na neurose obsessiva e nas normas morais éticas.

É importante distinguir entre as proibições “tabu”, que não demonstram nenhuma razão lógica, apesar da força com que atuam, e as normas morais e éticas, que procuram sempre a justificação racional. Entre as duas formas de interdição, Freud<sup>4</sup> estabelece uma relação ao afirmar que “a consciência ‘tabu’ constitui provavelmente a forma mais antiga de consciência moral”.

No Capítulo IV de *Totem e tabu*,<sup>4</sup> Freud amplia a compreensão da moral, indo além do marco psicológico, da ambivalência, para explicar a filogênese, a gênese social da moral e da religião. Esse capítulo está mais dedicado à compreensão de totem do que de tabu, ainda que ambos se encontrem relacionados, sobretudo por meio do tabu de matar o animal totêmico. Baseando-se em algumas hipóteses de Darwin e Atkynson, Freud formulou, para as origens da humanidade, um complexo de Édipo primordial e um parricídio original, como um processo repetido durante muito tempo.

O pai da horda primitiva, senhor de todas as mulheres, violento, ciumento e egoísta, não só impede a união sexual dos jovens como expulsa da horda aqueles que o contrariam e desafiam. Os irmãos, os jovens expulsos, unem-se, matam o pai e devoram seu corpo, terminando o sistema da horda paterna. Como a relação dos irmãos com o pai era ambivalente, depois de terem resolvido a ambivalência pelo predomínio do ódio, ressurgiram os sentimentos amorosos. Dois fatores contribuíram, de acordo com Freud, para a mudança do afeto no grupo parricida. Em primeiro lugar, o fato de que o parricídio não propiciou a nenhum dos irmãos a plena satisfação dos desejos, pois nenhum deles podia ocupar

o lugar do pai morto. Nesse aspecto particular, o parricídio foi totalmente inútil, e o fracasso favoreceu mais a reação moral do que o êxito. Em segundo lugar, por meio da obediência retrospectiva dos irmãos em relação ao pai, juntou-se à culpa e ao remorso o sentimento de exaltação da figura paterna, que passou a ter maior valor e poder do que tinha em vida.

É preciso destacar que, nesse contexto, nas origens da humanização, no surgimento das bases da moral e da ética, estão o sentimento de culpa e a exaltação maníaca, ou seja, uma falsa reparação. Os irmãos proibiram a si mesmos o que anteriormente o pai lhes havia proibido. Em lugar da horda primitiva, surge o clã, com proibições e interdições das quais emerge a figura do totem, que supera a do pai morto e que dá origem às diversas religiões.

Com a experiência vivenciada, renunciaram ao incesto e trataram-se entre si como haviam tratado o pai, do que se originou o contrato social, que nada mais é do que o estabelecimento de normas éticas.

A proibição do incesto – que complementa a proibição de se matarem como tinham feito com o pai da horda primitiva – constitui o ponto de partida das normas éticas que caracterizam as organizações sociais, as restrições morais e a religião, que são heranças do complexo de Édipo. Com a interdição, desaparece um elemento existente como realizador do comportamento primitivo, a competência do pensamento, à qual os homens parecem não querer renunciar.

É importante fazer algumas considerações sobre a relação entre o pensamento que leva ao surgimento de sentimentos de culpa e os comportamentos supostamente capazes de evitar a culpa. Em *Totem e tabu*,

Freud distingue três formas de conceber o mundo: a animista, a religiosa e a científica, que, de certa forma, se superpõem à história do desejo.

A evolução histórica do desejo decorre, inicialmente, do progressivo movimento da onipotência do pensamento, no começo atribuída ao próprio desejo, mais tarde aos deuses, representantes dos pais; por fim, essa eleição se realiza conforme o princípio da realidade, o que corresponderia à fase científica, na qual o “[...] indivíduo renuncia ao princípio do prazer e, subordinando-se à realidade, busca seu objeto no mundo exterior”.<sup>4</sup> Como se pode perceber, trata-se da diminuição da onipotência e do narcisismo em favor da realidade e da presença do objeto, promovido pela imposição da realidade e da frustração.

A expressão “onipotência das ideias” foi sugerida a Freud por seu paciente “homem dos ratos”,<sup>6</sup> para quem a simples ideia de “matar o pai” equivalia a uma maneira de realizá-la. No fim do referido artigo, ao constatar o que chama de predileção dos neuróticos obsessivos pela utilização dessa forma de pensamento como defesa da realidade, Freud conclui que “a origem dessa maneira de pensar está na primitiva mania infantil de grandeza”, sendo que, nesse estado mental, não haveria diferença entre mundo interno e externo. Todo pensamento seria suscetível a se realizar, simplesmente por ser pensamento. A religião, segundo Freud, utiliza essa crença infantil da onipotência do pensamento e conta com a ajuda do mecanismo da projeção. Esse processo visa a expulsar percepções e desejos do indivíduo, atribuindo-os à realidade exterior, aliviando a dor psíquica e contornando um conflito interno. Assim, a finalidade da projeção é conciliar tendências opostas que o indivíduo não integrou dentro de si. O mesmo acontece com a religião: afasta-se

a frustrante e dura realidade da vida e, ao mesmo tempo, satisfazem-se a saudade e a nostalgia da onipotência infantil.

O papel da religião no estabelecimento de uma ética universal está em coibir a repetição do crime primitivo. A religião propõe que a culpa seja resolvida por meio do arrependimento, para assim obter o amor do pai onipotente. Onipotência e culpa são os temas arcaicos que se entrelaçam com desejos perigosos e constituem os elementos ilusórios que tentam conter a natureza do homem. Esse é o tema de *O futuro de uma ilusão*,<sup>7</sup> (1927), uma abordagem científica do problema moral e ético do homem. Antes, Freud deixa assentada sua ideia de que a condição humana, o estabelecimento de uma ética em sua conduta, fundamenta-se na renúncia ao incesto e na aceitação da lei do pai. Como consequência, quando os irmãos se dão conta de que nenhum deles pode ocupar o lugar do pai, iniciam o desenvolvimento social. É importante assinalar que, a partir de então, a lei do pai não é mais uma pressão exterior, de acordo com o mito, mas uma proibição interiorizada.

Essa proibição vai ocupar o lugar anteriormente preenchido pela renúncia à onipotência. São necessários a castração simbólica e os lutos por perder um poder imaginário e a fantasia de ter tudo. A partir daí, a aceitação das limitações da realidade permite a evolução do que é definido como humanização do homem.

Quanto à compreensão do papel da religião para a cultura, Freud estuda o tema em dois trabalhos: *O futuro de uma ilusão*,<sup>7</sup> de 1927, e em *O mal-estar na civilização*,<sup>8</sup> de 1929. As duas obras, ainda que breves, são de amplitude e profundidade marcantes. Enfoca-se o papel da religião e avalia-se a função global da cultura humana na transformação do homem em um ser ético.

Deixando de lado os aspectos idealistas da sociedade, denominados cultura, e os utilitários, denominados civilização, Freud estuda o objetivo da cultura em sentido amplo, que engloba tanto as criações materiais como as instituições sociais e as formas de pensamento. Esse objetivo é duplo: dominar a natureza e regular as relações humanas, estabelecendo o que se constitui nos chamados princípios éticos.

Quando Freud publicou, em 1908, *A moral sexual cultural e a nervosidade moderna*, a cultura era equivalente à repressão e vinha imposta por duas razões: uma, pela falta de amor dos indivíduos ao trabalho; outra, pela necessidade de dominar as tendências libidinosas, que tanto podem servir para unir os grupos humanos como para atuar como forças desagregadoras. A questão, para ele, era saber se era possível abrandar o grau de sacrifício imposto aos indivíduos e a forma de encontrarem uma compensação que gratificasse o trabalho e a limitação.

Essas compensações consistem na obtenção de gratificações originárias da identificação narcísica com o grupo social, que aprova e estimula ideais a serem obtidos, e no orgulho de atingir rendimentos, produções e *status*. As gratificações podem, ainda, ser proporcionadas por criações artísticas, que são inacessíveis às massas, e, mas de maneira decisiva, a gratificação compensatória é efetuada ao proporcionar ao indivíduo proteção ante a supremacia da natureza. Diz Freud:<sup>8</sup> “[...] como para a humanidade, também para o indivíduo, a vida é difícil de suportar” – assim, o que se trata mesmo é de propiciar paliativos para a dureza da vida.

O tema da servidão humana foi um ponto sobre o qual Freud<sup>8</sup> sempre insistiu: “[...] o homem, gravemente ameaçado, solicita consolo, pede que o mundo e a vida fiquem livres de espantos”.

De fato, a religião procura afastar o terror da dura realidade do homem diante da natureza, utilizando os elementos desta e transformando-os em seres poderosos, com características paternas protetoras e ameaçadoras. O verdadeiro sentido desse sistema é moral, o estabelecimento de normas e preceitos culturais. O objetivo final é proporcionar um manto protetor, em face da falta de sentido e do caos, tornando suportável a crueldade do destino e da morte.

A religião não é somente moralidade e proteção, mas também consolo e esperança. É um desejo, menos que um temor, o que sustenta a religião; e por isso se trata de um sistema ilusório, ilusão da realização de um desejo infantil, que se prolonga na vida adulta, tentando mitigar os dolorosos sentimentos de desamparo, desvalia e nostalgia do pai protetor.

A religião tem prestado, como diz Freud,<sup>8</sup> “[...] grandes serviços à civilização humana e tem contribuído, ainda que insuficientemente, para dominar os instintos antissociais”. Ela constitui a neurose obsessiva da humanidade e, da mesma forma que a da criança, se origina no complexo de Édipo, na relação com o pai.

Independentemente da veracidade das crenças religiosas, o que se depreende de sua análise é a constatação da verdade histórica: que o divino e as idealizações estão nas fundações da moral, da ética e da cultura. No que diz respeito à ética médica, do ponto de vista religioso, a postura de Maimonides, filósofo, médico de Saladino e maior autoridade rabínica de seu tempo, expressa de forma esclarecedora a posição ético-religiosa. Maimonides, antes de visitar seus pacientes, fazia uma oração em que considerava ser “bom” cuidar da vida e da saúde das criações de Deus e implorava que Ele o ajudasse a ser movido por uma só ideia – o desejo de proteger e prolongar a vida.

Ainda que *O futuro de uma ilusão* tenha sido um tanto decepcionante para Freud, é preciso valorizar a abordagem que o autor faz das relações entre religião e moral e o projeto que propõe. Mesmo que a moral e, portanto, as prescrições éticas estejam em função de uma visão cósmica e religiosa, da qual estaríamos nos desvinculando, é preciso encontrar uma reposição para a religião que justifique novos fundamentos sociais, o que, para Freud, em 1929, era a ciência.

Segundo ele, a única via possível para o progresso do homem – e isso implica tornar-se mais evoluído mentalmente e menos neurótico – é pelo caminho do conhecimento e da lógica, capaz de proporcionar esclarecimentos para enfrentar o que Freud denomina de “dia a dia, a dura vida inimiga”, o que ele considera “educação para a realidade”. Ainda que a ciência não ofereça a poderosa e amorosa proteção, ela permite ampliar nosso poder de conter a natureza, “a dura realidade da vida”, e dar sentido e equilíbrio à nossa vida.

O tema do sentido da vida e, portanto, das implicações éticas é retomado em *O mal-estar na civilização*,<sup>8</sup> em que o objetivo religioso da vida é substituído pela aspiração da felicidade, a cuja investigação Freud dedicará o resto de sua obra. O estudo da moral, na obra de Freud, é o que pretendemos abordar a seguir, em continuação e contraste com a religiosidade.

## A MORAL

Da análise da religião, passamos ao entendimento da moral individual. Muda o enfoque, mas não o método, que é o da interpretação. Da mesma forma que Freud em relação à religião, podemos estabelecer uma analogia entre consciência moral e consciência neurótica e verificar que a gê-

nese da moral está profundamente vinculada à da religião. Nesta, o centro da estrutura localiza-se em uma entidade superior, protetora e primitiva. Em nível individual, o centro está em alguns conceitos, como no de superego e de ideal do ego, que, às vezes, são utilizados como sinônimos. Em outros momentos, como nas *Novas lições*, de 1932, o ideal do ego aparece apenas como uma das funções do superego, junto com as de auto-observação e consciência moral. Sem a intenção de aprofundar uma discussão a respeito das diferenças dos conceitos referidos, atemo-nos à explicação econômico-funcional da moral.

As origens da compreensão da moral individual, na obra de Freud, encontram-se em *Introdução ao narcisismo*<sup>9</sup> e em *Luto e melancolia*,<sup>10</sup> trabalhos que preparam a mudança para a teoria estrutural em *O ego e o id*,<sup>11</sup> e ainda em outros trabalhos que abordam a moral e a ética (*A dissolução do complexo de Édipo*, *O problema econômico do masoquismo* e *O mal-estar na civilização*). Nesses trabalhos, o que se observa é o desenvolvimento de noções que fundamentam o superego, tais como idealização, sublimação e identificação, às quais temos que agregar novos pontos de vista que surgem após a formulação do instinto de morte.

## INTRODUÇÃO AO NARCISISMO

A diferença que Freud<sup>9</sup> estabeleceu entre narcisismo primário e secundário modificou o dualismo de impulsos do ego *versus* impulsos sexuais para uma nova oposição entre libido do ego e libido objetal. Essa oposição estabelece uma importância fundamental para a ética. O narcisismo passa a ser entendido como o grande reservatório libidinal, que pode se dirigir aos objetos e passar a ter consideração por estes, mas que

também pode retornar ao sujeito. Freud utilizou o conceito para explicar a eleição de objeto dos homossexuais, que buscam jovens do mesmo sexo para poder amá-los como sua mãe os amou.

Sobre a diferença entre narcisismo primário e secundário, surgem os conceitos de idealização e sublimação. No adulto normal, a megalomania que representa o narcisismo infantil não renunciado revela que nem todo narcisismo está investido no interesse pelos objetos, mas que as exigências culturais e éticas do indivíduo e sua autoestima canalizam o narcisismo para um ideal que passa a regular os valores do mundo interno.

Esse ideal, por distante que pareça estar das raízes infantis, funciona como uma fantasia de satisfação do desejo de perfeição narcísica, que a realidade e a educação se encarregaram de frustrar: a onipotência infantil, que pode ser recuperada pelo ego ideal, sendo este pleno de perfeições. A idealização é o mecanismo pelo qual o amor narcísico por si mesmo na infância transforma-se, na vida adulta, no ego ideal.

No que diz respeito à ética médica, essa compreensão das relações humanas esclarece que a conduta é antiética quando as tendências narcísicas, egoístas, predominam sobre aquelas que priorizam o interesse, a importância e a consideração pelo outro, especialmente pelo sofrimento do outro.

Nessa mesma linha de compreensão, pode-se conceber a hipótese da formação de um ideal do ego médico, que presidiria a conduta médica.

A idealização é apenas um dos processos de formação do superego, ao qual acrescentam-se outros. Freud utiliza o conceito de sublimação para completar a com-

preensão da formação do superego. Em seu artigo de 1908, *A moral sexual cultural e a nervosidade moderna*,<sup>12</sup> define a sublimação como aquele processo que

[...] muda o fim sexual primitivo por outro, não mais sexual, mas psiquicamente afim do primeiro, pondo à disposição do trabalho cultural grandes quantidades de energia.

A sublimação muda o fim da pulsão e aponta para objetos socialmente valorizados. A idealização, ao contrário, não muda de objeto, apenas o engrandece, e o problema reside no fato de que esse engrandecimento pode ocorrer com o próprio ego, como acontece em relação aos objetos. Dessa forma, vai sendo construído um objetivo ético nas escolhas e aspirações, em complementação ao aspecto proibitivo do superego. Conclui Freud:<sup>12</sup>

A produção de um ideal eleva as exigências do ego e favorece mais que nada a repressão. Em troca, a sublimação representa um meio de cumprir tais exigências sem recorrer à repressão.

De outra parte, na medida em que a idealização pode atingir objetos que não o ego (basicamente as figuras parentais com as quais este vai se identificar), ela determinará uma tensão, uma ansiedade entre o ego e seus ideais (cobranças dos objetos idealizados) e os ideais que o ego deve atingir.

A consciência moral é a instância encarregada de vigiar o nunca atingido ajuste entre o ideal (cobranças dos objetos idealizados) e o ego. Um dos fundamentos que baseiam o funcionamento do mundo interno é, pois, a transformação de aspirações narcísicas em ideais modificados pela

sublimação e, mais, o fato de a idealização proporcionar a base da identificação, explicando que as qualidades adquiridas do outro se convertem nas do próprio sujeito.

Esse funcionamento da mente proporcionou a Freud a distinção entre ego ideal e ideal do ego, termos que podem parecer sinônimos. No que diz respeito à ética, essa distinção é importante.

Laplanche e Pontalis<sup>13</sup> são quem esclarecem com maior adequação a importância dessa distinção para a ética e para a lei:

Como os termos indicam, o “ego ideal” é colocado mais ao lado de uma idealização da onipotência do ego: é um ego idealizado, um ego levado ao máximo de sua onipotência. Ao contrário, o “ideal do ego” aparece como algo que se situaria frente ao ego como seu ideal, certamente mais ligado aos problemas da lei e da ética. Os sentimentos de inferioridade deveriam ser situados melhor ao lado do ego ideal, enquanto os sentimentos de culpa ou de insuficiência moral do lado do ideal do ego.

O conflito ético, sob o qual se encontra o conflito psíquico e ao qual este se considera irremediavelmente vinculado, verifica-se no melancólico, em que não há correlação entre a intensidade da autocrítica e a justificativa real. Sentimentos de culpa e de inferioridade encontram-se no melancólico e no indivíduo enlutado, sendo que Freud reconhece a amplitude do processo de identificação na origem desses sentimentos: a formação do superego.

Em *Três ensaios para uma teoria sexual*,<sup>14</sup> Freud aborda o papel da identificação com a organização da fase pré-genital, oral-canibal, quando afirma: “o fim sexual consiste na assimilação do objeto”, mecanismo este que depois desempenhará importante papel psíquico no processo de identificação.

Freud refere-se novamente a esse tipo de identificação em *Totem e tabu*,<sup>4</sup> ao assinalar que, devorando o pai da horda primitiva, os filhos se identificavam com ele e se apoderavam de sua força. Retorna ao tema em *Psicologia das massas e análise do ego*<sup>15</sup> e em *Luto e melancolia*<sup>10</sup> de maneira brilhante, ao descobrir que, na exagerada autocrítica do melancólico, encontram-se acusações ao objeto perdido. Ambos os fenômenos, o luto e a melancolia, apresentam profundas afinidades e apontam para a formação dos princípios éticos a partir da identificação com o objeto perdido no ego. É importante assinalar que, apesar de acatar a realidade ao reconhecer a perda, a relação afetiva com o objeto não se perde e o conflito com a pessoa amada e perdida transfere-se para o interior do ego.

Freud remete, ainda, à identificação narcísica com o objeto substituto do investimento erótico como uma forma de reter o objeto perdido. O autor havia distinguido dois tipos fundamentais de eleição de objeto: o narcisista, no qual o objeto é eleito de acordo com o modelo da própria pessoa, e o anaclítico, ou de apoio, em que é eleito conforme o modelo da pessoa que cuidou do sujeito. Ambos têm origem no narcisismo primário. Essa condição, como aponta Freud, é fundamental na compreensão da melancolia, ou seja, na crueldade do superego com o próprio indivíduo. Aí reside a diferença do trabalho do luto, que é realizado com um objeto externo, enquanto o conflito do melancólico é consigo mesmo.

Detivemo-nos em *Luto e melancolia*<sup>10</sup> e, em especial, nos fenômenos de identificação porque são fundamentais para a problemática da moral e da ética. De fato, o processo a partir do qual Freud descreve o estabelecimento do superego em *O ego e o id*<sup>11</sup> seria incompreensível, de forma mais específica na parte em que situa que o superego se estrutura como reação à per-

da dos objetos sexuais abandonados – os pais – por meio da identificação com eles. É importante salientar que o modelo básico dessa identificação é a identificação com o seio materno.

A concepção da teoria estrutural com id, ego e superego efetua a compreensão do mundo interno, em que os impulsos do id necessitam ser ordenados para fins de equilíbrio interno e adaptação à realidade externa, por meio do ego e da modificação deste pela identificação com os pais. Mais especificamente: obrigado a renunciar aos pais como objetos de amor, o ego resiste a fazê-lo e não encontra outra solução para dominar os impulsos do id a não ser fazer-se a si mesmo como os objetos perdidos. Desse modo, o ego consegue dominar o id, mas, ao renunciar a seus objetos, torna-se ao mesmo tempo um perdedor e um vencedor, até que o superego – estrutura psíquica herdeira dessas lutas – estabeleça uma primeira proibição: a do incesto.

Há uma profunda conexão entre o superego e o id; o primeiro se encontra mais próximo do id que do ego consciente e inclui a história das relações de objeto. Isso explica o caráter inconsciente dos ideais e dos sentimentos de culpa. Freud<sup>11</sup> qualifica o superego como advogado do mundo interno:

O ideal do ego é, portanto, o herdeiro do complexo de Édipo e, com isso, a expressão dos impulsos mais poderosos do id e dos mais importantes destinos de sua libido. Por meio de sua criação se apoderou o ego do complexo de Édipo e se submeteu simultaneamente ao id. O superego, advogado do mundo interior, ou seja, do id, se opõe ao ego, verdadeiro representante do mundo exterior ou da realidade.

Para explicar a dupla presença da mãe e do pai na identificação, Freud recorre a

uma compreensão mais complexa do Édipo, ao vinculá-lo à bissexualidade infantil. A identificação com o pai e com a mãe seria, por sua vez, positiva e negativa. No caso do menino, a identificação com o pai conserva o objeto materno como escolha, enquanto, na menina, a identificação com a mãe manterá o pai como objeto de escolha. É o complexo de Édipo direto.

Mesmo Freud<sup>11</sup> reconhece que são complicadas essas relações, pois, em um momento, afirma que “a primeira identificação é com a mãe”, para depois dizer que a mais importante é a com o pai e, a seguir, retificar afirmando: “talvez fosse mais prudente dizer, com os pais”.

Na realidade, a identificação primária continua sendo uma espécie de enigma para a psicanálise. O texto mais esclarecedor a respeito do processo e das consequências da identificação encontra-se em *Psicologia das massas e análise do ego*.<sup>15</sup> A referência, no texto, revela as limitações da teoria, mas é clinicamente esclarecedora:

[...] não é difícil expressar numa fórmula esta diferença entre a identificação com o pai e a eleição do mesmo como objeto sexual. No primeiro caso, o pai é o que se quer ser; no segundo, o que se quer ter. A diferença está, pois, em que o fator interessado seja o sujeito ou o objeto do ego. Por esse motivo, a identificação é sempre possível antes de toda eleição do objeto. O que resulta muito mais difícil é construir uma representação metapsicológica concreta dessa diferença.<sup>15</sup>

O importante é que não se pode concluir por uma explicação puramente mecânica ou simplesmente biológica, de acordo com a qual o indivíduo escolhe a identificação com o pai ou com a mãe conforme as disposições masculinas ou femininas de cada um, pois isso faria supor que a sexuali-

dade fosse apenas um instinto, deixando de lado tudo que é adquirido pela experiência.

Apesar das contradições e dificuldades a respeito da origem do Édipo, firma-se o entendimento de que, no mundo interno, surgem as regras normativas que estabelecem a ética do sujeito. Vale referir as complexas leis que passam a reger a conduta a partir de ideais e interdições. Dos textos de Freud, é importante deduzir que identidade sexual, a escolha na identificação, é da “competência” da instância “ideal”, como afirmam Laplanche e Pontalis.<sup>13</sup> A identidade sexual é do domínio da norma, ou mais exatamente: a posição quanto ao sexo depende da mesma instância à qual se vincula a norma, a regra.

Resultado inesperado: para Laplanche e Pontalis,<sup>13</sup> o principal problema ético que se coloca ao nível desse superego e desse ideal do ego é o da posição sexual. Da leitura dos textos de Freud, entende-se que, no mundo interno, a instância assume as normas, a ética, que vão determinar a conduta “moral” na vida.

## O CARÁTER NORMATIVO OU ÉTICO DO SUPEREGO

De uma forma resumida, e levando em consideração as dificuldades e as complexidades na estruturação da instância no mundo interno, é possível estabelecer alguns princípios vigentes no superego, os quais caracterizam sua atividade, não só no estabelecimento de normas que se manifestam na vida moral comum como também em patologias como a neurose obsessiva e a melancolia. Os princípios ou o caráter do superego evidenciam-se, primeiramente, por sua característica primitiva e efetuam-se por meio de sua atividade reativa ou formação reativa. Em segundo lugar, pela instauração da angústia de castração: a dis-

solução do complexo de Édipo. Em terceiro, pela ligação da severidade do superego com o mal-estar. A lei cultural (exogamia e outras) coloca o homem em um conflito insolúvel.

O caráter perverso-polimorfo infantil da sexualidade determina uma separação, uma descontinuidade entre a ordem biológica e a ordem humana. A sexualidade é perversa. No início, é a anarquia dos impulsos parciais. Desde o começo, instaura-se o que é permitido e o que é proibido. Os objetos desejados (a mãe), introjetados reativamente pela perda, tornam-se proibidores.

Toda prática psicanalítica instaura-se neste conflito: a mãe é a mulher absolutamente proibida. Quem desobedece à lei perde o desejo. Assim, o conflito psíquico descoberto por Freud é um conflito ético, como também são éticos os problemas que encontramos nos pacientes e nos terapeutas. Os sentimentos de culpa, conscientes ou inconscientes, a necessidade e os atos de autopunição são condutas éticas.

É necessário fazer uma distinção entre a conduta ética no campo da medicina e, em particular, na área das psicoterapias. Em relação à medicina, a ética é regida pela deontologia; desta também participam os psicoterapeutas, mas ela não alcança a natureza íntima do processo que vivem estes últimos no contato com os pacientes.

A atividade do psicoterapeuta consiste em entender e aliviar o sofrimento, que está associado a conflitos éticos. O espectro de situações é amplo, como são amplas e profundas as situações humanas.

Para fins práticos, duas condições são sempre relevantes no trato com os pacientes: a neutralidade e a regra da abstinência ideológica. A análise, assim como a psicoterapia de orientação analítica, não deve ser uma doutrinação.

Apesar das recomendações e dos avisos que o terapeuta recebe em sua formação, no trabalho com o paciente, sua neutralidade tem limites. É evidente que ele sempre vai preferir a vida à morte, o amor ao ódio, a paciência à pressa, e assim por diante. A regra da abstinência deve ser sempre considerada, seja no campo ideológico, seja no religioso, político ou pessoal. Por isso, a ética do terapeuta é tão importante: mesmo recomendadas, a neutralidade e a regra de abstinência são inseguras. O analista e o psicoterapeuta participam com mais do que seus conhecimentos na relação transferencial-contratransferencial.

A psicanálise é uma ideologia que concebe a natureza do homem de uma forma psicobiológica, a cultura como uma produção criativa e o sofrimento psíquico como originário do conflito. Esse conjunto configura um complexo ético que, de alguma forma, está presente no encontro terapêutico.

As regras de abstinência e neutralidade dependem, da parte do terapeuta, de uma condição pessoal de autoconhecimento, inclusive de suas limitações. Por meio desse processo, ele deve saber conter seus desejos, deixando ao outro a liberdade de organizar seus próprios desejos, sempre em consonância com a realidade-verdade.

A evolução do funcionamento narcísico para o funcionamento das relações de objeto, no qual predominasse a consideração pelo objeto, seria uma forma simplificada de equacionar um princípio complexo e difícil, capaz de orientar a conduta ética e que deveria sempre predominar no trato do terapeuta com seu paciente.

## PSICOTERAPIA E ÉTICA

Ao longo de nossa história, os mitos, as religiões, a literatura e a arte vêm explorando

os crimes do homem para mostrar-lhe o peso de sua culpa. Freud conferiu à noção de culpa uma importância central, e é ela a expressão mais rigorosa dos crimes do incesto e do parricídio. Em *Totem e tabu*,<sup>4</sup> descreve que esses crimes estão na origem das leis que os reprimem e se expressam na organização do superego.

A lei que condena o incesto e o parricídio transformou-os em crimes simbólicos, que se evidenciam nas fantasias inconscientes do sujeito. O efeito do superego consiste em tornar o crime irrealizável, ajudando o sujeito a manter-se ético.

Ainda quanto ao sentimento de culpa, deve-se destacar que ele faz parte das garantias da civilização. O custo do progresso cultural deve ser pago por uma perda de felicidade, decorrente do reforço desse sentimento de culpa.

A força da culpa corresponde ao desejo de transgressão, e a renúncia à satisfação de tal desejo é que condena o sujeito a respeitar o equilíbrio que tanto sobrecarrega os sentimentos de culpa. Tais sentimentos, assim como encaminham os transtornos mentais, também cimentam os valores mais autênticos da civilização. Por meio da cultura, e aqui se insere a psicanálise, as exigências podem se manter em níveis razoáveis, permitindo que se superem as leis morais primitivas e que se abra espaço para a ética, o que conduz a sublimações criadoras.

Como já exposto, Freud, em *Totem e tabu*,<sup>4</sup> discorreu sobre as origens da moral, da religião e da sociedade, bem como sobre seu vínculo com as interdições edípicas que levam à exogamia e ao respeito ao pai internalizado, que é o portador da lei. Esse entendimento leva a configurar a ética como a maneira de o indivíduo se inserir na sociedade, estando esta baseada na proibição e na renúncia da satisfação direta das pulsões.

A renúncia da satisfação está associada à repressão, e esta é necessária, uma vez que a pulsão segue buscando sua satisfação. Para permanecer na sociedade, onde a cultura existe e continua se desenvolvendo, o sujeito deve renunciar à satisfação proibida, o que o leva a se manter em conflito permanente.

O homem torna-se ético a partir de um processo de desenvolvimento cultural, que implica encaminhar bem suas pulsões, sendo capaz de se responsabilizar por seus atos, promovendo e regulando o relacionamento com seus semelhantes. A ética se instala no ego do indivíduo, capacitando-o a manejar, com as pulsões advindas do id, as ordens do superego e as exigências da realidade exterior.

Em uma relação terapêutica, instalam-se vínculos afetivos que levam ao estabelecimento de um campo no qual a transferência, por parte do paciente, e a contratransferência, por parte do terapeuta, determinam as tendências pulsionais mobilizadoras da dupla.

Pode-se dizer que a ética e a técnica são faces da mesma moeda, pois existe uma relação de continuidade indissolúvel entre elas na prática terapêutica, sendo que o terapeuta é ético enquanto preserva a boa técnica. A ética extrínseca da terapia se deteriora quando acontecem falhas nos procedimentos técnicos psicoterápicos.

Cabe destacar que, na relação terapêutica, devem ser nítidos os limites e as metas da dupla, a qual é formada por um sujeito mais desenvolvido (terapeuta) e por outro por se desenvolver (paciente). A tarefa visa a assegurar ao paciente sua plena capacidade, permitindo, assim, que tome decisões por si próprio. O terapeuta tem o

dever ético de ajudá-lo a se desprender da relação de dependência, permitindo a instalação e o desenvolvimento da capacidade de autonomia plena.

Erros técnicos, muitas vezes, configuram falhas éticas, que ocorrem sob a racionalização do terapeuta de estar protegendo o paciente de possíveis males. Caracterizam-se, no entanto, como uma atitude paternalista, que se opõe ao objetivo essencial e ético do tratamento, a busca da autonomia do livre-arbítrio por parte do paciente. O paternalismo pode ser identificado sempre que, por qualquer medida terapêutica, é cerceada a livre escolha do paciente, além do indispensável para a preservação de sua sobrevivência.

A questão ética reside, portanto, em uma visão ampla, na oposição entre autonomia e autoritarismo; este ataca permanentemente o objetivo da autonomia, que é a razão da terapêutica.

Freud preocupa-se com a questão ética desde as considerações iniciais sobre sugestão até a mais elaborada teoria da transferência, quando fica, então, salientada a meta da técnica psicanalítica de respeitar e desenvolver a autonomia do paciente. Dois comentários chamam a atenção: o primeiro está em *Observação sobre o amor transferencial*:<sup>16</sup>

Para o médico, motivos éticos unem-se aos técnicos para impedi-lo de dar à paciente o seu amor. O objetivo que tem de manter em vista é que essa mulher, cuja capacidade de amar encontra-se prejudicada por fixações infantis, possa adquirir pleno controle de uma função que lhe é de tão inestimável importância.

O segundo está em *Esboço da psicanálise*<sup>17</sup> e salienta, mais uma vez, a íntima relação da ética com a técnica:

Por mais que o analista possa ficar tentado a transformar-se em professor, modelo e ideal para outras pessoas, e criar homens à sua própria imagem, não se deve esquecer que essa não é a sua tarefa no relacionamento analítico, e que, na verdade, será desleal a essa tarefa se permitir-se ser levado por suas inclinações. Se o fizer, estará apenas repetindo um equívoco dos pais, que esmagaram a independência do filho por meio de sua influência.

A norma ética preconiza que se deve buscar a verdade do paciente, o que implica uma determinação na metodologia do trabalho terapêutico. Em relação a esse aspecto, o terapeuta deve desenvolver condições mentais pessoais que possibilitem a mínima influência de seus conflitos e ideais no desenvolvimento particular do paciente.

Há que se ter em mente que, para a terapia ser eficaz, são necessários requisitos éticos que ultrapassam o conhecimento da técnica em si, tais como o empenho em querer ajudar o paciente, a capacidade de suportar a relação com este e a confiança na capacidade de poder ajudá-lo. A tarefa terapêutica deve realizar-se sem perder de vista a necessidade de respeitar os valores e as características pessoais do paciente, não podendo o terapeuta justificar qualquer impulso ou comportamento que interfiram, de forma autoritária, nessa autonomia.

O terapeuta deve reger-se pela responsabilidade, pela independência e pelo respeito à pessoa do outro. Em decorrência, deve suscitar a autonomia, a liberdade e a responsabilidade do paciente, para que este possa sair da condição de dependência e falta de governabilidade em que vive, em função de seus conflitos psíquicos.

É inevitável que o modelo cultural do terapeuta interfira no campo terapêutico, sendo, por isso, essencial que ele tenha

consciência desse fato, buscando evitar a intrusão do modelo ideológico e respeitando sempre a identidade e a realidade psíquicas do paciente. A diferença entre a ideologia e o respeito pela pessoa do paciente é fundamental; o respeito abriga o caráter ético, e a ideologia, um esquema de ideias que se quer impor ao outro, visando ao domínio e à manipulação, em oposição à autocompreensão, que, em geral, leva à autonomia do indivíduo.

O terapeuta deve tratar seu paciente somente por meio da teoria e da técnica psicoterápicas. Ele é responsável por sua própria conduta ética, não só no que diz respeito aos seus *standards* profissionais, mas também no relacionamento com pacientes, colegas, sociedade profissional, outras instituições e público em geral.

Terapeuta é aquele que utiliza método e técnica psicoterápica reconhecidos, ou seja, a investigação do inconsciente por meio da associação livre, da interpretação dos sonhos, do entendimento da conduta e da compreensão dessa investigação, bem como o estabelecimento da relação transferencial-contratransferencial para o entendimento da causalidade do funcionamento da mente do paciente, a partir das primitivas vivências sexuais infantis. A função clínica do terapeuta também deve objetivar o tratamento, em que a consideração em relação ao paciente é a de um parceiro a ser ouvido e respeitado, com a finalidade de promover mudanças psíquicas que resultem em alívio do sofrimento psíquico.

Quanto à técnica, entende-se que a interpretação, complementada por outros procedimentos, como confrontação e esclarecimentos, constitui o instrumento básico para a investigação e a promoção de mudanças psíquicas. O terapeuta ético respeita o método psicoterápico, promove sua manutenção e seu desenvolvimento.

O *setting* e o campo terapêutico constituem o espaço no qual a relação transferencial/contratransferencial se desenvolve e se resolve da melhor maneira possível. Nesse aspecto particular, a técnica vincula-se diretamente à ética, que, portanto, se integra à teoria científica da psicoterapia. A raiz ética dá coerência e sentido às normas técnicas psicoterápicas, tornando-se essencial na prática terapêutica.

O terapeuta ético busca a verdade da realidade psíquica de seu paciente, em oposição aos impulsos, que procuram obter poderes científicos, políticos ou econômicos. As falhas éticas sempre levam a falhas técnicas, porque alteram o enquadre, ou seja, o campo terapêutico.

Considera-se essencial para a existência do processo psicoterápico que a relação terapeuta-paciente transcorra em privação, em frustração, em abstinência. Freud confirma isso quando refere que o analista não pode dar ao paciente satisfações diretas, porque, se este as obtém, rompe-se o campo, a análise se desvia e se perverte. Por entender que a gratificação direta bloqueia o processo de simbolização, considera-se a abstinência um recurso técnico da terapia e um preceito ético do terapeuta.

A sedução é uma das situações que, com frequência, alteram e desviam o processo psicoterápico, podendo torná-lo perverso, com a finalidade última de estabelecer a satisfação de demandas tanto por parte do paciente (esperadas) como por parte do terapeuta (não esperadas) relativas a exigências narcísicas.

Um código de ética deve ser instituído com base em princípios psicoterápicos, definindo as funções do terapeuta, delimitando sua atuação. Tais princípios, antes

de tudo, regem-se pela máxima do respeito aos direitos da pessoa. O terapeuta, mais do que ninguém, deve ter clareza do que seja o conceito de “respeito pelo outro”. Essa noção, como se sabe, está vinculada ao respeito por si mesmo, por seus próprios valores.

Esse código de ética deve, primariamente, ser formativo. Os valores éticos defendidos pelos terapeutas constituem dados que fazem parte de sua formação psicoterápica. Um código de ética enfocado por esse ângulo só não é desnecessário porque os terapeutas estão sujeitos, de forma mais permanente ou apenas transitória, a falhas éticas, relacionadas à irrupção das constelações perversas inconscientes que

podem abrigar dentro de si. Um código de ética é, então, um alerta, um chamamento à realidade, que pode ajudar os terapeutas a não ficarem submetidos a essas constelações perversas.

A ética do terapeuta não reside, em essência, no fato de seguir submisso a normas e códigos institucionais, mas, principalmente, em desenvolver a capacidade de uma consciência reflexiva sobre os valores que caracterizam sua tarefa. Ser ético é algo a ser alcançado pelo indivíduo em seu desenvolvimento, sendo que qualquer código de ética deve ter o sentido de formar, e não o de deformar, pelo excesso de normas ou por seu caráter punitivo.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Na introdução, encontram-se aspectos da descoberta psicanalítica acerca da compreensão da condição humana, indicando os caminhos para a instalação dos princípios éticos.
2. Em relação ao tópico religião, desenvolvem-se, a partir do ato civilizatório discutido em *Totem e tabu*, de Freud, os princípios reguladores da ética nas relações pessoais e sociais.
3. A partir do entendimento do narcisismo inicial, discute-se o desenvolvimento do indivíduo para a condição de consideração para com o objeto e a relação com a estruturação do superego.
4. A questão técnica salienta as firmes recomendações de se ater aos preceitos técnicos como forma de se manter dentro dos princípios éticos.

## REFERÊNCIAS

1. Freud S. The interpretation of dreams . In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 4.
2. Freud S. Extracts from the Fliess papers. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 1.
3. Freud S. The claims of psycho-analysis to scientific interest. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 13.
4. Freud S. Totem and taboo. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 13.
5. Freud S. Obsessives actions and religious practice. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 9.
6. Freud S. Notes upon a case of obsessional neurosis. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 10.
7. Freud S. The future of an illusion. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 21.

8. Freud S. Civilization and its discontents. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 21.
9. Freud S. On narcissism: an introduction. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 14.
10. Freud S. Mourning and melancholia. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 14.
11. Freud S. The ego and the id. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 19.
12. Freud S. civilized sexual morality and modern nervous illness. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 9.
13. Laplanche J, Pontialis JB. Vocabulário da psicanálise. Lisboa: Moraes; 1970.
14. Freud S. Three essays on the theory of sexuality. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 7.
15. Freud S. Group psychology and the analysis of the ego. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 18.
16. Freud S. Observations on transference-love. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 12.
17. Freud S. An outline of psychoanalysis. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 23.
- Freud S. Formulations on the two principles of mental functioning. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 12.
- Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 20.
- Freud S. Instincts and their vicissitudes. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 14.
- Freud S. Introductory lectures on psychoanalysis. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 16.
- Freud S. New introductory lectures on psychoanalysis. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 22.
- Freud S. On beginning the treatment. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 12.
- Freud S. Recommendations for physicians on the psychoanalytic method of treatment. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 12.
- Freud S. The dissolution of the Oedipus complex. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 19.
- Freud S. The economic problem of the masochism. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 19.
- Freud S. The psychopathology of everyday life. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 6.
- Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966.

## LEITURAS SUGERIDAS

Freud S. Beyond the pleasure principle. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1966. v. 18.

# PSICOTERAPIA DE APOIO DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

Lucia Helena Freitas  
Simone Isabel Jung

*Dê-me um ponto de apoio, e eu moverei o mundo.*  
(Arquimedes)

Os mecanismos de apoio, ou o suporte empático, permeiam as relações humanas desde os seus primórdios. Formas de organização de apoio aos doentes e tentativas de alívio do sofrimento físico e psíquico podem ser observadas ao longo da história, como o uso da magia, a figura de xamãs, pajés ou sacerdotes, e assim por diante, dependendo das diversas culturas.

Na Grécia Antiga, já se pensava que o aconselhamento e o apoio aliviavam as doenças mentais, principalmente em situações de crise.

A importância do apoio na relação médico-paciente sempre foi estimada, mesmo que de modo intuitivo e sem o conhecimento teórico-técnico da atualidade. Freud reconheceu que os médicos sempre realizavam algum tipo de psicoterapia de apoio em seus enfermos. Dessa forma, conhecer a pessoa que está doente, seja clínica, seja mentalmente, serve de base para as intervenções de apoio para suportar a dor, seja qual for sua natureza, sendo intrínseca

à função terapêutica. Daí que uma postura facilitadora para o paciente se ligar ao terapeuta é imprescindível para o êxito dos tratamentos.

Os diálogos entre profissionais da saúde e seus pacientes, contendo intervenções de apoio, são bastante comuns em diferentes tipos e locais de atendimento. Intervenções de apoio estão sempre presentes na relação médico-paciente, na clínica médica e nas diversas formas de psicoterapia, as quais incluem também a psicanálise-padrão.

A psicoterapia de apoio é uma modalidade psicoterápica que utiliza, de forma predominante, intervenções suportivas para auxiliar o paciente. Todavia, há uma variedade de questionamentos e posições a respeito, não existindo consenso quanto a uma teoria ou técnica universalmente aceitas.

O objetivo deste capítulo é apresentar uma maneira específica de terapia, dentro do amplo espectro que constitui a psicoterapia de orientação analítica (POA), abor-

dando seu conceito, objetivos, indicações, intervenções, mecanismos de mudança e evidências de eficácia.

## DEFINIÇÕES E OBJETIVOS

A psicoterapia de apoio pode ser definida sob diferentes perspectivas: como um tipo de psicoterapia psicodinâmica localizada na extremidade de um espectro, variando de intervenções compreensivas a intervenções essencialmente de apoio;<sup>1</sup> como uma modalidade distinta de psicoterapia;<sup>2</sup> ou como uma técnica utilizada em todos os tipos de psicoterapia,<sup>3-5</sup> inclusive na psicanálise.

Para muitos autores, a psicoterapia de apoio foi desenvolvida a partir da teoria psicanalítica, mas tem sido cada vez mais considerada como um método de tratamento independente e com corpo teórico e prático específicos,<sup>6</sup> abrangendo diversas abordagens psicoterápicas, como a cognitivo-comportamental, a humanista, a de gestão de estresse e a de orientação analítica, entre outras.

A psicoterapia de apoio de orientação analítica (PAOA) busca a melhora ou a manutenção do nível de funcionamento do paciente por meio do estabelecimento de uma relação de suporte, confiança e segurança entre psicoterapeuta e paciente. Amparada na compreensão psicodinâmica, a PAOA utiliza o apoio como principal intervenção para restabelecer as capacidades de defesa do paciente e para reforçar ou melhorar suas funções egoicas.

Tem como objetivos o aumento na apreensão e no julgamento da realidade, na capacidade de enfrentamento em situações de crises vitais ou acidentais ou de situações

de reagudização de um transtorno psiquiátrico prévio e a possibilidade de afastamento do paciente de estressores ambientais graves. A melhora sintomática é atribuída aos esforços que visam a fortalecer aspectos saudáveis do indivíduo e a aumentar a adaptação via equilíbrio entre os impulsos instintivos e seus derivados e das defesas acionadas, em busca do reforço daquelas mais adaptativas.<sup>7</sup> Mais recentemente, a finalidade da PAOA foi ampliada para além de apenas auxiliar um paciente psicótico a permanecer fora da internação hospitalar,<sup>8</sup> adaptado à vida na comunidade. Sugere-se, agora, que a psicoterapia de apoio de orientação analítica possa também evitar maiores rupturas na mente do paciente, manter ou melhorar seu funcionamento como um todo até obter, em alguns casos, mudanças estruturais de sua personalidade.<sup>2,9</sup>

## CLASSIFICAÇÃO

A PAOA, oferecida individualmente ou em grupo, é classificada em duas modalidades em termos de sua duração. A de longa duração é recomendada para enfrentar situações crônicas de incapacitação para pacientes com transtornos psiquiátricos maiores, deficiência mental leve, transtornos da personalidade e para aqueles cuja adesão ao tratamento farmacológico seja inabordável por outros tipos de intervenções. A de curta duração destina-se ao atendimento imediato do controle de crises. Nas crises em pacientes previamente saudáveis, a PAOA busca o rápido retorno ao funcionamento prévio e a prevenção do desenvolvimento de sintomas duradouros, bem como evita maior deterioração psicológica e relacional. Um exemplo disso é o enfrentamento de traumas psíquicos agudos graves.

## INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

A indicação clássica para psicoterapias de apoio é o caso de pacientes com psicopatologias graves e crônicas: indivíduos regressivos, com limitações caracterológicas graves, relações de objeto prejudicadas de forma significativa e que utilizam predominantemente defesas primitivas.

Esses indivíduos apresentam, ainda, dificuldade nos relacionamentos interpessoais e prejuízos no teste de realidade e, muitas vezes, dificuldades com o funcionamento simbólico. Por exemplo, a PAOA é amplamente utilizada no tratamento de pacientes com transtornos da personalidade de graves, como o narcisista, o *borderline* e transtornos psiquiátricos maiores.<sup>10,11</sup> Pacientes com episódios psicóticos recorrentes, depressões graves, descontrole de impulsos, atuações importantes, ideação paranoide, fóbicos com fantasias e resistências profundas em situações de proximidade com o mundo interno, com baixa capacidade de pensar psicologicamente e dificuldades de verbalização têm maior probabilidade de benefícios com essa abordagem do que com a psicoterapia de orientação analítica dirigida para o *insight*.

Entretanto, ainda que tradicionalmente eleita como primeira escolha para casos mais graves, a psicoterapia de apoio tem sido indicada também, com benefícios, para pacientes com alto grau de funcionamento psicológico prévio,<sup>12,13</sup> cujas queixas ou dificuldades sejam de origem recente, atravessando uma crise vital (chegada do primeiro filho, menopausa, aposentadoria) ou acidental (perdas por morte ou separações de familiares ou indivíduos

da rede social que serviam de referência e suporte).

É indicada também quando a situação financeira ou de tempo não permite a necessária frequência de uma psicoterapia mais intensiva, ou para pacientes cujo interesse principal seja a mudança sintomática e que não mostram maior interesse, no momento, sobre seu funcionamento psicológico. Uma indicação não menos importante é para aqueles com necessidade de trabalhar questões de confiança nos outros, antes de empreenderem uma psicoterapia de orientação analítica dirigida para o *insight* ou a psicanálise.

A PAOA é recomendada, inclusive, para pacientes que vivem sob o impacto emocional de condições médicas crônicas ou irreversíveis e que apresentam graves limitações, como câncer, diabetes, doenças coronárias, leucemia, colite, lúpus, HIV, transplantes, insuficiência renal, amputações, doenças terminais e reações diante da morte.

Nesse sentido, tal modalidade de psicoterapia é indicada com frequência nas interconsultas psiquiátricas em clínica médica, sendo um importante coadjuvante na adesão a tratamentos e no alívio da dor psíquica em inúmeras situações dessa natureza.

Suas contra-indicações são a incapacidade do indivíduo para estabelecer uma aliança terapêutica que implique honestidade e confiança, ausência de um mínimo pensar psicológico e casos de pacientes somatizadores graves ou que tenham déficits significativos e incapacitantes na cognição e na memória. Aqueles sem motivação para mudar, com incapacidade para abrir mão de ganho secundário, sem qualquer compromisso com a psicoterapia e carac-

terísticas antissociais graves, também são pacientes para os quais a PAOA é contraindicada.<sup>7</sup>

A avaliação do paciente, sabidamente crucial, norteia a indicação da modalidade de psicoterapia com maior chance de eficácia. As indicações mais precisas de formas de psicoterapia de eleição serão aquelas que compatibilizem o tipo de psicoterapia com as capacidades e limitações do paciente para realizá-las.<sup>6,14</sup>

## SOBRE A TÉCNICA

O referencial teórico-clínico psicanalítico é a base da compreensão do paciente na PAOA, sendo indispensável buscar conhecer seu funcionamento acerca dos fenômenos transferenciais-contratransferenciais presentes a cada momento na psicoterapia. Porém, alguns procedimentos técnicos constituem diferenças maiores entre a psicoterapia de apoio nessa abordagem e a psicoterapia de orientação analítica (POA) mais voltada para o *insight*.

Na primeira, a transferência, embora alvo de compreensão, não é estimulada e só é abordada quando constituir resistência à continuidade do tratamento. Na POA, por sua vez, o terapeuta favorece e facilita o surgimento de associações livres, e a transferência é interpretada com mais frequência. Assim, enquanto o principal atributo da POA é a transferência e sua interpretação, a atribuição de excelência da PAOA são intervenções de apoio ou suporte.

*Atitude de suporte* significa o acolhimento do paciente, pela presença respeitosa e séria do psicoterapeuta na análise de seus conflitos. Sob outro enfoque, *intervenções de suporte* pressupõem ações mais diretas, como a observação reconfortante dos aspectos positivos do paciente. A *técnica* inclui a predominância de intervenções suportivas. Todavia, mesmo na POA e na psicanálise-padrão, as intervenções de suporte podem ocorrer durante o processo de tratamento. Por exemplo, Lecours<sup>15</sup> destaca a importância das intervenções de apoio na psicanálise como meio facilitador na transformação dos episódios de pensamento não simbólico em simbólico, em pacientes mais frágeis em tratamento. Para o autor, as intervenções de apoio estão para o funcionamento não simbólico assim como as interpretações estão para o simbólico. Nesse caso, as intervenções de apoio são temporárias e abandonadas tão logo o funcionamento simbólico do paciente seja restaurado. Entretanto, as intervenções de apoio são predominantes na PAOA, e seu uso é sistemático como técnica de tratamento nessa modalidade.

As intervenções de suporte são, portanto, o agente terapêutico mais relevante na PAOA. Significam um comportamento acolhedor, empático, sem julgamento, um esforço genuíno por parte do psicoterapeuta em ajudar o paciente. O psicoterapeuta auxilia o paciente a perceber com maior clareza seus problemas e potencialidades e a encontrar maneiras de enfrentamento mais eficazes que não sobrecarreguem seu ego, que reforcem ou promovam o surgimento de defesas mais adaptativas.

Alguns autores<sup>2,6</sup> estabelecem uma diferenciação entre *atitude de suporte*, *intervenções de suporte* e *técnicas suportivas*.

A relação terapêutica é um fator significativo para predizer o resultado em todas as psicoterapias.<sup>16,17</sup> Na PAOA, ela é imprescindível

também para a manutenção e o uso de outras intervenções no decorrer do tratamento. A utilização do terapeuta como um objeto bom e sua internalização por meio de uma relação terapêutica positiva são fundamentais para alcançar benefícios nessa modalidade de tratamento.<sup>6</sup>

O psicoterapeuta funciona, em muitos momentos, como ego auxiliar ou substituto do paciente, oferecendo um relacionamento interpessoal seguro que estimule o crescimento. Muitas vezes, o terapeuta desempenha funções que o paciente não consegue exercer, ou tenta fazê-lo de forma precária e inadequada, com o intuito de ampliar a capacidade de julgamento e teste de realidade do paciente. Este, na psicoterapia de apoio, é temporariamente provido daquilo que lhe falta<sup>18</sup> e utiliza o terapeuta como um espelho que possibilite a construção de um *self* mais integrado e estável.<sup>14</sup> Na PAOA, a identificação com o psicoterapeuta é ativamente encorajada, na medida em que este apresenta uma maior probabilidade de ser um modelo mais maduro e estável para o paciente do que os indivíduos que foram objetos de identificação no passado.<sup>8</sup> O uso da identificação permite ao paciente desenvolver interesse em seu próprio mundo interno e amplia as opções deste para manejar situações que envolvam sua realidade.<sup>19</sup>

Ainda que a transferência não seja estimulada na PAOA, o terapeuta mantém um olhar atento sobre o “clima predominante” na relação de tratamento.<sup>20</sup> certo grau de transferência positiva, em geral, será de ajuda no tratamento e pode ser simplesmente aceito e não interpretado.

A transferência servirá para que o terapeuta compreenda a patologia do paciente mediante a repetição de condutas com pessoas significativas. Dessa forma, será mais de “consumo interno” do psicoterapeuta, ou seja, apesar de não ser ignorada, também não é ativamente interpretada. No entanto, se a transferência negativa estiver se desenvolvendo de forma acentuada, o terapeuta poderá precisar fazer uso da interpretação para restaurar a sensação de realidade das percepções do paciente. A transferência na PAOA, portanto, é mais interpretada quando houver sinais de significativa resistência à terapia.

O desenvolvimento de uma neurose de transferência não é aqui prioridade. A PAOA enfatiza o relacionamento real com o terapeuta, tendo como base o interesse e a receptividade empática do profissional. A neutralidade clássica é abandonada, e o anonimato, a reserva e o silêncio dão lugar a uma postura mais ativa e afetiva. Na PAOA, a neutralidade consiste em uma atitude de não julgamento em relação ao paciente. O terapeuta é mais participativo, assume posições, responde questões e, se necessário, pode encorajar a tomada de decisões pelo paciente.<sup>21</sup>

A atenção do terapeuta também está voltada para seus aspectos contratransferenciais, principalmente em função de sua postura mais ativa na PAOA, que o deixa menos protegido pela estrutura mais flexível do tratamento. Há menor clareza nas diretrizes das intervenções na PAOA e maior número de opções de intervenção quando comparada à POA.

Na PAOA, oferece-se um espaço interpessoal em que o paciente poderá expressar seus sentimentos.

O foco está nos aspectos conscientes e pré-conscientes do paciente, concentra-se no presente,

no aqui e agora dos estressores ambientais e relacionais, sendo desencorajada a regressão.

Dewald<sup>22</sup> recomenda que o terapeuta aceite e escute as comunicações das vivências reprimidas que surjam na consciência do paciente, mas centre a atenção nas vivências mais atuais e mais direcionadas à realidade. Pode-se dizer que a PAOA se caracteriza pelo exame dos problemas emocionais conscientes e pré-conscientes, promovendo maior integração e conhecimento desses processos e maior aproximação possível aos processos inconscientes.<sup>6</sup>

Enquanto, na POA, as defesas são identificadas e analisadas de maneira sistemática, na PAOA, ao identificar defesas mais inadequadas, o terapeuta sugere ou aponta novas formas de manejo para a situação conflitiva.<sup>8</sup> Já as defesas consideradas como adequadas ou aceitáveis são reconhecidas e fortalecidas.<sup>23</sup>

O *insight* também é almejado, mas de modo diferente.<sup>6</sup> Aqui, o *insight* é obtido por intervenções como esclarecimento, confrontação e educação. Nessa modalidade de psicoterapia, o *insight* consiste, principalmente, na compreensão dos aspectos já conscientes do paciente que se organizam por meio de seu processo secundário de pensamento racional.<sup>8</sup>

As intervenções mais utilizadas na PAOA são a tranquilização (reasseguramento), a validação empática, a educação (sobre os sintomas e a doença), a sugestão, a persuasão, o aconselhamento, a ab-reação, o esclarecimento (clarificação) e a confrontação, as quais serão descritas e exemplificadas a seguir.

**Tranquilização** (reasseguramento). O terapeuta expressa aprovação acerca de ati-

tudes e ideias do paciente que denotem adequação à realidade, por meio de elogios, encorajamento e reforço positivo.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

Paciente fóbica chega à sessão relatando que, no dia anterior, conseguiu sair de casa sozinha, pela primeira vez, depois de três meses. O psicoterapeuta elogia a conquista da paciente e aponta o quanto ela está sendo capaz de vencer seus medos.

**Validação empática.** Objetiva a compreensão dos afetos e dos comportamentos do paciente a partir de seus pontos de vista. Significa colocar-se no lugar do paciente e tentar entrar em contato com seu mundo interno.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2

Paciente que vinha tentando uma vaga para cursar Medicina na universidade chega à sessão entristecido por não ter conseguido sucesso. O psicoterapeuta, de forma empática, diz que entende seu sentimento, pois sabe o quanto ele se esforçou e se dedicou aos estudos no último ano.

**Educação** (informações sobre sintomas e doença). São oferecidas explicações sobre questões objetivas quanto ao tratamento, à natureza e à etiologia dos sintomas. Tem como meta auxiliar o paciente a tomar conhecimento dos elementos essenciais de sua patologia, propiciando condições para que possa identificar os eventos que o per-

turbam, refletir sobre eles e evitar ou suprimir a sintomatologia.<sup>6,8,24</sup>



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 3

Paciente assiste à morte de familiar próximo durante um assalto, sendo a única sobrevivente. Comparece à consulta, acompanhada de uma amiga, apresentando sintomas de transtorno de estresse pós-traumático. Mostra-se assustada ao relatar o que aconteceu, com dificuldade de olhar para o terapeuta e parecendo envergonhada. O terapeuta fornece informações sobre seu presumível diagnóstico e tratamento, tornando a ela mais compreensível os sintomas que experimenta, e aborda seus sentimentos de culpa como habituais nessas situações. Também reforça a importância do apoio da sua rede social, chamando e orientando acompanhantes ou familiares.

**Sugestão.** O terapeuta empresta sua capacidade de examinar a realidade e preenche, temporariamente, a incapacidade do paciente em exercer essa função. Assim, indica novas estratégias e alternativas de enfrentamento para o manejo dos conflitos. É utilizada em pacientes que se sentem paralisados para examinar alternativas e avaliar saídas mais adequadas para situações de crise que estejam atravessando.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 4

Paciente com transtorno da personalidade *borderline* e tentativas de suicídio anteriores diz que ficará o dia sozinha em casa. Apesar de estar em um momento mais estável, é a primeira vez que ficará tanto tempo sem ninguém ao lado. O terapeuta sugere que ambos, juntos, possam organizar o dia da paciente, listando o que ela

poderá fazer, como ir à locadora e pegar filmes, conversar com as amigas pelo Skype ou convidá-las para uma visita – de forma a se sentir menos só e isolada naquele período.

**Persuasão.** Intervenção mais direta que a sugestão, tentando influenciar desejos, vontades e decisões do paciente. O objetivo é induzir ideias, sentimentos ou atitudes que forneçam suporte e auxílio ao paciente para superar comportamentos mais desadaptativos.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 5

Paciente chega à psicoterapia após internação de desintoxicação por abuso de álcool e refere ter recebido um convite para uma balada no sábado. Diz que está inclinado a aceitar. O terapeuta auxilia o paciente a pensar sobre o que poderá ocorrer se aceitar o convite, interferindo diretamente em sua decisão, por compreender que este ainda não é o momento para ele enfrentar esse tipo de situação.

**Aconselhamento.** Com o objetivo de reforçar aspectos saudáveis da personalidade do paciente, evitar estresse ou crise maior, o terapeuta sugere atitudes ou decisões para o manejo de situações conflitantes. O aconselhamento deve ser baseado nas necessidades afetivas, nas capacidades e na realidade do paciente, e não em valores e aspirações pessoais do psicoterapeuta.<sup>6</sup>



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 6

Paciente vítima de agressão doméstica por parte do marido separa-se dele. A seguir, o

ex-companheiro passa a assediar a casa da paciente, ameaçando os filhos e a ela de morte. O terapeuta ativamente informa à paciente os recursos de proteção disponíveis, como boletim de ocorrência policial, medida judicial restritiva ou até mesmo a saída de sua moradia. Nos casos em que um fato da realidade se impõe, o psicoterapeuta deve interferir na tentativa de proteger o paciente.

**Ab-reação.** É a facilitação da expressão, pelo paciente, de emoções e sentimentos reprimidos. O paciente supera a repressão e revive, de forma emocionalmente intensa, aspectos mais traumáticos de seus conflitos. São momentos de significativa carga emocional, sendo importante que o terapeuta se mantenha estável e acolhedor, ouvindo e preservando suas funções de terapeuta e garantindo a integridade do *setting* como um espaço seguro e protegido.

**Esclarecimento** (clarificação). É apresentada ao paciente uma nova explicação ou perspectiva sobre seus conflitos e sintomas, permitindo que altere pensamentos e crenças equivocadas. Revelam-se, também, padrões e aspectos aparentemente desconhecidos dos problemas do paciente, mas que se restringem a sua natureza manifesta em detrimento da latente.<sup>6,25</sup> Significa, ainda, reformular o discurso do paciente, de modo que as relações de seu conteúdo obtenham maior relevo.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 7

Paciente, por várias sessões, vinha falando a respeito do pai, do chefe e do namorado. O psicoterapeuta refere que a fala da paciente expressa os mesmos sentimentos: “Está furiosa com todos eles!”.

**Confrontação.** Significa auxiliar o paciente a direcionar a atenção para aspectos de sua vivência e comportamento que se encontram dissociados e cujas contradições passam despercebidas. A intervenção objetiva aumentar a compreensão do paciente sobre tais dissociações, sem, necessariamente, aludir a seus significados inconscientes.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 8

Paciente obsessivo, que recentemente perdeu o filho em acidente automobilístico, evita falar no assunto e não demonstra esperados sentimentos de pesar em relação ao ocorrido. Chega à sessão e diz não entender o que vem acontecendo, pois tem-se emocionado de forma intensa com cenas na TV, como assaltos com vítimas nos noticiários ou de encontro entre familiares em filmes e novelas. O terapeuta assinala a expressão limitada de seus sentimentos em relação à perda do filho e a sensibilidade exacerbada por acontecimentos na TV. Assim, demonstra ao paciente a dissociação e o deslocamento ocorridos, depositando nas cenas assistidas na TV as emoções referentes à morte do filho.

É relevante ressaltar que as intervenções de apoio, muitas vezes, sobrepõem-se como em um *continuum*. Alguns autores entendem que o esclarecimento e a confrontação são complementares. Outros as consideram como idênticas,<sup>26</sup> da mesma forma como a sugestão e o aconselhamento.

A psicoterapia de apoio, diferente do que se acreditava, e em qualquer das suas modalidades, exige anos de treinamento e experiência,<sup>27</sup> assim como condições pessoais de empatia por parte

do terapeuta.<sup>14</sup> A PAOA requer atenção redobrada aos aspectos contratransferenciais do terapeuta, que podem se intensificar em função da sua maior atividade e regras menos definidas da técnica.

As duas modalidades de PAOA, de curto e longo prazo, oferecidas individualmente ou em grupo, são realizadas em sessões face a face, que podem variar de 30 a 50 minutos, com frequência semanal, quinzenal ou mensal, dependendo da necessidade de maior ou menor apoio do paciente. As sessões podem ser breves ou interrompidas em função da sensação do paciente de ter “acabado por hoje”.<sup>8</sup> Sua duração é variável, podendo ser de dias, semanas, meses ou anos. Assim, na PAOA, a flexibilidade serve para minimizar a tensão e os conflitos do paciente, em contraste com a postura adotada na POA, focada mais nas resistências e nos conflitos inconscientes.

## MECANISMOS DE MUDANÇA

A maior parte dos estudiosos compreende que os mecanismos de mudanças que ocorrem na psicoterapia de apoio estão baseados nas vivências da relação mãe e filho e em sua influência direta na construção do psiquismo do indivíduo. Assim como a mãe suficientemente boa de Winnicott<sup>28</sup> exerce a função de suporte (*holding*) e de manuseio (*handling*), ou a mãe com capacidade de *rêverie*, descrita por Bion,<sup>29</sup> é continente das angústias do bebê e transforma afetos brutos em elementos simbólicos, o terapeuta, na PAOA, se apresenta empático, disponível, firme, afetivo, capaz de sustentar e orientar o paciente nos momentos em que ele necessita. Portanto, a relação empática, a identificação e a introjeção das atitudes do psicoterapeuta são apontadas como mecanismos de mudança importantes na psicoterapia de apoio.<sup>30</sup>

De acordo com Rosenthal e colaboradores,<sup>31</sup> o conceito de mudança em psicoterapia de apoio consiste no esforço colaborativo que acontece entre paciente e terapeuta para compreender padrões repetitivos e desadaptados que ocorrem na vida do paciente, no intuito de identificar o que pode ser alterado. Para esses autores, a autocompreensão não é fundamental na PAOA, sendo perseguida somente na medida em que apoia a realização das metas e dos objetivos de tratamento.

## EVIDÊNCIAS DE EFICÁCIA

A psicoterapia de apoio já foi considerada uma psicoterapia “menor”, que exigia pouca capacidade técnica e alcançava resultados limitados.

Esse panorama vem se modificando, e, apesar das controvérsias, destacados analistas e pesquisadores compreendem que as técnicas de apoio podem levar a alterações profundas e duradouras da personalidade, anteriormente pensadas somente serem alcançadas pela resolução de conflitos inconscientes por meio da técnica analítica clássica.<sup>30,32-34</sup>

Incremento significativo para a evidência de eficácia da PAOA foi a publicação dos resultados da pesquisa do Projeto Menninger, que acompanhou pacientes em psicoterapia psicanalítica e psicanálise.<sup>32,33</sup> Nesse estudo, constatou-se que as intervenções de apoio foram responsáveis por uma substancial mudança na personalidade de vários pacientes. Além disso, intervenções de apoio foram mais frequentes do que o esperado para psicoterapias de abordagem psicanalítica. Recentemente, uma pesquisa

que envolveu 89 psicanalistas da American Psychoanalytic Association e da International Psychoanalytical Association sobre suas próprias experiências em análise ratificaram esses achados.<sup>34</sup>

Os resultados revelaram que, na opinião dos participantes, além de outros fatores, as análises de melhores resultados foram associadas a analistas empáticos, emocionalmente engajados e que utilizaram técnicas de apoio em adição às clássicas ao longo do tratamento.

Pesquisas sobre a eficácia da psicoterapia de apoio ainda são incipientes. Surpreende o fato de que, embora essa abordagem psicoterápica seja hoje muito praticada por diversos profissionais da área da saúde,<sup>35</sup> ela é estudada por poucos pesquisadores. A psicoterapia de apoio, em geral, aparece como alternativa de grupo-controle em investigações que analisam a eficácia de outras modalidades de psicoterapia. Isso significa que não é estudada pelo próprio mérito em trazer benefícios terapêuticos.<sup>34</sup> Essas considerações são válidas também quando tratamos exclusivamente da PAOA.<sup>2,36,37</sup> Entretanto, apesar de ainda em número reduzido, alguns estudos específicos sobre PAOA têm sido realizados, em especial com pacientes com diagnóstico de transtorno da personalidade, esquizofrenia e doenças orgânicas. Nesses estudos, a PAOA é mencionada por diferentes termos: apenas como psicoterapia de apoio, terapia dinâmica de apoio, psicoterapia psicodinâmica de apoio ou psicoterapia de suporte expressivo.

Hellerstein e colaboradores<sup>12</sup> publicaram os resultados de um estudo controlado, comparando terapia de apoio e terapia dinâmica de curto prazo, para pa-

cientes com transtorno da personalidade. Houve melhora nos pacientes em ambos os tipos de psicoterapia. Os dados também revelaram que a PAOA é eficaz para muitos pacientes, levando-os a modificações significativas e duradouras. Em pesquisa realizada por Barber e colaboradores,<sup>38</sup> a PAOA se mostrou promissora no tratamento de pacientes com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva e evitativa. Outra investigação relevante foi desenvolvida por Clarkin e colaboradores<sup>39</sup> com pacientes com transtorno da personalidade *borderline*, em que três tipos de tratamento foram comparados: terapia comportamental dialética, terapia focada na transferência e terapia de apoio. Os resultados sugeriram que as três psicoterapias eram equivalentes em relação à mudança positiva ampla dos pacientes. E, ainda, a psicoterapia de apoio e a focada na transferência foram associadas a melhora na impulsividade. Um estudo recente comparando psicoterapia baseada na mentalização e PAOA para pacientes com transtorno da personalidade *borderline* indicou que as duas psicoterapias são similarmente eficazes.<sup>40</sup>

Nas pesquisas com pacientes com esquizofrenia, a PAOA também tem demonstrado eficácia.<sup>41,42</sup> Rosenbaum e colaboradores,<sup>43</sup> comparando psicoterapia psicodinâmica de apoio individual (além do tratamento convencional) com tratamento unicamente convencional para pacientes com esquizofrenia em primeiro episódio psicótico, evidenciaram melhora significativa no funcionamento global e grandes tamanhos de efeito em dois anos no grupo de pacientes que recebeu PAOA (além do tratamento convencional).

A PAOA revela-se eficaz no auxílio ao tratamento de pacientes com doenças orgânicas, como diabetes,<sup>44</sup> câncer,<sup>45-47</sup> HIV<sup>48</sup> e úlcera crônica. Em relação a esta

última, uma investigação que analisou 103 pacientes ambulatoriais com a doença, designados para duas condições de tratamento médico (N = 53) e tratamento médico associado a psicoterapia de apoio (N = 50), encontrou que, após os primeiros três meses, ambos os grupos melhoraram de forma semelhante em sintomas mentais e somáticos. Entretanto, no seguimento de 15 meses, foram encontradas diferenças significativas em favor do grupo de psicoterapia de apoio.<sup>49</sup>

Kangas e colaboradores<sup>50</sup> publicaram um estudo de metanálise sobre tratamento não medicamentoso para a fadiga relacionada ao câncer (FRC) em pacientes adultos. Foram analisados 119 estudos. Intervenções psicossociais de suporte expressivo (um tipo de PAOA) e cognitivo-comportamental apresentaram potencial promissor para amenizar a FRC.

A eficácia da PAOA é demonstrada, ainda, em pesquisas de pacientes com transtorno disruptivo,<sup>51,52</sup> abuso de substâncias,<sup>53-56</sup> transtorno de adaptação,<sup>54</sup> transtorno depressivo maior,<sup>54,57</sup> transtornos de ansiedade<sup>54</sup> e, de forma mais específica, no transtorno de ansiedade social,<sup>58</sup> no transtorno de pânico,<sup>59</sup> ansiedade generalizada<sup>60</sup> e em casos de pais com filhos com transtorno de ansiedade de separação.<sup>27</sup>

Dekker e colaboradores<sup>61</sup> analisaram a eficácia e a rapidez da ação da psicoterapia psicodinâmica de apoio de curto prazo em comparação com a farmacoterapia para o tratamento agudo da depressão. Constataram que, em ambas as condições de tratamento, os pacientes melhoraram de forma significativa durante as primeiras oito semanas. A farmacoterapia, como era de se esperar, obteve ligeira vantagem sobre a

psicoterapia nas primeiras quatro semanas. Outro estudo importante com pacientes deprimidos foi conduzido por Maat e colaboradores,<sup>62</sup> comparando três modalidades de tratamento: psicoterapia de apoio de curta duração, farmacoterapia e a combinação da psicoterapia de apoio com medicação. Os dados revelaram que a psicoterapia de apoio e a farmacoterapia são eficazes para o tratamento da depressão.

Entretanto, medidas de desfecho secundárias mostram que tanto clínicos quanto pacientes apontam a superioridade da psicoterapia de apoio à farmacoterapia com relação à redução dos sintomas depressivos.

Pacientes, terapeutas e observadores independentes avaliaram a terapia combinada como mais eficaz do que a farmacoterapia sozinha, tanto em relação à redução dos sintomas como na melhora da qualidade de vida. Driessen e colaboradores<sup>63</sup> também mostraram a eficácia da PAOA e da terapia cognitivo-comportamental para pacientes deprimidos.

Evidências de resultados relevantes também têm sido encontradas para a PAOA com pacientes portadores de transtornos tradicionalmente contraindicados para as psicoterapias de orientação analítica, como a alexitimia.<sup>64</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicoterapia de apoio faz parte do conjunto das modalidades psicoterápicas eficazes para o tratamento de indivíduos com sofrimento psíquico. É, portanto, essencial na formação de psicoterapeutas. Seu estudo em teoria e técnica é de extre-

ma relevância, considerando serem suas intervenções das mais praticadas entre os profissionais da área da saúde. Apesar da ampliação do número de publicações de pesquisas em psicoterapia de apoio, seu crescimento tem ocorrido de modo mais lento do que se esperava, principalmente se comparada à produção científica de outras modalidades de psicoterapia. Esse talvez seja um dos motivos que a torna controversa e sem delimitações teórico-técnicas de consenso.

O alívio no sofrimento psíquico de pacientes por meio da PAOA é fato reconhecido, embora o alcance das mudanças ocorridas siga em discussão. Para alguns autores, os terapeutas dessa abordagem na atualidade estão mais ambiciosos quanto a seus resultados do que anteriormente, uma vez que consideram também promover mudanças estruturais em seus pacientes.<sup>2</sup>

Entendem já haver evidências de que a PAOA possa levar a mudanças profundas e duradouras.<sup>32-34</sup> Outros acreditam que a alta em psicoterapia de apoio deva ser considerada apenas como uma interrupção, e não como um término,<sup>14</sup> ou seja, com resultados mais limitados. Tais considerações comprovam a polêmica ainda existente sobre as psicoterapias de apoio e a necessidade de mais pesquisas para ratificação dos resultados.

Controvérsias à parte, a psicoterapia de apoio já não é mais considerada uma técnica menor, de simples aplicação, que exija pouca formação do psicoterapeuta. Por sua vez, a PAOA, como qualquer modalidade de psicoterapia, apresenta elementos que podem facilitar ou dificultar o processo de tratamento. Assim, é uma abordagem

complexa, que exige conhecimento e treinamento, isto é, formação teórico-técnica cuidadosa.

Cada pessoa é um ser único, seja qual for sua psicopatologia. As necessidades do ser humano variam em cada momento da vida. Portanto, a escolha de que tipo de psicoterapia é mais adequada dependerá das circunstâncias envolvidas e exige avaliação detalhada do paciente e de sua rede social. O ponto de partida para o alcance de bons resultados em PAOA é a indicação precisa dessa modalidade.

Na PAOA, o psicoterapeuta, muitas vezes, depara-se com pacientes que apresentam patologias graves, situações de extremo estresse ou limitações sérias, o que, por si só, tende a mobilizar o profissional. Assim, atuações contratransferenciais podem se apresentar como um obstáculo considerável a ser elaborado nesse tipo de psicoterapia.

Somadas a isso, a flexibilidade da técnica, sua definição ainda imprecisa e a postura mais ativa do terapeuta exigem atenção redobrada. O ponto ideal entre o *holding* necessário e a infantilização do paciente, ou seja, entre o distanciamento/aproximação da dupla paciente-psicoterapeuta no processo de tratamento, é um desafio constante.

Para finalizar, destaca-se que, nos dias atuais, pacientes com funcionamento mais primitivo estão cada vez mais presentes na prática psicoterápica e psicanalítica. Portanto, o conhecimento, a aplicabilidade e a pesquisa das intervenções de apoio, como técnica sistemática ou como intervenção temporária, continuam sendo de extrema relevância, não só hoje, mas, provavelmente, no futuro das psicoterapias.

**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. A psicoterapia de apoio foi desenvolvida a partir da teoria psicanalítica, mas tem sido considerada como um método de tratamento independente e com corpo teórico e prático específicos.
2. A PAOA busca a melhora ou a manutenção do nível de funcionamento do paciente mediante o estabelecimento de uma relação de suporte, de confiança e de segurança entre psicoterapeuta e paciente.
3. Tem como objetivos o aumento na apreensão e no julgamento da realidade, na capacidade para enfrentamento em situações de crises vitais ou acidentais ou de situações de reagudização de um transtorno psiquiátrico prévio e a possibilidade de afastamento do paciente de estressores ambientais graves.
4. A indicação clássica para as psicoterapias de apoio é a de pacientes com psicopatologias graves e crônicas: indivíduos regressivos, com limitações caracterológicas graves, relações de objeto significativamente prejudicadas e com uso predominante de defesas primitivas.
5. Também é recomendada para pacientes que vivem sob o impacto emocional de condições médicas crônicas ou irreversíveis e que geram graves limitações.
6. *Atitude de apoio*, seja qual for o método ou a teoria associados, significa um acolhimento do paciente, por meio da presença respeitosa e séria do psicoterapeuta na compreensão de seus problemas.
7. O uso do terapeuta como um objeto bom, e sua internalização por meio de uma relação terapêutica positiva, é fundamental para alcançar benefícios nessa modalidade de tratamento.
8. As intervenções mais utilizadas na PAOA são a tranquilização, a validação empática, a educação, a sugestão, a persuasão, o aconselhamento, a ab-reação, o esclarecimento e a confrontação.
9. O estabelecimento de uma relação empática, de identificação e de introjeção das atitudes do terapeuta é apontado como o mecanismo de mudança mais importante na psicoterapia de apoio.
10. O alívio no sofrimento psíquico de pacientes com a PAOA é fato reconhecido, embora o alcance das mudanças ocorridas siga em discussão.

**REFERÊNCIAS**

1. Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
2. De Jonghe F, Rijnierse P, Janssen R. Psychoanalytic supportive psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc.* 1994;42(2):421-46.
3. Winston A, Pinsker H, McCullough L. A review of supportive psychotherapy. *Hosp Community Psychiatry.* 1986;37(11):1105-14.
4. Pinkser H, Rosenthal R, McCullough L. Dynamic supportive psychotherapy. In: Crits-Cristoph P, Barber JP, editors. *Handbook of short-term dynamic psychotherapy.* New York: Basic Books; 1991. p. 220-47.
5. Barber JP, Stratt R, Halperin G, Connolly MB. Supportive techniques are they found in different therapies? *J Psychother Pract Res.* 2001;10(3):165-72.
6. Ceitlin LHF, Manfro GG. Contribuições psicodinâmicas a psicoterapia de apoio. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schetatsky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. cap. 31. p. 398-405.
7. Kernberg OF. Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. *Int J Psychoanal.* 1999;80(Pt 6):1075-91.
8. Dewald PA. Principles of supportive psychotherapy. *Am J Psychother.* 1994;48(4):505-18.
9. Kates J, Rockland LH. Supportive psychotherapy of the schizophrenic patient. *Am J Psychother.* 1994;48(4):543-61.
10. Werman DS. On the mode of therapeutic action on psychoanalytic supportive psycho-

- therapy. In: Rothstein A, editor. How does treatment help?: on the modes of therapeutic action of psychoanalytic psychotherapy. Madison: International Universities; 1988. p. 157-67.
11. Rockland LH. Supportive therapy for borderline patients: a psychodynamic approach. New York: Guilford; c1992.
  12. Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Pinsker H, Samstag LW, Muran JC, Winston A. A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies. Outcome and alliance. *J Psychother Pract Res.* 1998;7(4):261-71.
  13. Ursano R. Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio. In: Hales RE, Yudofsky SC, Dornelles CL, Monteiro C, Costa RC, Cordioli AV, et al. *Tratado de psiquiatria clínica.* 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
  14. Cordioli AV. *Psicoterapias: abordagens atuais.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
  15. Lecours S. Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. *Int J Psychoanal.* 2007;88(Pt 4):895-915.
  16. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic).* 2011;48(1):9-16.
  17. Owen J, Hilsenroth MJ. Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *J Nerv Ment Dis.* 2011;199(6):384-9.
  18. Kaplan HI, Sadock BJ. *Psicoterapias.* In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatria.* 6. ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 1903-2038.
  19. Carsky M. Supportive psychoanalytic therapy for personality disorders. *Psychotherapy (Chic).* 2013;50(3):443-8.
  20. Douglas CJ. Teaching supportive psychotherapy to psychiatric residents. *Am J Psychiatry.* 2008;165(4):445-52.
  21. Fiorini HJ. Delimitação técnica das psicoterapias. In: Fiorini HJ. *Teoria e técnica de psicoterapias.* 7. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1987. p. 49-62.
  22. Dewald PA. *Psicoterapia: uma abordagem dinâmica.* 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
  23. Gabbard GO, editor. *Textbook of psychotherapeutic treatments.* Washington: American Psychiatric; c2009.
  24. Wallerstein RS. Modelos psicanalíticos da psicoterapia. In: Wallerstein RS. *Las nuevas direcciones de la psicoterapia: teoría, práctica, investigación.* Buenos Aires: Paidós; 1972. p. 25-48.
  25. Kernberg OF. Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. *Rev Bras Psicanál.* 2000;2(1):9-31.
  26. Soares PFB. Intervenções do terapeuta e pontos de urgência. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 350-8.
  27. Karpets G. Psychodynamic supportive psychotherapy techniques in clinical social work practice with parents. *Smith College Studies in Social Work.* 2012;82(1):63-89.
  28. Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
  29. Bion WR. *Estudos psicanalíticos revisados: second thoughts.* Rio de Janeiro: Imago; 1994.
  30. Horwitz L. *Clinical prediction in psychotherapy.* New York: J. Aronson; c1974.
  31. Rosenthal RN, Muran JC, Pinsker H, Hellerstein D, Winston A. Interpersonal change in brief supportive psychotherapy. *J Psychother Pract Res.* 1999;8(1):55-63.
  32. Wallerstein RS. *Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy.* New York: Guilford; c1986.
  33. Wallerstein RS. The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: an overview. *J Consult Clin Psychol.* 1989;57(2):195-205.
  34. Bush M, Meehan W. Should supportive measures and relational variables be considered a part of psychoanalytic technique? Some empirical considerations. *Int J Psychoanal.* 2011;92(2):377-99.
  35. Bedi N, Vassiliadis H. Supervised case experience in supportive psychotherapy: suggestions for trainers. *Adv Psychiatr Treat.* 2010;16:184-92.

36. Kernberg OF. Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies. Binghamton: Yale University; c1984.
37. Holmes J. Supportive analytical psychotherapy. An account of two cases. *Br J Psychiatry*. 1988;152:824-9.
38. Barber JP, Morse JQ, Krakauer ID, Chittams J, Crits-Christoph K. Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy*. 1997; 34(2):133-43.
39. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):922-8.
40. Jørgensen CR, Freund C, Bøye R, Jordet H, Andersen D, Kjølbye M. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127(4):305-17.
41. Rosenbaum B, Valbak K, Harder S, Knudsen P, Køster A, Lajer M, et al. The Danish National Schizophrenia Project: prospective, comparative longitudinal treatment study of first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 2005;186:394-9.
42. Meaden A, Van Marle S. When the going gets tougher: the importance of long-term supportive psychotherapy in psychosis. *Adv Psychiatr Treat*. 2008;14:42-9.
43. Rosenbaum B, Harder S, Knudsen P, Køster A, Lindhardt A, Lajer M, et al. Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: Two-year outcome. *Psychiatry*. 2012; 75(4):331-41.
44. Berlin RM, Wise TN. Severe vomiting in a diabetic woman: Psychological considerations. *Gen Hosp Psychiatry*. 1980;2(4):313-7.
45. Straker, N. Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *J Psychother Pract Res*. 1997;7(1):1-9.
46. Classen CC, Kraemer HC, Blasey C, Giese-Davis J, Koopman C, Palesh OG, et al. Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. *Psychooncology*. 2008;17(5):438-47.
47. Walker LM, Bischoff TF, Robinson JW. Supportive expressive group therapy for women with advanced ovarian cancer. *Int J Group Psychother*. 2010;60(3):407-27.
48. Heckman TG, Heckman BD, Anderson T, Lovejoy TI, Mohr D, Sutton M, et al. Supportive-expressive and coping group teletherapies for HIV-infected older adults: a randomized clinical trial. *AIDS Behav*. 2013;17(9):3034-44.
49. Sjödin I, Svedlund J, Ottosson JO, Dotevall G. Controlled study of psychotherapy in chronic peptic ulcer disease. *Psychosomatics*. 1986;27(3):187-91, 195-6, 200.
50. Kangas M, Bovbjerg DH, Montgomery GH. Cancer-related fatigue: a systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancer patients. *Psychol Bull*. 2008;134(5):700-41.
51. Eresund P. Psychodynamic psychotherapy for children with disruptive disorders. *J Child Psychother*. 2007;33(2):161-80.
52. Cummings JG, Wittenberg JV. Supportive expressive therapy – Parent child version: an exploratory study. *Psychotherapy (Chic)*. 2008;45(2):148-64.
53. Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(11): 1081-6.
54. Piper WE, Joyce AS, McCallum M, Azim HF. Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(3):558-67.
55. Herbeck DM, Hser YI, Teruya C. Empirically supported substance abuse treatment approaches: a survey of treatment providers' perspectives and practices. *Addict Behav*. 2008;33(5):699-712.
56. Crits-Christoph P, Gibbons MBC, Gallop R, Ring-Kurtz S, Barber JP, Worley M, et al. Supportive-expressive psychodynamic therapy for cocaine dependence: a closer look. *Psychoanal Psychol*. 2008;25(3):483-98.
57. Gibbons MB, Thompson SM, Scott K, Schauble LA, Mooney T, Thompson D, et al. Supportive-expressive dynamic psychotherapy in the community mental health system: a pilot effectiveness trial for the treatment of depression. *Psychotherapy (Chic)*. 2012;49(3):303-16.

58. Lipsitz JD, Gur M, Vermes D, Petkova E, Cheng J, Miller N, et al. A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25(6):542-53.
59. Di Riso D, Colli A, Chessa D, Marogna C, Condino V, Lis A, et al. A supportive approach in psychodynamic-oriented psychotherapy. An empirically supported single case study. *Research in Psychotherapy* 2011;14(1): 49-89.
60. Crits-Christoph P, Connolly MB, Azarian K, Crits-Christoph K, Shappell S. An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy (Chic)*. 1996;33(3): 418-30.
61. Dekker JJ, Koelen JA, Van HL, Schoevers RA, Peen J, Hendriksen M, et al. Speed of action: the relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. *J Affect Disord*. 2008;109(1-2):183-8.
62. Maat S, Dekker J, Schoevers R, van Aalst G, Gijsbers-van Wijk C, Hendriksen M, et al. Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three randomized clinical trials. *Depress Anxiety*. 2008;25(7):565-74.
63. Driessen E, Van HL, Don FJ, Peen J, Kool S, Westra D, et al. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*. 2013;170:1041-50.
64. Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Piper WE. Change in alexithymia in two dynamically informed individual psychotherapies. *Psychother Psychosom*. 2013;82(1):61-3.

## LEITURAS SUGERIDAS

---

- Holmes J. Supportive psychotherapy. The search for positive meanings. *Br J Psychiatry*. 1995; 167(4):439-45; discussion 446-7.
- Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books; c1984.

## PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA E FARMACOTERAPIA

Livia Hartmann de Souza  
Claudio Maria da Silva Osorio  
Marcelo Pio de Almeida Fleck

As dificuldades para compreender, recomendar, manter e avaliar tratamentos em que se associam psicoterapias e psicofármacos continuam a desafiar clínicos e pesquisadores. As últimas décadas marcaram importantes mudanças no campo específico da psiquiatria, mas também em um cenário mais amplo. Com o desenvolvimento da psiquiatria baseada em evidências, cresceu muito o número de trabalhos testando novas e velhas alternativas terapêuticas, bem como a preocupação com a demonstração de sua eficácia. A psiquiatria tornou-se mais pluralista e menos polarizada ideologicamente do que já foi em décadas anteriores. Há que considerar também importantes mudanças, incluindo a globalização, o multiculturalismo e o acesso à informação, aliadas a uma crescente valorização da autonomia e da liberdade individuais nas escolhas.

No campo da psiquiatria, tais modificações mais amplas dos costumes repercutiram diretamente nas preferências dos pacientes na tomada de decisão terapêutica. Estas últimas mereceram uma metanálise conduzida por McHugh e colaboradores,<sup>1</sup> que indicou uma preferência pelos

tratamentos psicológicos em relação aos farmacológicos. Esses autores destacaram a importância desse achado, tendo em vista as evidências para melhores desfechos quando os pacientes recebem o tratamento preferido.

As responsabilidades dos psiquiatras não diminuíram – pelo contrário, aumentaram –, e hoje há cada vez menos espaço para indicações de tratamento autoritárias ou dogmáticas. Nos dias atuais, causaria espanto no paciente e na família se um psiquiatra de orientação predominantemente biológica vetasse a procura por um psicoterapeuta, assim como se restringisse as opções de tratamento do transtorno bipolar, por exemplo, a uma única medicação. Do mesmo modo, é cada vez mais frequente um paciente em psicoterapia decidir buscar um psiquiatra – ou até mesmo seu médico clínico – para examinar a possibilidade ou a necessidade de acréscimo, substituição ou diminuição de doses ou retirada de um psicofármaco.

Nesse contexto, o objetivo deste capítulo é o de dar subsídios aos profissionais que utilizam a psicoterapia e a farmacoterapia, no sentido de facilitar sua prescrição

conjunta. Para isso, será feita uma breve revisão histórica, seguida da apresentação de alguns modelos teóricos capazes de sustentar a prescrição concorrente das duas formas de tratamento, e, por fim, propõem-se algumas recomendações práticas.

## BREVE HISTÓRICO

No início da utilização de psicofármacos, o uso de medicação associada a tratamentos psicanalíticos era visto com muita resistência pela comunidade psicanalítica.<sup>2</sup> Acreditava-se que a medicação seria incapaz de melhorar definitivamente os sintomas, pois não atuava no conflito psíquico, considerado a verdadeira etiologia dos sintomas mentais. Além disso, havia o receio de que a medicação, ao aliviar temporariamente a ansiedade que levou o paciente à procura de tratamento, pudesse reduzir sua motivação para a mudança e obstruir o acesso ao conflito inconsciente.<sup>3</sup> Segundo Roose e Johannet, considerava-se que a medicação poderia ser necessária em casos graves, como um “inimigo necessário”, mas que o processo analítico deveria ser mantido sem perturbações sempre que possível.<sup>3</sup>

Freud,<sup>4</sup> ao abordar os aspectos constitucionais (biológicos) e emocionais na etiologia dos sintomas psíquicos, descritos em sua equação etiológica, afirmou que:

[...] a psicanálise já falou muito sobre os fatores acidentais na etiologia e pouco nos constitucionais, mas isso se deveu apenas ao fato de ter podido contribuir com algo novo para os primeiros, enquanto, inicialmente, não sabia mais do que era comumente conhecido sobre os últimos. *Recusamo-nos a postular qualquer contraste, em princípio, entre os dois conjuntos de fatores etiológicos; pelo contrário, presu-*

*mimos que os dois atuem regularmente em conjunto para ocasionar o resultado observado.* Talento e sorte determinam o destino de um homem – raramente ou nunca só um desses poderes. Só se pode calcular a quantidade de eficácia etiológica a ser atribuída a cada um deles, separadamente, em cada caso individual [...] Avaliaremos a cota fornecida pela constituição ou pela experiência de modo diferente nos casos individuais, de acordo com o estágio alcançado por nosso conhecimento; e conservaremos o direito de modificar nosso julgamento de acordo com as alterações de nossa compreensão.

Em 1938, Freud<sup>5</sup> abordou o tema das limitações da abordagem psicológica, sinalizando a perspectiva de que, no futuro, surgissem substâncias que permitissem um tratamento biológico das enfermidades. Hartmann,<sup>6</sup> em 1939, acreditava que a mente tinha áreas de funcionamento (regulação de afeto, controle de impulsos e atenção) que eram autônomas, ou seja, livres de conflito. Essa visão permite supor um dos papéis da psicofarmacologia em combinação com a psicanálise: a medicação melhoraria as funções autônomas do ego, o que, por sua vez, permitiria o processo psicanalítico.

Com o surgimento das evidências científicas demonstrando que as medicações poderiam ser mais eficazes do que a própria psicoterapia para alguns sintomas, essa visão foi se tornando progressivamente mais flexível. Roose e Stern<sup>7</sup> realizaram um estudo entre os candidatos do Instituto de Psicanálise da Columbia University e demonstraram, já nos anos de 1990, que 46% dos 24 candidatos entrevistados tinham pelo menos um paciente usando medicação e que todos esses pacientes, com exceção de um, tinham sido medicados pelo próprio analista. Dos 56 pacientes

em atendimento, 43% tinham algum diagnóstico de transtorno do humor ou de ansiedade, e 29% estavam usando algum tipo de medicação. Nos 16 casos medicados, em 11 deles os analistas consideraram positiva a introdução da medicação, e apenas dois profissionais consideraram que não houve benefício sintomático e que houve interferência negativa no processo analítico.

De modo progressivo, o uso de medicação foi crescendo, em especial a partir dos anos de 1980. Segundo Busch e Sandberg,<sup>2</sup> os fatores que levaram ao aumento do uso de medicação foram:

- a) a progressiva evidência de eficácia em diferentes transtornos mentais
- b) o surgimento de drogas mais seguras e de melhor tolerabilidade
- c) as pressões da indústria, dos planos de saúde e dos pacientes, hoje com mais acesso a informação do que no passado

Além disso, os autores reportam que, com o avanço da neurociência, os limites entre as bases biológicas e psicológicas dos transtornos ficaram progressivamente menos nítidos.

O efeito necessariamente “nocivo” da medicação ao processo psicanalítico defendido do ponto de vista teórico passou a ser, pelo menos em parte, questionado por dados empíricos. O uso da medicação mostrou que esta pode levar a um alívio mais rápido de sintomas, em especial nos pacientes mais graves. Reduzindo a ansiedade a um nível tolerável, observou-se que os pacientes mantinham-se motivados para a psicoterapia, ao contrário do que antes se temia. Além disso, poderiam prevenir recaídas e/ou recidivas de maneira mais eficiente do que a psicoterapia utilizada de forma isolada nas crises de pânico e nos episódios depressivos. Nesse sentido, Roo-

se e Johannet<sup>3</sup> afirmam que o uso da medicação pode tornar o tratamento psicanalítico possível para pacientes que não teriam condições de fazê-lo, quer pela gravidade de sintomas, quer pelo risco de recorrência.

À medida que mais pacientes passaram a usar medicação associada ao seu tratamento psicoterápico, foi possível observar que a forma como o analista enfoca o uso da medicação pode, em muito, modificar sua interferência. Assim, o significado que o paciente atribui à medicação pode ser um material muito rico para acessar sua vida intrapsíquica. Todavia, em função da necessidade da abordagem direta dos sintomas e dos efeitos colaterais, a introdução da medicação pode ser percebida como algo que quebra o processo psicoterápico e, de modo mais significativo, o processo psicanalítico. As fantasias geradas pela indicação da medicação podem, se não trabalhadas, tornar-se um ponto de resistência ao tratamento. Alguns autores, como Purcell,<sup>8</sup> também alertam para o risco de o uso da medicação estar a serviço de uma resistência inconsciente da dupla paciente-terapeuta.

## BASE TEÓRICA PARA O TRATAMENTO COMBINADO

A prescrição simultânea de medicação e psicoterapia e a constatação de sua eficácia geraram a necessidade de desenvolver modelos teóricos que pudessem justificar seu uso. Segundo Busch e Sandberg,<sup>2</sup> existem dois grandes modelos que embasam o tratamento combinado:

- a) o modelo de *duas doenças* (*two-illness model*), proposto por Kantor,<sup>9</sup> e
- b) o modelo *interacional*, defendido por vários autores, entre eles Gabbard.<sup>10</sup>

No modelo de *duas doenças*, o paciente teria uma “doença” de base psicológica (p. ex., um transtorno da personalidade), cujo tratamento seria psicanalítico, e uma “doença” de base biológica (p. ex., depressão), cujo tratamento seria somático, como a medicação. Essa visão, simples e didática, ajuda a considerar diferentes modalidades de tratamento para um mesmo paciente.

O modelo *interacional* parte de uma visão mais integrada, em que mente e cérebro são, citando Damasio:<sup>11</sup>

[...] reflexo da mesma coisa fundamental. O mental e o biológico são diferentes pontos de vista ou diferentes níveis de análise do sistema mente-cérebro. Significa não considerar mais o mental (ou funcional) como sendo fundamentalmente diferente do biológico (ou orgânico). Em vez disso, o mental e o biológico se tornam diferentes pontos de vista ou diferentes níveis de análise do sistema mente-cérebro.

Dessa forma, entende-se que os tratamentos psicológicos afetam o cérebro; portanto, podem ser considerados tratamentos biológicos também. Além disso, os tratamentos biológicos afetam a dimensão psicológica. Haveria uma causalidade bidirecional. Em vez da ideia de comorbidades (tratar duas doenças), tem-se, no modelo *interacional*, a ideia de tratar um problema por duas vias. Para melhor compreender o modelo *interacional*, Busch e Sandberg<sup>2</sup> ilustram-no por meio de uma série de metáforas propostas por outros autores. Uma delas, de Gabbard,<sup>10</sup> associa a atração entre metais e ímã à relação entre causas biológicas e psicológicas para os transtornos mentais. Ora a diátese biológica pode fun-

cionar como ímã, para atrair – ou provocar – conflitos psicológicos, ora conflitos psicológicos funcionam como ímã para revelar a vulnerabilidade biológica subjacente, deflagrando o transtorno mental. Ora o conflito psicológico vai deflagrar ou piorar a doença mental, ora a doença mental vai piorar o conflito psicológico. Para Gabbard citado por Press,<sup>12</sup> “os conflitos psicodinâmicos frequentemente usam forças biológicas para sua expressão”. Por exemplo, um paciente com características narcisistas pode ter sua grandiosidade estimulada pelos episódios hipomaniacos ou maníacos de um transtorno bipolar. Outro, também narcísico, pode ter seu distanciamento emocional e social acentuado pela fobia social. Outra interessante metáfora para explicar o modelo *interacional* é a de que os sintomas são um rio; os conflitos psicológicos, o ambiente; e a biologia do paciente, seus afluentes, podendo haver comunicações entre estes.

Um exemplo do modelo de *duas doenças* é oferecido por Roose e Johannel<sup>3</sup> quando afirmam que, para associar medicação e psicoterapia, é necessário que o psicoterapeuta adote dois modelos, o descritivo-fenomenológico e o psicodinâmico, para avaliar e tratar o paciente. Para eles, esses dois modelos não podem ser integrados, pois “são linguagens diferentes, usam dados diferentes e são dirigidos a diferentes objetivos”. Devem ser usados em paralelo, sendo pontos de vista igualmente válidos.

Cabaniss<sup>13</sup> faz uma interessante revisão sobre modelos teóricos de associação de tratamentos farmacológicos e psicodinâmicos. Segundo a autora, existem três possíveis formas de fazer essa associação.

Na primeira delas, a medicação seria vista como forma de aliviar sintomas, en-

quanto a teoria psicodinâmica explicaria a etiologia dos transtornos. As primeiras tentativas de associação apenas superpunham a medicação à psicoterapia, sem, no entanto, desafiar as teorias psicodinâmicas de etiologia. Dessa forma, a medicação era aceita, mas ficava claramente relegada um segundo plano, e criava-se uma hierarquia que colocava o modelo psicodinâmico como principal. Este seria um modelo de *duas doenças* com preponderância de um plano (psicodinâmico) sobre outro (psicofarmacológico).

O segundo e o terceiro modelos propostos por Cabaniss seriam variações do modelo *interacional* proposto por Busch e Sandberg.<sup>2</sup> No segundo modelo, todos os processos mentais, inclusive os psicodinâmicos, seriam vistos como tendo um substrato cerebral. As experiências psicológicas contêm um substrato biológico, e esse substrato biológico sofre influência de experiências psicológicas, e vice-versa.

No terceiro modelo, a dimensão psicodinâmica e a farmacológica estariam lado a lado, cada uma percebida como apta a explicar alguns aspectos das dificuldades dos pacientes. É a alternativa ao modelo “totalmente integrado”, que permite usar múltiplos modelos simultaneamente, sem, entretanto, fundi-los. Ao ouvir um paciente queixando-se de ansiedade, por exemplo, o terapeuta permite-se transitar de um modelo psicodinâmico para um modelo biológico, na tentativa de melhor entender a psicopatologia e orientar o tratamento daquele caso. Dentro da classificação entre os modelos de *duas doenças* e *interacional*, em que cada um deles seria um extremo de um gradiente, este seria um modelo intermediário. A questão fundamental reside em “[...] como os terapeutas podem usar esses construtos para orientar seu trabalho clínico, negociando os múltiplos modelos de mente”.<sup>13</sup>

## A AVALIAÇÃO E A INDICAÇÃO DE TRATAMENTO COMBINADO SEGUNDO OS MODELOS PROPOSTOS

A partir da história clínica, pessoal e familiar, da caracterização dos sintomas e da avaliação do binômio transferência-contratransferência, o terapeuta será capaz de chegar a uma formulação compreensiva da vida mental do paciente. Para poder indicar as diferentes modalidades terapêuticas, o terapeuta deverá ser apto a utilizar os respectivos modelos de mente em sua avaliação.

Cabannis,<sup>13</sup> a partir do princípio do câmbio de marcha nos automóveis, propôs o termo *shifting gears* (mudança de marcha) para caracterizar a atitude do terapeuta. Para ela, durante o processo terapêutico, é essencial que o psicoterapeuta esteja livre para usar ora um modelo de mente, ora outro, na tentativa de melhor avaliar o paciente e conduzir seu tratamento. Segundo a autora, essa habilidade requer que não só o terapeuta seja versado em diferentes modelos como seja flexível o suficiente para transitar entre eles durante a avaliação, a formulação do caso e a indicação de tratamento, isso com o objetivo de dar ao paciente o cuidado mais adequado possível. A capacidade de transitar entre dois modelos é essencial ao indicar tratamentos combinados de psicoterapia de orientação analítica e medicação. O psicoterapeuta deve ouvir o paciente, buscando pistas que o levem a uma ou outra etiologia e, guiado pelo material clínico, permitir-se “mudar de marcha”, quando não também de direção, ou seja, mudar o modelo de mente que está guiando sua entrevista e/ou intervenção naquele momento. Entretanto, cada um dos tratamentos deve ser indicado usando

parâmetros próprios; caso contrário, corre-se o risco de promover uma confusão de modelos, em vez de uma integração. Voltando à metáfora da autora, existem flexibilidades e limites nas articulações e nos movimentos de uma caixa de câmbio e de um veículo em movimento.

Busch e Sandberg<sup>2</sup> sugerem que os modelos devam estar sempre em comunicação. Ou seja, ao se avaliarem sintomas sob o ponto de vista descritivo-fenomenológico, é importante manter na mente as informações do modelo psicodinâmico, inclusive as reações transferenciais e contratransferenciais, para que o entendimento seja completo e o manejo correto. Por exemplo, um paciente em psicoterapia pode experimentar incrementos transitórios de ansiedades persecutórias ou depressivas, sem que isso configure um diagnóstico descritivo-fenomenológico que mereça tratamento medicamentoso. Um paciente com transtorno bipolar em psicoterapia, diante de alterações na medicação e de importantes mudanças pessoais positivas, ficou ansioso, quase em pânico, julgando estar diante de uma recaída. Uma consulta com um psiquiatra de orientação neurobiológica confirmou esta impressão clínica – ansiedade fóbica diante da mudança e do novo – assegurando ao paciente que não havia sinais de recaída/recidiva e recomendou uma retomada da psicoterapia, no regime de duas sessões semanais, para auxiliar essa pessoa em seu processo de readaptação a uma nova situação de vida.

Para trabalhar com tratamentos combinados, Cabaniss<sup>13</sup> acredita que é essencial não hierarquizar os modelos, mantendo-se equidistante deles, adotando, portanto, uma postura de neutralidade ou imparcialidade científicas. Além disso, é importante tolerar um certo grau de incerteza ao escutar um paciente e compreendê-lo: são os momentos de incerteza e de ambiguidade

que podem levar um profissional a “mudar de marcha”, a buscar outras alternativas para entender o paciente.

Roose e Johannet<sup>3</sup> sugerem, seguindo um modelo de *duas doenças*, que um psicanalista sempre deve fazer, além da avaliação psicodinâmica, uma avaliação descritivo-fenomenológica nos pacientes para avaliar a presença de sintomas ou transtornos que podem ser tratados com o uso de medicação. Ressaltam o risco de teorias psicanalíticas cegarem os terapeutas quanto a outros tratamentos para os quais já existe evidência científica de eficácia. Lembrem, ainda, que as evidências científicas disponíveis acerca da eficácia das medicações no manejo dos transtornos mentais vêm de ensaios clínicos que incluíram pacientes diagnosticados por meio do sistema descritivo-fenomenológico. Portanto, ao pensar em medicar um paciente, deveria ser considerado o sistema diagnóstico adotado pelos ensaios clínicos. Os autores reconhecem que os estados afetivos, bem como a medicação, têm significado para o paciente e despertam fantasias, mas que esse significado e essas fantasias não devem embasar a decisão de prescrever.

Roose e Johannet<sup>3</sup> salientam a importância de reconhecer que existe uma diferença entre “estado afetivo” e “transtorno afetivo”. Isso para lembrar que nem todo estado afetivo vai levar à consideração do tratamento medicamentoso como opção, o que só vai ocorrer caso seja acompanhado de outros sintomas que compõem o diagnóstico de algum transtorno mental.

O uso do modelo descritivo-fenomenológico para orientar a prescrição da medicação, em paralelo com o psicodinâmico para orientar a psicoterapia, pode, de forma inadvertida, segundo Roose e Johannet,<sup>3</sup> favorecer a dicotomização

mente-cérebro. O sistema de estratificação em eixos, adotado até a quarta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV), poderia fazer supor que transtornos do Eixo I devessem ser tratados com medicação, enquanto aqueles do Eixo II devessem ser tratados com psicoterapia (modelo de *duas doenças*). Em concordância com o modelo *interacional*, mais complexo e abrangente da mente, anteriormente exposto, Roose e Johannot<sup>3</sup> acreditam que os fatores biológicos e psicológicos influenciam-se mutuamente. Pode-se avançar ao notar que transtornos da personalidade se beneficiam do tratamento com medicação,<sup>14</sup> assim como transtornos do Eixo I podem ser tratados somente com psicoterapia. E, exatamente para não favorecer a dicotomização mente-cérebro, é que os autores acreditam que ambos os modelos devem estar na mente do psicoterapeuta ou do farmacoterapeuta posicionados em paralelo, não em justaposição ou em hierarquização e, menos ainda, misturados/fundidos.

Como contraponto, Gabbard e Freedman,<sup>15</sup> em 2006, alertaram para o risco e as limitações da adoção da medicina baseada em evidências na prática psicoterápica. Os autores ressaltam que existem relativamente poucos estudos com psicoterapia psicodinâmica e que a necessidade de manualização das psicoterapias para a realização de ensaios clínicos as faz diferir daquilo que se realiza na prática. Além disso, os tempos de seguimento dos ensaios são curtos, o que não se aplica à realidade de pacientes com transtornos crônicos. Gabbard<sup>16</sup> sugere estudos com desenho naturalístico como forma de lidar com essas limitações.

Ao explicar ao paciente a lógica da indicação do tratamento combinado, o terapeuta pode adotar o modelo das *duas doenças* ou o modelo *interacional*. Busch e Sandberg<sup>2</sup> recomendam as seguintes abordagens:

Você tem conflitos psicológicos, mas também tem sintomas consistentes com o diagnóstico de depressão maior. A terapia será útil para seus conflitos, mas a medicação será importante para a depressão. O tratamento da depressão com medicação vai ajudá-lo a explorar seus conflitos,

quando o modelo adotado é o de *duas doenças*. E

Você tem conflitos psicológicos e sintomas de depressão maior. É provável que seus conflitos psicológicos exacerbem sua depressão e que sua depressão adicione-se aos seus conflitos. Portanto, ambos os tratamentos seriam valiosos,<sup>2</sup>

quando o modelo adotado é o *interacional*. Os autores acreditam que o modelo *interacional* proporciona ao paciente um entendimento maior dos tratamentos combinados. Além disso, pode-se explicar ao paciente que a medicação vai ajudá-lo a ter mais energia e concentração para trabalhar na terapia, ou que a ansiedade vai ser reduzida a um nível tolerável, que permita ao paciente explorar seus conflitos.

Uma vez iniciada a medicação, e tendo obtido alívio dos sintomas, pode acontecer de o paciente ficar em dúvida se realmente precisa de psicoterapia. Nesse ponto, cabe ao terapeuta ajudar a explorar as questões psicológicas passíveis de serem abordadas e que podem ter relação com a sintomatologia apresentada. Em algumas situações, o paciente pode, apesar do alívio sintomático, estar motivado para seguir adiante na psicoterapia, buscando compreender-se melhor, abordando aspectos não resolvidos com a medicação. Em outros casos, pode estar satisfeito com o nível de alívio obtido e não se sentir motivado para seguir adiante, reconhecendo ou não a presença de conflitos psicológicos. Nessa situação,

é importante acolher, considerar e respeitar a escolha do paciente, deixando a porta aberta para um retorno futuro, caso sinta necessidade.

O momento de introduzir a medicação, seja no início seja com a terapia já em curso, é um fator importante, segundo Busch e Sandberg.<sup>2</sup> No início, a relação transferencial costuma não ser tão intensa, e o paciente pode reagir de forma positiva ou negativa, dependendo de suas fantasias prévias acerca da medicação. A introdução da medicação ao longo da psicoterapia pode ser um pouco mais complexa. Certamente surgirão fantasias acerca da medicação e da indicação, que deverão ser elucidadas e compreendidas. O paciente pode sentir que ele mesmo ou o terapeuta não estão tolerando o contato com o material trazido, que o terapeuta não está mais podendo escutá-lo. Pode, além disso, entender que é um caso grave demais para seguir só em psicoterapia, ou que a dupla falhou. O paciente pode, ainda, sentir-se ofendido com a indicação, por ser, em princípio, “contra remédios”. Pode sentir-se punido ou humilhado pelo terapeuta: uma paciente assim se referiu ao acréscimo da medicação – “Agora, com dois anos de psicoterapia, que eu estava começando a digerir a necessidade de me tratar, o senhor me vem com mais essa: remédios!”. Ou, ainda, o paciente pode sentir-se compreendido, até agraciado pela prescrição. Considerando pessoas e tratamentos em movimento, não é raro que, depois de uma verdadeira lua de mel com os psicofármacos e com o prescritor, apareçam queixas e ressentimentos. Esse foi o caso de um paciente que, depois de um fracasso em duas tentativas de tratamento psicanalítico, ficou muito aliviado ao saber que era portador de um transtorno bipolar e que se beneficiaria com carbonato de lítio.

Passada a idealização da farmacoterapia, manifestou-se ressentido com o diagnóstico biológico recebido e buscou outro psiquiatra, ocorrendo sérios problemas transferenciais mal conduzidos.

As reações possíveis são infinitas, considerada a variabilidade das pessoas e dos seus movimentos, e é muito importante que sejam bem trabalhadas. Todavia, Busch e Sandberg<sup>2</sup> ressaltam que nenhuma reação transferencial/contratransferencial deve mudar o desfecho, ou seja, indicar ou contraindicar medicação. Tal decisão deve, na medida do possível, ser tomada com base em um diagnóstico descritivo-fenomenológico. Os autores alertam que o desejo – pouco realístico – de conduzir um tratamento psicanalítico “puro” pode impedir o uso apropriado de medicação.

Uma das dificuldades encontradas no tratamento combinado decorre, justamente, das diferenças técnicas e teóricas dos dois tratamentos. Enquanto o psicofarmacologista avalia, de modo sistemático, a presença de sintomas e efeitos colaterais, de forma direta e prescritiva, o psicoterapeuta de orientação analítica busca a livre associação do paciente, com perguntas abertas, não diretivas e, eventualmente, interpretando o material trazido pelo paciente.

## O TRATAMENTO PROPRIAMENTE DITO

Para a realização de um tratamento combinado, é importante considerar alguns aspectos gerais e outros específicos de sua execução que envolvem especialmente se o tratamento será conduzido por um único profissional ou se será partilhado e quais as vantagens e desvantagens dessas duas estratégias.

## Aspectos gerais

Como já referido, o tratamento medicamentoso é indicado e reavaliado segundo critérios descritivo-fenomenológicos. Isso não impede que, uma vez que tenha sido iniciada a medicação, as fantasias do paciente acerca dela sejam compreendidas à luz do modelo psicodinâmico. Essa compreensão pode, além de melhorar a adesão do paciente ao tratamento, contribuir para o processo psicoterápico, trazendo à tona fantasias inconscientes relacionadas ao mundo interno do paciente. O entendimento dessas fantasias não deve, em princípio, guiar a decisão quanto à prescrição, à manutenção ou à alteração do tratamento medicamentoso, como, por exemplo, em um caso discutido em supervisão, deixar de prescrever medicações que necessitem de exames de sangue periódicos por receio de que o paciente vivencie a solicitação como “vampirismo” por parte do profissional.

Alguns pacientes preocupam-se com a possibilidade de a medicação criar uma versão “não verdadeira” ou artificial deles próprios. Busch e Sandberg<sup>2</sup> opinam que a medicação não cria um *self* verdadeiro ou falso. Ela pode alterar a sensação de *self* do indivíduo e, sem dúvida, reflete um estado relacionado à mudança, quer dizer, um *self* em uso de medicação. “Se o indivíduo vê ou não essa mudança como uma aproximação do seu *self* genuíno, é uma questão de interpretação, frequentemente colorida pela fantasia inconsciente”. O terapeuta pode se sentir desvalorizado por ter necessitado da ajuda da medicação no tratamento de um dado paciente, como se tivesse falhado, sentindo que o processo psicoterápico ou psicanalítico foi contaminado e, portanto, menos valorizado como tratamento. Pode se sentir também culpado pelos eventuais efeitos colaterais que surgirem, o que, por

vezes, impede uma avaliação realística das verdadeiras causas desses efeitos.

Um ponto interessante diz respeito à parcela de efeito placebo na eficácia das medicações. Espera-se que o psicofarmacologista estimule o efeito placebo ao mostrar-se otimista e confiante em relação à medicação. Em contrapartida, ao psicoterapeuta ou psicanalista é recomendada atitude neutra, o que poderia minimizar o efeito placebo. Problemas adicionais surgem quando, de alguma forma, o psicoterapeuta deixa transparecer, manifestamente ou de forma latente, que é contrário ao uso de medicação, seja de modo geral, seja naquele caso específico. Busch e Sandberg<sup>2</sup> argumentam que houve uma mudança progressiva na psicanálise ao reconhecer o inevitável impacto da pessoa no analista/psicoterapeuta no campo analítico. Diante disso, os autores recomendam que, caso a medicação seja de fato adequadamente indicada, o psicoterapeuta sinta-se livre para expressar otimismo realista acerca da resposta ao tratamento indicado. Reações muito fortes, para qualquer um dos lados, seja a favor, seja contra a medicação, podem sinalizar um problema contratransferencial a ser compreendido. O trabalho do efeito placebo vai depender, entre outras coisas, do ponto entre os extremos analítico/compreensivo e suportivo em que aquele tratamento se encontra. Em tratamentos mais suportivos, provavelmente o efeito placebo vai ser mais estimulado e menos interpretado. Já tratamentos mais compreensivos, sobremaneira em uma análise, o significado da medicação e seus impactos transferenciais e contratransferenciais serão examinados de forma extensiva.

Assim como o efeito placebo, o efeito nocebo – quando o paciente reage mal à medicação – também deve ser compreendido.<sup>2</sup> O quadro típico do paciente que ex-

perimenta o efeito nocebo é a recusa à medicação, apesar de sua indicação adequada, ou de várias tentativas medicamentosas prévias interrompidas precocemente, antes mesmo que pudessem fazer o efeito terapêutico, devido a paraefeitos intoleráveis.

O efeito nocebo é um exemplo de situação em que a psicoterapia pode levar à adesão à medicação, por meio da compreensão das fantasias que impedem a aceitação do psicofármaco.

Esse foi o caso de uma mulher de 65 anos com depressão desencadeada pela viuvez, mas que tinha dois episódios anteriores de diminuição do humor. O psicoterapeuta escolheu o fármaco A, e a paciente teve efeitos colaterais. Trocou pelo antidepressivo B, novos efeitos colaterais. Na terceira tentativa frustrada – sempre com fármacos de grupos diferentes –, o caso foi levado à supervisão com um psicanalista, que identificou questões transferenciais não compreendidas pelo psiquiatra. Uma vez trabalhadas, cessaram os efeitos colaterais.

A medicação, mesmo quando bem indicada, pode servir a propósitos defensivos, ameaçando a relação transferencial. Purcell<sup>8</sup> faz interessante contraponto à flexibilização do uso da medicação em combinação com tratamentos analíticos. Ainda que o autor concorde com a abordagem de modelos paralelos, destaca o risco de minimização do uso inapropriado e não científico de medicações na tentativa de tratar sintomas para os quais não há evidência de que a medicação funcione bem. Além disso, o autor considera ser um desserviço à psicanálise tomar decisões acerca do uso de medicação com base no modelo psicanalítico, uma vez que este não tem relevância para o terreno da neurofarmacologia.

Apesar de concordar com o modelo teórico mais aceito atualmente para associação das duas terapias, Purcell<sup>8</sup> lembra que a medicação não é inócua ao tratamento psicoterápico e, especialmente, psicanalítico. Esses tratamentos objetivam não só a remissão dos sintomas como também a mudança na estrutura psíquica, com tentativa de integração de aspectos cindidos da personalidade. Nesse cenário, a medicação poderia promover a cisão, em vez da integração, do *self*. O paciente poderia, por exemplo, concluir que seu sofrimento é biológico e resistir a sua exploração psíquica.

Busch e Sandberg<sup>2</sup> creem que a saída, nesse caso, seria reconhecer a contribuição biológica no sofrimento do paciente, mas explorar o porquê de ficar somente com essa explicação. Purcell<sup>8</sup> vai mais adiante, lembrando as resistências inconscientes da dupla, mediada por reações transferenciais e contratransferenciais, que podem edificar, em torno da medicação, um conluio com o objetivo de não entrar em contato com o sofrimento psíquico. Com isso, o autor sinaliza a possibilidade de que a combinação de tratamentos entre em antagonismo, não sendo favorável. Purcell<sup>8</sup> destaca:

[...] a questão não é definir se o sintoma deve ser analisado ou medicado ou se a medicação torna a análise mais difícil. O que é potencialmente mais poderoso em moldar o curso de uma análise após a introdução da medicação é se as posições psíquicas tomadas por cada uma das partes implicitamente suportarão o *enactment* de resistências a um entendimento analítico integrativo da personalidade total.

O autor sugere, ainda, que se entenda a medicação como um aspecto técnico da análise, não só como um tratamento que corre em paralelo, considerado, *a priori*, sinérgico. Lembra, também, que o desejo de

cura do analista e os fatores culturais que facilitam o uso de medicação tornam mais difícil a percepção desse conluio. Para ele,

[...] ainda que a clareza clínica ilusória oferecida pela aparente objetividade da fenomenologia possa ser muito atraente, a atitude do analista deve ser dirigida à realidade psíquica, refletindo a verdadeira complexidade de incluir medicação na análise.<sup>8</sup>

O autor argumenta que os critérios descritivo-fenomenológicos identificam os pacientes que têm transtornos capazes de serem tratados com medicação, mas não identificam, por exemplo, para quais pacientes a análise é indicada ou em quais deles a adição da medicação pode atrapalhar o curso da análise. Gabbard contesta a visão de Purcell de que a medicação interfere negativamente na integração do *self*. Pelo contrário, Gabbard acredita que, em pacientes graves, o alívio dos sintomas promovido pela medicação ajuda no processo analítico.<sup>12</sup>

Uma infinidade de cenários e significados são possíveis no contexto de associação desses dois tratamentos. Para que o psicoterapeuta ou analista consiga vê-los e discerni-los, é essencial que se mantenha neutro e imparcial, analisando as situações caso a caso, evitando ideias pré-concebidas, como, por exemplo, a de que “a medicação sempre funciona e sempre tem seu espaço” ou “a medicação sempre atrapalha e sempre servirá ao propósito defensivo”.

## **A execução do tratamento combinado**

Fundamentalmente, existem duas formas possíveis de realização do tratamento combinado. Na primeira delas, o mesmo profissional (o psiquiatra) realiza as duas fun-

ções, e, na segunda, a prescrição é realizada por um médico (psiquiatra ou não), e a psicoterapia, por outro profissional (psiquiatra ou psicólogo, na maioria das vezes).

### ***O terapeuta prescritor***

O psiquiatra que medica e é também psicoterapeuta pode transmitir ao seu paciente um conceito integrado de mente e cérebro. Ao demonstrar que leva em consideração diversos modelos – psicodinâmico, neurobiológico e descritivo-fenomenológico – de compreender os transtornos mentais ou as condições que recomendam atenção profissional, como algumas crises evolutivas e/ou acidentais, a tendência é que os pacientes se sintam seguros e satisfeitos com a possibilidade de o tratamento combinado ser conduzido por um único profissional. Alguns que consideram bastante a privacidade se sentem também mais protegidos, caso não exclusivo de profissionais da área da saúde mental em tratamento. Em tais situações, por vezes, uma solução é o psicoterapeuta ou psicanalista valer-se de um médico clínico para as decisões e avaliações psicofarmacológicas. Outros pacientes percebem o tratamento dividido como uma dissociação, com assuntos psicológicos que serão resolvidos pelo psicoterapeuta e questões ligadas a sintomas que serão resolvidas com o psiquiatra, ficando, de alguma forma, sozinhos na tarefa de integrar esses dois aspectos de sua vida mental.

Um benefício possível é o de conseguir compreender com bastante clareza e proximidade o significado da medicação para o paciente, uma vez que a prescrição e a compreensão vão ser conduzidas pelo mesmo psicoterapeuta. Todavia, segundo Busch e Sandberg,<sup>2</sup> contratransferencialmente, pode haver uma idealização do papel duplo – de psicoterapeuta e psicofar-

macologista –, com o consequente desejo de abarcar todo o tratamento do paciente. Nesse sentido, o psicoterapeuta pode relutar em pedir auxílio para outro colega em casos em que isso pode ser necessário, por sentir-se diminuído por não conseguir conduzir ambos os tratamentos. O psicoterapeuta pode sentir-se narcisicamente injuriado pela necessidade do paciente de medicação – como se não fosse bom o suficiente para que apenas a psicoterapia resolvesse todos os problemas. Isso pode levar o psicoterapeuta a prescrever, mas deixar a medicação em segundo plano, por vezes até “esquecendo” de revisar sintomas e doses por acreditar que a psicoterapia é o tratamento de que o paciente realmente precisa. Nesse cenário, em que o paciente sente que o psicoterapeuta considera a psicoterapia o tratamento superior, aquele pode submeter-se à psicoterapia, mesmo não tendo motivação genuína para tal, mas apenas para agradar o psicoterapeuta. De novo, aqui se mostra a importância da neutralidade e da imparcialidade científicas, pois só assim o psicoterapeuta vai conseguir avaliar com lucidez a motivação real de um dado paciente, tentando não se deixar conduzir exclusivamente pelas próprias preferências.

A tarefa de prescrever e realizar a psicoterapia exige que o psicoterapeuta/psicofarmacologista, de forma periódica, reavalie a presença de sintomas e efeitos colaterais, adotando, para isso, os modelos médico e descritivo-fenomenológico. A tarefa é um pouco mais complexa do que no tratamento dividido – em que um psicoterapeuta realiza a psicoterapia e um psiquiatra prescreve a medicação, pois, embora, no segundo caso, o psicoterapeuta atente para o significado da medicação, não recairá sobre ele a responsabilidade da tomada de decisão quanto a ela. É importante que, de tempo em tempo, seja reservado um momento da sessão para avaliar a medica-

ção. Talvez a maior dificuldade resida em discernir se aquela queixa do paciente pode ser mais bem manejada com alteração na medicação ou sob o vértice psicodinâmico. O movimento se dá de uma relação médico-paciente para psicoterapeuta-paciente. Busch e Sandberg<sup>2</sup> lembram que é importante atentar, a cada movimento, se existe alguma reação transferencial-contratransferencial determinando o movimento – para afastar-se de ansiedade depressiva. Outras vezes, pode haver uma real necessidade de conversar sobre a medicação. Talvez o mais importante seja compreender os movimentos e avaliar se existe algum *enactment* em vigor no momento, ainda que o psicoterapeuta e/ou o paciente mudem o foco da sessão para a medicação.

O papel de psicofarmacologista pode ser facilitado quando também ele é o psicoterapeuta. Os encontros mais frequentes com o paciente permitem-lhe observar a resposta à medicação mais de perto, e o acesso a reações transferenciais e contratransferenciais pode ajudá-lo a compreender de forma mais adequada um dado sintoma. Entretanto, também pode ser dificultado quando o conhecimento do mundo interno do paciente e dos conflitos psicológicos que o afligem dia a dia, semana a semana, tornar mais difícil discernir o que pode ser mais bem manejado por um modelo ou por outro. As decisões são tomadas sessão a sessão, sob a influência de elementos inconscientes, tanto do paciente quanto do terapeuta. Talvez a maior dificuldade do psicoterapeuta que medica seja a de ter que tomar decisões terapêuticas relativas a ambos os modelos. Isso é bem diferente de compreender o caso usando os dois, mas encaminhar para que um colega realize o outro tratamento, seja psicoterápico, seja psicofarmacológico. Nas situações em que o psicoterapeuta só faz psicoterapia e o psicofarmacologista só medica, cada um dos

dois pode ter ambos os modelos na mente e utilizá-los para a compressão do caso – e é até recomendado que os tenham –, mas a tomada de decisão, ao fim da árvore decisória, vai ser feita dentro de um só modelo. Nesses casos, se o profissional considerar que o caso pode ser mais bem manejado por outro modelo, vai encaminhá-lo a um colega, que se responsabilizará pela avaliação e pela conduta dentro daquele modelo.

Para o psicoterapeuta prescritor, a medicação pode tornar-se uma via facilitadora para *enactments* – a atuação na dupla de conflitos inconscientes do paciente. É consenso que o *enactment* é inevitável e quicá constante no processo psicoterápico e analítico. A medicação torna-se via fácil para a ocorrência de *enactment*, pois é um parâmetro externo ao funcionamento psicoterapêutico/analítico habitual. O psicoterapeuta pode, lembram Busch e Sandberg,<sup>2</sup> medicar demais ou de menos, mobilizado por *enactments*. O psicofarmacologista vai estar mais protegido de incorrer em tais erros, uma vez que se baseia em critérios objetivos e está menos envolvido na relação transferencial-contratransferencial. Como exposto anteriormente, as informações do campo psicoterápico podem enriquecer, mas também tornam mais complexas as decisões de um manejo duplo.

Uma das maiores dificuldades do psicoterapeuta prescritor é a necessidade da avaliação continuada dos sintomas que motivaram a prescrição da medicação e de seus efeitos colaterais, bem como a solicitação de exames laboratoriais pertinentes a cada medicação. Essa dificuldade talvez se deva ao fato de que essa avaliação deva ser feita de forma ativa, em que o psiquiatra colhe objetivamente os dados de que precisa para o manejo medicamentoso, fugindo à associação livre. Olesker<sup>17</sup> argumenta não haver necessidade de adotar outro mo-

delo de mente quando medicações estão envolvidas, pois, segundo ele, do ponto de vista da psicanálise desenvolvimental, as perspectivas física, cognitiva, emocional e social são levadas em consideração durante o tratamento analítico e que, portanto, sob esse ponto de vista, a medicação entraria como mais um ponto a ser analisado. O que o autor não refere, talvez por ser um analista não médico, é que a tomada de decisão em relação à medicação é diferente de compreender o significado da medicação sob o ponto de vista psicanalítico. Para compreender o significado da medicação, é possível que não seja necessária a adoção de outro modelo, apenas para prescrever.

É importante diferenciar o que é sintoma residual de humor ou de ansiedade e o que é resultado da patologia de caráter ou de transtorno da personalidade. O psicoterapeuta pode começar somente com a psicoterapia e, mais adiante, considerar o uso da medicação, pela identificação, por exemplo, de sintomas que até então não tinham sido percebidos como tratáveis por medicação e que poderiam estar obstruindo o processo psicoterápico. Em contrapartida, considerar o uso de medicação durante uma psicoterapia pode também ser consequência de uma reação contratransferencial do terapeuta que está cansado da ausência de melhora do paciente, por exemplo. Mais uma vez, enfatiza-se aqui a importância de o profissional trabalhar com um espaço mental que lhe dê liberdade para considerar diferentes possibilidades.

Para Kantor,<sup>18</sup> a pergunta não é se um analista deve prescrever, e sim que aspectos surgirão e deverão ser trabalhados quando o analista prescrever ou quando uma terceira pessoa prescrever. Busch e Sandberg<sup>2</sup> sugerem três pontos importantes a serem considerados pelo psicoterapeuta ou psicanalista que medica seus pacientes:

- monitorar a contratransferência, com atenção para os *enactments* via medicação
- avaliar os sintomas e os efeitos colaterais, reservando periodicamente um tempo da sessão, e conduzir a entrevista, deixando de lado o método da livre associação
- em casos de manejo medicamentoso muito complexo, por refratariedade, controle difícil de efeitos colaterais, comorbidades clínicas, entre outros cenários, pode ser necessário o encaminhamento do paciente a outro colega para condução do tratamento psicofarmacológico. A condução dos tratamentos combinados (com um só profissional) deve ser sinérgica e beneficiar o paciente: se algum dos dois tratamentos estiver tendo prejuízos, é preciso considerar o encaminhamento a um colega.

### ***Tratamento dividido***

O tratamento dividido ocorre com mais frequência quando um psicólogo ou psiquiatra conduz a psicoterapia e requer-se a presença de um psiquiatra para o diagnóstico clínico e para avaliar a necessidade de medicar. Existem outros cenários possíveis, como os casos complexos citados anteriormente, que precisam de dois profissionais, mesmo que ambos sejam psiquiatras, ou quando o psiquiatra não trabalha mais com psicofarmacologia.

O tratamento dividido gera um triângulo com seus potenciais problemas transferenciais e contratransferenciais e entre os profissionais. Esses problemas, segundo Busch e Sandberg,<sup>2</sup> passam por competição, frustração com os procedimentos do colega, formações teóricas e clínicas diferentes e, lamentavelmente, sentimentos de propriedade em relação ao paciente.

A resposta positiva à medicação pode gerar idealização desta e do psicofarmacologista, sendo um ponto de resistência na psicoterapia. Nesse cenário, é importante que o psicofarmacologista apoie a realização da psicoterapia e até oriente o paciente quanto às diferenças dos tratamentos. Ambos os profissionais devem estar atentos para não entrar em conluio com o paciente, fazendo coro com este nas críticas ao colega. Essas críticas podem ocorrer em qualquer um dos membros da dupla e servem ao objetivo inconsciente do paciente de resistir à evolução do tratamento. Discordâncias na conduta técnica devem, a princípio, ser discutidas entre os profissionais, com o objetivo de proporcionar ao paciente o tratamento mais harmônico possível.

Busch e Sandberg<sup>2</sup> alertam para o risco de difusão de papéis, em que o psicoterapeuta interfere e faz sugestões, via paciente, sobre o manejo psicofarmacológico. Do mesmo modo, quando o psicofarmacologista interfere na psicoterapia, por mais benignos e bem-intencionados que sejam esses comentários, eles podem carregar em si um desejo de diminuir o outro colega e hierarquizar os tratamentos. Caso os colegas discordem acerca de algum ponto do caso, é importante que, na medida do possível, e com o devido consentimento do paciente, eles se comuniquem e não usem o paciente como veículo ou mensageiro dessa comunicação. A dupla de profissionais que se mostra dividida favorece dissociações e atuações do paciente. Deve ficar claro para o paciente que o psicofarmacologista e o psicoterapeuta podem se comunicar ao longo do tratamento e que isso será necessário para o bom andamento do caso. A comunicação deve ser clara, para que não surjam mal-entendidos futuros acerca da confidencialidade.

## REVISÃO SISTEMÁTICA

Comparando-se com medicação ou outras modalidades de psicoterapia, existem relativamente poucos ensaios clínicos estudando a psicoterapia de orientação analítica. Ao fazer uma pesquisa na base de dados PubMed com a expressão *psychodynamic psychotherapy*, com o filtro de busca *clinical trials*, obtêm-se 188 artigos como resultado. Em comparação, *cognitive behavioural therapy* com o mesmo filtro de busca resulta em 10.998 artigos. Essa diferença provavelmente se deve ao fato de ser mais difícil fazer pesquisa em psicoterapia de orientação analítica, dada a necessidade de manualização e de um tempo predeterminado requeridos pela pesquisa, parâmetros estes que vão de encontro às características da psicoterapia da prática clínica.

Com o objetivo de buscar quais são as evidências de eficácia da psicoterapia de orientação analítica associada à psicofarmacoterapia na literatura, foi realizada uma revisão sistemática. O critério de inclusão era: ensaio clínico randomizado que avaliasse tratamento combinado de psicoterapia de orientação analítica com medicação. Desses 188 artigos, 98 foram selecionados pelo título. Desses 98, 29 foram selecionados para leitura na íntegra. Desses 29, 11 contemplavam o critério de inclusão e serão aqui resumidamente apresentados.

Em 2002, Burnand e colaboradores<sup>19</sup> publicaram um ensaio clínico randomizado (ECR) que avaliou clomipramina em monoterapia ou associada a psicoterapia psicodinâmica em 95 pacientes em episódio depressivo maior. A medicação poderia ser modificada para citalopram em caso de recusa do paciente ou intolerância. Ambos os tratamentos duraram 10 semanas. Dos

95 pacientes randomizados, 21 foram excluídos das análises por não terem iniciado o tratamento ou por terem sido detectados critérios de exclusão não percebidos no momento da randomização. Os desfechos avaliados foram: Escala Hamilton para Depressão, Escala Global de Funcionamento (GAF), necessidade de hospitalização e dias perdidos no trabalho.

Os pacientes que receberam o tratamento combinado tiveram significativamente menor taxa de falha de tratamento (presença de episódio depressivo ao término do estudo), menor taxa de hospitalização e menos dias perdidos no trabalho.

Além disso, foram realizadas análises de custo de ambos os tratamentos. Tais análises mostraram que o tratamento combinado foi mais custo-efetivo do que a medicação sozinha nesses pacientes. Os autores investigaram a aliança terapêutica em uma análise posterior nessa mesma amostra. Constataram que, em ambos os grupos, a aliança terapêutica aumentou com o tempo, mas que a força de associação entre o desfecho e a aliança terapêutica foi maior no grupo da monoterapia com clomipramina.<sup>20</sup>

Outro estudo, realizado por Knijnik e colaboradores,<sup>21</sup> comparou o tratamento com clonazepam em monoterapia *versus* clonazepam associado a psicoterapia psicodinâmica de grupo em pacientes com transtorno de ansiedade social ao longo de 12 semanas. O objetivo do estudo era avaliar a modificação no estilo defensivo em ambas as terapias. O grupo que recebeu a psicoterapia mostrou redução das defesas neuróticas, em comparação com o aumento das defesas neuróticas encontrado no

grupo que foi tratado em monoterapia com clonazepam.<sup>21</sup>

Quilty e colaboradores,<sup>22</sup> em 2008, publicaram um estudo que avaliou três formas de psicoterapia associada a medicação. Foram randomizados 649 pacientes em episódio depressivo para receber fluoxetina ou tianeptina. A seguir, de forma não randômica, foram encaminhados para realizar uma das três psicoterapias do estudo: suportiva, psicodinâmica ou cognitivo-comportamental. O objetivo do estudo era avaliar a correlação entre a melhora dos sintomas depressivos (medida pela escala de Montgomery-Åsberg) e as características de personalidade dos pacientes, avaliadas usando o modelo de traços de personalidade dos cinco fatores. O estudo mostrou que pacientes que responderam à psicoterapia e à medicação tinham menores níveis de neuroticismo e maiores níveis de extroversão e abertura à experiência. O estudo apresenta algumas limitações, como a não randomização para psicoterapia e a não discriminação da resposta entre pacientes que receberam tratamento combinado e não combinado.

Um estudo conduzido por Dekker e colaboradores<sup>23</sup> avaliou qual a melhor sequência de tratamento, se iniciada com psicoterapia ou com medicação. Os pacientes eram adultos com diagnóstico de depressão moderada a grave. Foram randomizados 103 pacientes para uma de duas estratégias de tratamento: psicoterapia psicodinâmica suportiva ou medicação. Em oito semanas, era oferecida a opção de tratamento combinado àqueles que tivessem melhora inferior a 30% na Escala Hamilton para Depressão. Na semana 8, os pacientes que receberam inicialmente medicação obtiveram melhor resposta. Na semana 16, houve inversão desse resultado, com os pacientes que receberam inicialmente psicoterapia apresentando melhores escores de qualida-

de de vida e sintomatologia geral, com uma tendência de melhora na Escala Hamilton para Depressão. Em torno de 40% dos pacientes que não obtiveram pelo menos 30% de resposta não quiseram realizar tratamento combinado. Ao término do estudo, pacientes com depressão leve a moderada que iniciaram com psicoterapia tiveram melhor resposta de acordo com a escala de sintomas e a qualidade de vida. Além disso, o tratamento combinado após resposta parcial a qualquer uma das estratégias se mostrou útil em pacientes que aceitaram recebê-lo.

Rosenbaum e colaboradores<sup>24</sup> publicaram, em 2012, um estudo conduzido na Dinamarca que comparou o tratamento convencional *versus* tratamento convencional associado a psicoterapia psicodinâmica suportiva manualizada em 269 pacientes com primeiro surto de esquizofrenia. Ao fim de dois anos de tratamento, tendo obtido 80% de retenção de pacientes, aqueles que receberam a intervenção psicoterápica tiveram melhores escores em escalas de sintomas (PANSS) e de funcionamento global (GAF), com maior tamanho de efeito na avaliação de dois anos.

Outro ECR envolvendo a combinação de psicoterapia com medicação foi publicado por De Jonghe e colaboradores.<sup>25</sup> Nesse estudo, 208 pacientes em episódio depressivo leve a moderado foram randomizados para uma de duas estratégias: psicoterapia psicodinâmica manualizada de curto prazo em monoterapia ou associada a medicação. A medicação era prescrita de acordo com um protocolo de quatro passos sucessivos em caso de intolerância e/ou ineficácia. Os desfechos avaliados foram a Escala Hamilton para Depressão, a Escala de Impressão Clínica Global (CGI) e uma escala de sintomas psiquiátricos gerais autoaplicável (SCL-90). O estudo mostrou que ambos os tratamentos foram eficazes

e que não houve diferença entre eles – exceto pela SCL-90, que mostrou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, com melhores escores encontrados entre pacientes que receberam tratamento combinado quando comparados aos que receberam somente psicoterapia. Esse resultado foi obtido na análise que incluiu os pacientes que começaram o tratamento, mas não foi encontrado na análise *intention-to-treat*.

Em 2001, De Jonghe e colaboradores<sup>26</sup> haviam publicado outro ECR que avaliava medicação *versus* tratamento combinado em pacientes com depressão. Foram randomizados 167 pacientes com depressão pontuando pelo menos 14 na Escala Hamilton para receber antidepressivos (fluoxetina, amitriptilina e moclobemida, em passos sucessivos em caso de não eficácia ou intolerância) *versus* antidepressivos associados a 16 sessões de psicoterapia psicodinâmica suportiva. Os desfechos avaliados foram: Escala Hamilton para Depressão, SCL-90, CGI e uma escala de qualidade de vida em depressão (QLDS). Dos pacientes randomizados, 38 recusaram o tratamento, 27 no grupo da farmacoterapia e 11 no grupo da psicoterapia, de modo que 129 pacientes de fato começaram o estudo. Aqueles em tratamento combinado tiveram significativamente menos abandono da medicação do que os em monoterapia. O tratamento combinado foi superior à monoterapia com medicação nas taxas de remissão e melhora dos sintomas depressivos e obteve melhor aceitação por parte dos pacientes.

Em artigo posteriormente publicado, utilizando a mesma amostra de De Jonghe e colaboradores,<sup>26</sup> Kool e colaboradores<sup>27</sup> compararam a resposta dos pacientes em episódio depressivo com ou sem transtorno da personalidade. O resultado encontrado foi que o tratamento combinado foi

mais efetivo naqueles com transtorno da personalidade e depressão. Pacientes sem transtorno da personalidade não tiveram benefício adicional da adição da psicoterapia. Em 2003, o mesmo grupo publicou um estudo mostrando que pacientes que receberam o tratamento combinado melhoraram sob o ponto de vista do transtorno da personalidade, independentemente da melhora da depressão. Já aqueles inclusos no grupo de monoterapia com medicação melhoraram sob o ponto de vista do transtorno da personalidade só se tivessem melhorado da depressão.<sup>28</sup>

Molenaar e colaboradores<sup>29</sup> conduziram interessante ECR avaliando a dose de psicoterapia de orientação analítica suportiva: 103 pacientes ambulatoriais com episódio depressivo maior foram randomizados para receber psicoterapia por 8 ou 16 semanas, ambas associadas a medicação (protocolo que envolvia, sequencialmente, a prescrição de fluoxetina, nortriptilina e mirtazapina, conforme resposta e tolerância, ao longo de seis meses). Os pacientes eram avaliados pela Escala Hamilton para Depressão, pela CGI, pela SCL-90, por uma escala de qualidade de vida e uma escala de funcionamento social (Groningen Social Disabilities Schedule – GSDS). Ambos os tratamentos levaram à melhora da depressão e do funcionamento social, e não houve diferença estatisticamente significativa entre eles. Segundo os resultados desse estudo, 8 ou 16 sessões são igualmente efetivas como tratamento de depressão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O avanço em áreas específicas do conhecimento médico conduz, inevitavelmente, à necessidade da criação de modelos teóricos que permitam testar o efeito de juntar as estratégias que se mostraram individual-

mente eficazes para o tratamento dos pacientes. O princípio ético da beneficência estimula o médico a sempre buscar aquilo que é melhor para seu paciente. Muitas vezes, o que é o melhor para um paciente não é aquilo que o médico sabe fazer ou o que gostaria de fazer em determinada circunstância. Mesmo assim, isso não o isenta da busca desse princípio.

A complexidade dos determinantes do comportamento humano, bem como de seus desvios (sintomas), e nosso consequente desconhecimento fazem todos os modelos gerados serem parciais, imperfeitos e transitórios. No entanto, nortear-se pelo modelo mais adequado possível ainda parece ser a melhor alternativa do que a utilização de nenhum modelo ou, o que

seria pior, do que privar o paciente de alguma alternativa comprovadamente eficaz pelo simples fato de ela não estar prevista no modelo teórico no qual o profissional foi formado.

Todos os modelos propostos são imperfeitos e têm seus desafios específicos. Possivelmente, devam ser utilizados de forma individualizada e contextualizados em cada momento particular de tratamento. Utilizar os modelos teóricos hoje disponíveis e testá-los por meio de estudos longitudinais bem conduzidos do ponto de vista metodológico, embora não seja o caminho mais curto, certamente é o caminho mais seguro para oferecer o melhor tratamento possível para os pacientes, o fim último de todo esforço terapêutico.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Apresentou-se uma revisão sobre os aspectos teóricos e técnicos do tratamento combinado de psicoterapia de orientação analítica e medicação.
2. Foram descritos e discutidos dois modelos principais – o de *duas doenças* e o *interacional* como base teórica para tratamentos combinados.
3. Ao longo do capítulo, foram apresentadas vinhetas clínicas curtas ilustrando a questão discutida. Ao final, encontra-se uma breve revisão dos estudos empíricos que abordaram o tema.
4. Revisaram-se os principais modelos teóricos utilizados atualmente, no sentido de permitir que medicação e psicoterapia de orientação analítica possam ser utilizadas de forma associada.
5. Foram apresentados e discutidos os tipos de tratamento combinado que derivam dos fundamentos teóricos.
6. Discutiram-se as questões transferenciais e contratransferenciais que envolvem pacientes e terapeutas em cada tipo de abordagem.
7. Ressalta-se a importância de os terapeutas manterem uma posição aberta aos novos conhecimentos em benefício dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(6):595-602.
2. Busch F, Sandberg LS. *Psychotherapy and medication: the challenge of integration*. New York: Analytic; c2007.

3. Roose SP, Johannot CM. Medication and psychoanalysis: treatments in conflict. *Psychoanalytic Inquiry*. 1998;18(5):606-20.
4. Freud S. A dinâmica da transferência. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 2006. v. 12.
5. Freud S. Esboço de psicanálise. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 2006. v. 23.
6. Hartmann H. Ego psychology and the problem of adaptation. New York: International Universities; [1958].
7. Roose SP, Stern RH. Medication use in training cases: a survey. *J Am Psychoanal Assoc*. 1995;43(1):163-70.
8. Purcell SD. The analyst's attitude toward pharmacotherapy. *J Am Psychoanal Assoc*. 2008;56(3):913-34.
9. Kantor SJ. Depression: when is psychotherapy not enough? *Psychiatr Clin North Am*. 1990;13(2):241-54.
10. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in the "decade of the brain". *Am J Psychiatry*. 1992;149(8):991-8.
11. Damasio AR. *Descartes' error*. New York: G. P. Putnam's Sons; 1994.
12. Press M. The uses of medications in psychoanalysis: what we know, what is uncertain. *J Am Psychoanal Assoc*. 2008;56(3):949-55.
13. Cabaniss DL. Shifting gears: the challenge to teach students to think psychodynamically and psychopharmacologically at the same time. *Psychoanalytic Inquiry*. 1998;18(5):639-56.
14. Vita A, De Peri L, Sacchetti E. Antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, and placebo on the symptom dimensions of borderline personality disorder: a meta-analysis of randomized controlled and open-label trials. *J Clin Psychopharmacol*. 2011;31(5):613-24.
15. Gabbard GO, Freedman R. Psychotherapy in the Journal: what's missing? *Am J Psychiatry*. 2006;163(2):182-4.
16. Gabbard GO. Mind, brain, and personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162(4):648-55.
17. Olesker W. Thoughts on medication and psychoanalysis: a lay analyst's view. *J Am Psychoanal Assoc*. 2006;54(3):763-79.
18. Kantor SJ. The use of medication with patients in analysis: panel of the New York Psychoanalytic Society March 26, 1991. *J Clin Psychoanal*. 1992;1(1):36-40.
19. Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv*. 2002;53(5):585-90.
20. Cailhol L, Rodgers R, Burnand Y, Brunet A, Damsa C, Andreoli A. Therapeutic alliance in short-term supportive and psychodynamic psychotherapies: a necessary but not sufficient condition for outcome? *Psychiatry Res*. 2009;170(2-3):229-33.
21. Knijnik DZ, Salum GA Jr, Blanco C, Moraes C, Hauck S, Mombach CK, et al. Defense style changes with the addition of psychodynamic group therapy to clonazepam in social anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(7):547-51.
22. Quilty LC, De Fruyt F, Rolland JP, Kennedy SH, Rouillon PF, Bagby RM. Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2008;108(3):241-50.
23. Dekker J, Van HL, Hendriksen M, Koelen J, Schoevers RA, Kool S, et al. What is the best sequential treatment strategy in the treatment of depression? Adding pharmacotherapy to psychotherapy or vice versa? *Psychother Psychosom*. 2013;82(2):89-98.
24. Rosenbaum B, Harder S, Knudsen P, Køster A, Lindhardt A, Lajer M, et al. Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: Two-year outcome. *Psychiatry*. 2012;75(4):331-41.
25. De Jonghe F, Hendriksen M, van Aalst G, Kool S, Peen V, Van R, et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry*. 2004;185:37-45.
26. De Jonghe F, Kool S, van Aalst G, Dekker J, Peen J. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord*. 2001;64(2-3):217-29.
27. Kool S, Schoevers R, Duijsens JJ, Peen J, van Aalst G, De Jonghe F, et al. [Treatment of depressive disorder and comorbid personality pathology: combined therapy versus

- pharmacotherapy]. *Tijdschr Psychiatr.* 2007; 49(6):361-72.
28. Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, De Jonghe F, Puite B. Changes in personality pathology after pharmacotherapy and combined therapy for depressed patients. *J Pers Disord.* 2003;17(1):60-72.
29. Molenaar PJ, Boom Y, Peen J, Schoevers RA, Van R, Dekker JJ. Is there a dose-effect relationship between the number of psychotherapy sessions and improvement of social functioning? *Br J Clin Psychol.* 2011; 50(3):268-82.

Mentalização é a capacidade de compreender a si mesmo e aos outros em termos de processos mentais como desejos, sentimentos e crenças. Caracteriza-se, principalmente, pela habilidade de perceber e interpretar comportamentos influenciados por estados mentais. Uma capacidade de mentalização reduzida ou instável é um fator-chave em pacientes com transtorno da personalidade *borderline* (TPB).<sup>1,2</sup>

O TPB é uma condição crônica e incapacitante, caracterizada por dificuldades na regulação de emoções e no controle de impulsos, além de instabilidade em relacionamentos interpessoais e na autoimagem.<sup>3</sup> Afeta 1 a 2% da população e 10 a 20% dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos.<sup>4-6</sup> Comportamento suicida recorrente é encontrado em 69 a 80% dos casos, sendo as taxas de suicídio estimadas em 10%.<sup>7</sup>

A necessidade de um tratamento eficaz, rápido e facilmente aplicável para os pacientes com TPB tornou-se evidente a partir da alta prevalência e das graves consequências do transtorno, como suicídio e automutilação. A terapia de mentalização (TM) foi desenvolvida a partir dessa demanda. É uma psicoterapia manualizada, orientada a partir de conceitos psicanalíticos, com eficácia comprovada em ensaios

clínicos randomizados. Na atualidade, vem sendo aplicada e testada em pacientes com outros transtornos mentais.<sup>8</sup>

## CONCEITO DE MENTALIZAÇÃO

Mentalização é o processo pelo qual compreendemos a nós mesmos e aos outros, de forma implícita e explícita, em termos de estados subjetivos. É uma atividade mental predominantemente pré-consciente; uma reação emocional intuitiva.<sup>1,9</sup>

A percepção de que o comportamento é comandado por estados mentais leva à sensação de controle e continuidade, aspecto central à experiência subjetiva de sentir-se emocionalmente ativo. Tal experiência é fundamental para a formação da identidade do sujeito. A experiência e a interpretação simultâneas da emoção, que são cruciais para sua regulação, podem ser descritas como “afetividade mentalizada”.<sup>1,10</sup> Mentalização, segundo Allen, indica um senso de conexão com o *self*: “temos a sensação de nós mesmos como um agente emocional ativo”.<sup>11</sup>

A capacidade de compreender o comportamento dos outros em termos dos seus possíveis pensamentos e sentimentos é uma importante aquisição do desenvolvimento,

facilitada por relações de apego seguras. A compreensão dos outros depende de como, quando crianças, os próprios estados mentais foram adequadamente entendidos pelos pais ou cuidadores.<sup>12</sup> Por extensão, o processo de desenvolvimento pode ser perturbado por adversidades sociais, em especial negligência precoce.<sup>13</sup> Pessoas que sofreram tais experiências, provavelmente em associação a uma predisposição genética, são mais vulneráveis a perder a capacidade de mentalizar em situações de sobrecarga emocional.

A falha da mentalização inicia o retorno de modos de representar a realidade interna que a antecedem no desenvolvimento, os quais podem ser chamados de “não mentalizantes”. Dois desses estados são a equivalência psíquica e o modo teleológico.

A equivalência psíquica, comum em crianças entre 2 e 3 anos, caracteriza-se pela ausência de diferenciação entre realidade interna e externa e por intolerância a perspectivas diferentes. É conhecida como concretude do pensamento; não existe a experiência do “se”, tudo é sentido como real. O exagero das reações dos pacientes ocorre pela seriedade com que interpretam sua visão de si mesmos e dos outros. No modo teleológico, a aceitação de um estado mental ocorre apenas se este for evidenciado de forma concreta e explícita. Há uma predominância do que é físico. Afeição, por exemplo, só é considerada verdadeira quando demonstrada fisicamente. Essas estruturas mentais precoces manifestam-se como impulsividade, desregulação do afeto e propensão ao *acting out*.<sup>1,9,14</sup>

Uma capacidade de mentalização reduzida ou instável existe em certa proporção na maioria dos transtornos mentais. É

possível compreender muitos transtornos como a interpretação equivocada que a mente faz acerca da experiência. A teoria da mentalização vem sendo aplicada em muitos transtornos mentais (transtorno de estresse pós-traumático, quando as memórias são experienciadas como equivalência psíquica;<sup>15</sup> transtornos alimentares, dominados geralmente pelo modo teleológico;<sup>16</sup> transtorno da personalidade antissocial, por definição caracterizado pelo modo teleológico<sup>17</sup>), em diferentes contextos (pacientes hospitalizados, em hospitalização parcial, ambulatoriais)<sup>18-20</sup> e em diferentes grupos de pacientes (famílias, adolescentes).<sup>21-24</sup> Contudo, o método de tratamento baseado nessa teoria é mais claramente organizado como uma terapia para pacientes com TPB. Apenas nessa condição é que existem evidências empíricas disponíveis em ensaios clínicos randomizados.

## FALHA DA MENTALIZAÇÃO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DA PERSONALIDADE *BORDERLINE*

A teoria da mentalização baseia-se na teoria do apego de Bowlby,<sup>25</sup> sendo sua elaboração atual centrada nas vulnerabilidades constitucionais dos indivíduos. Existem evidências de que pacientes com TPB apresentam história de apego desorganizado, o que leva a problemas na regulação do afeto, na atenção e no autocontrole. Sugere-se que tais dificuldades sejam mediadas pela falha no desenvolvimento da capacidade de mentalização.<sup>8</sup>

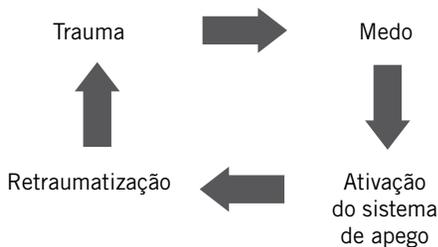
Em uma interação saudável, a criança encontra uma versão modulada de seus estados mentais refletida pelo cuidador. Essas respostas são necessárias para que desenvolva a representação dos seus estados

mentais, utilizados para regular afetos próprios e compreendê-los nos outros.

Quando esse espelhamento é incongruente, a criança internaliza representações dos estados mentais do cuidador em vez de suas próprias experiências. Isso cria uma sensação de *alien self*, ou seja, a criança internaliza os estados mentais do cuidador como parte de sua representação.<sup>2,10,26</sup>

Uma resposta com pobre mentalização do cuidador pode prejudicar o desenvolvimento saudável de capacidades cognitivas e sociais da criança, em especial a regulação do afeto e o funcionamento da atenção focada.<sup>27</sup> Muitos fatores se relacionam ao prejuízo do desenvolvimento normal da mentalização. O mais significativo é o trauma psicológico na infância, principalmente se provocado por figuras de apego. A ocorrência de um trauma gera medo, fazendo ser o sistema de apego ativado, o que leva a criança a buscar proteção no cuidador. Quando o próprio cuidador é quem maltrata, a criança é retraumatizada, criando-se um círculo vicioso, com uma ativação crônica do sistema de apego. Isso inibe mais ainda a capacidade de mentalização<sup>1,2,28</sup> (Fig. 26.1).

Existem pelo menos três caminhos pelos quais a mentalização pode ser preju-



**Figura 26.1** Ativação crônica do sistema de apego em pacientes vítimas de trauma.

dicada, contribuindo para a psicopatologia de pacientes com TPB. Primeiro, defesas psicológicas podem ser ativadas constantemente para proteger o indivíduo de pensamentos acerca dos estados mentais do cuidador, inibindo o desenvolvimento da mentalização. Segundo, mudanças na atividade cerebral desenvolvem-se como consequência de um trauma, o que neutraliza mais facilmente a mentalização em indivíduos traumatizados. Terceiro, um trauma relacionado ao apego pode levar à hipersensibilidade desse sistema, resultando em um ritmo acelerado da necessidade de intimidade, com o aumento da excitação levando à inibição da capacidade de mentalizar.<sup>2,29</sup>

A fenomenologia do TPB pode ser compreendida como consequência de três fatores:

1. Inibição da mentalização relacionada ao apego. A falha da mentalização ocorre em relações de apego; fora deste contexto, os indivíduos com TPB mentalizam normalmente. A mentalização gera a sensação de ser agente do próprio *self*. Em situações de afetos negativos, o paciente tem dificuldade de ver a si mesmo como responsável por seus atos, levando a difusão de identidade, incoerência e sensação de vazio. A consequência é a dificuldade de compreender seus estados mentais e os dos demais.
2. Reemergência de representações dos estados mentais anteriores à mentalização, como a equivalência psíquica e o modo teleológico.
3. Pressão constante para utilização de identificação projetiva por meio de reexternalização do *alien self* destrutivo, com base na internalização de uma figura parental não reflexiva e potencialmente agressiva.

A experiência de incongruência com o *self* é reduzida pela externalização, com o mecanismo de identificação projetiva, frequentemente utilizado por pacientes com TPB. O *alien self* terrificado fica projetado no outro, que se torna veículo do que é emocionalmente intolerável. A externalização desses estados mentais é reconhecida nos sentimentos contratransferenciais dos terapeutas que atendem pacientes com esse transtorno. Uma alternativa à identificação projetiva é obter alívio das emoções intoleráveis com autoagressão e suicídio.<sup>1,9,14</sup>

## TERAPIA DE MENTALIZAÇÃO

### Objetivos

O mecanismo de muitos tratamentos para TPB é a recuperação da capacidade de mentalizar no contexto de uma relação de apego. O objetivo principal da TM é desenvolver um processo terapêutico em que a percepção do paciente sobre sua própria mente e a dos outros seja o foco do tratamento.

O paciente deve descobrir como sente e pensa em relação aos outros e como isso influencia suas respostas. Além disso, deve perceber como erros em tal compreensão levam a ações que são tentativas de retomar a estabilidade e fazer sentido de sentimentos incompreensíveis. Ou seja, agir é a maneira conhecida de compreender, de sentir, a maneira com a qual o paciente se sente mais seguro.<sup>1,2,30</sup>

A função inicial da TM é estabilizar a expressão emocional, já que, sem melhora

no controle do afeto, não pode haver uma apreciação consistente das representações internas. A identificação e a expressão do afeto são trabalhadas no primeiro momento, pois representam uma ameaça à terapia e à vida do paciente. Apenas quando a impulsividade e a regulação do afeto estiverem controladas é que se pode focar nas representações internas e na percepção do paciente de seu próprio *self*.<sup>8</sup>

A meta das intervenções é reinstaurar a mentalização perdida ou tentar mantê-la em situações nas quais há risco de perdê-la. Os terapeutas devem utilizar, no início, técnicas gerais, como empatia, suporte e clarificação, para engajar o paciente no processo de mentalização. Depois, devem mover-se para intervenções designadas especificamente para estimular a relação de apego em situações controladas, o que inclui o foco na relação terapeuta-paciente por meio da “mentalização da transferência”.<sup>8</sup>

### Variantes e fases do tratamento

Duas variantes da TM foram testadas de forma empírica. A primeira é um programa de hospital-dia, frequentado cinco vezes por semana, com duração máxima de 18 a 24 meses. A segunda é um programa intensivo de tratamento extra-hospitalar, que consiste em uma sessão individual de 50 minutos e uma sessão de terapia em grupo semanais. Nas duas variantes, o terapeuta individual e o da terapia em grupo são diferentes. Para ser decidido o programa para o qual o paciente será encaminhado, consideram-se, principalmente, o risco e a estabilidade da situação social em questão.<sup>1</sup>

O tratamento divide-se em três fases. A fase inicial começa com uma avaliação da

capacidade de mentalização do paciente, a partir de seus relacionamentos interpessoais mais relevantes. Isso gera um panorama de tais relacionamentos e suas conexões com problemas de comportamento. Essa fase se encerra com o diagnóstico de TPB, uma explicação sobre as possíveis causas do transtorno, os objetivos do tratamento e seu funcionamento. Estabelece-se um contrato, as medicações são avaliadas, e desenvolve-se um plano de ação em situação de crise.<sup>1,2</sup>

A fase intermediária caracteriza-se pelo fortalecimento da aliança terapêutica e pela manutenção da capacidade de mentalização.

A fase final inicia-se aos 12 meses do tratamento. Enfatizam-se os aspectos interpessoais e sociais do funcionamento do paciente, juntamente com a consolidação do trabalho inicial. As respostas associadas a separação e perda são trabalhadas, e um plano de seguimento é elaborado de forma conjunta com o paciente.<sup>1,2</sup>

## **Atitude do terapeuta**

O foco constante do terapeuta é no estado mental atual do paciente, ao mesmo tempo que verbaliza a própria perspectiva em relação ao estado mental deste. A preocupação principal é estado mental, não comportamento. O terapeuta deve se perguntar: “O que está acontecendo na mente do paciente agora? O que se passava na mente do paciente que gerou a situação atual?”. Constrói e reconstrói a imagem do paciente em sua mente, para ajudá-lo a compreender seus sentimentos. O paciente deve se encontrar na mente do terapeuta, e vice-versa. Os dois precisam experimentar o processo de uma mente sendo modificada por outra.<sup>1,2</sup>

O terapeuta adota uma atitude de não saber, inquisitiva, curiosa, enfatizando que os estados mentais são opacos e que não pode saber mais do que o paciente sobre seus pensamentos. Pergunta ativamente sobre a experiência do paciente, solicitando descrições detalhadas: “Que questões?” em vez de “Que explicações?” (“Por que tais questões?”). É importante que fale da necessidade de compreender o que não faz sentido para ele, dizendo quando algo não está claro. Deve monitorar e compreender os relacionamentos interpessoais e sua ligação com os estados mentais do paciente. Exemplos de perguntas dentro desse enfoque são: “Por que você acha que ele disse isso?”, “Como você lidou com o que aconteceu ontem?”.<sup>1,2,8</sup>

Quando o terapeuta enxerga uma perspectiva diferente daquela do paciente, isso é verbalizado e explorado, evitando discussões acerca de qual ponto de vista é mais válido. A tarefa é identificar os processos mentais que levaram às diferentes alternativas e considerar cada uma em relação à outra. Isso gera a ideia de que diferentes visões podem ser aceitas.<sup>2,14</sup>

O terapeuta deve refletir sobre seus próprios erros relacionados à não mentalização dentro da relação terapêutica e discutir sobre eles. Trata-se de uma oportunidade para aprender mais sobre sentimentos e experiências. Deve falar sobre o que aconteceu para demonstrar que está continuamente refletindo sobre o que se passa em sua mente e em suas ações relacionadas ao paciente. Tal postura ajuda o paciente a descobrir um meio de perceber a si mesmo e aos outros, pela experiência gerada com a terapia de uma mente considerando outra mente. Um terapeuta seguro com suas falhas e dúvidas ajuda o paciente a expor o que pensa e a questionar seus esquemas rígidos. O paciente, vendo como o terapeuta

peuta maneja seus erros e dúvidas, pode se sentir mais seguro em fazer o mesmo a partir desse modelo, vendo que isso é possível.<sup>2,14</sup>

As intervenções são simples e curtas, focadas no afeto, no que está ocorrendo entre paciente e terapeuta naquele momento.

São centradas na mente, não no comportamento. Pacientes com TPB têm tendência a agir em vez de pensar e sentir; daí o cuidado para não focar somente no comportamento, que é a maneira como se expressam. Uma possibilidade é discutir inicialmente o impacto que a ação teve no paciente para depois avaliar o estado mental que precedeu o comportamento.<sup>1</sup> As intervenções devem ser relacionadas a eventos atuais ou à relação interpessoal presente, já que a experiência é sentida como real enquanto tratada. Não se recomenda enfatizar preocupações inconscientes, pois esses pacientes têm uma fraca noção de sua

subjetividade. É difícil que comparem a validade de suas percepções em relação ao seu funcionamento mental com a maneira apresentada pelo terapeuta. Assim, podem aceitar intervenções mais complexas sem críticas, com admiração ou inveja, ou rejeitar sem tolerar alternativas. Isso leva a mais desintegração. Por exemplo, dizer que o paciente está com raiva e relacionar tal aspecto a um evento ou estado mental específico não deve trazer integração, e sim mais confusão, porque o paciente não consegue ter essa percepção, identificar esse sentimento e essa relação.<sup>1,2</sup>

## Mentalização da transferência

O objetivo não é fornecer *insight* sob os motivos do paciente perceber o terapeuta de certa maneira, mas estimular sua curiosidade a respeito desses motivos e poder considerar alternativas, além da versão específica que está tendo do terapeuta.<sup>2,8</sup>

A vinheta clínica apresentada a seguir ilustra esse aspecto do tratamento.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Paciente: Você não se preocupa comigo. Para você, eu sou só trabalho e, mesmo como trabalho, sou chato e desinteressante.

Terapeuta: Eu não estou bem certo do que eu fiz, mas devo ter feito algo, talvez nos últimos minutos ou antes, que deixou você convencido disso. Você tem alguma ideia do que pode ter sido? (validação do sentimento transferencial)

Paciente: Eu vi você bocejando, e antes você olhou para o relógio.

Terapeuta: Não me dei conta de ter bocejado, mas me lembro de ter olhado para meu relógio. Talvez da maneira que você esteja se sentindo no momento seja inconcebível que possa existir outra razão para que eu tenha olhado o meu relógio a não ser achar você chato.

Paciente: É claro que você estava entediado. É óbvio.

Terapeuta: Fico surpreso de como isso é óbvio para você. Por que você acha que é tão difícil pensar em outras possibilidades, mesmo que se o que você estiver pensando for verdade?

(*Continua*)

*(Continuação)*

- Paciente: Eu sou tão chato. Eu sempre sinto que você não quer estar comigo e que preferiria estar em outro lugar.
- Terapeuta: Entendo. Então, quando você me viu olhando para o relógio deve ter pensado que eu gostaria de estar fazendo outra coisa.
- Paciente: Eu pensei que tinha perdido você. Pensei que você tinha ido embora, me abandonado.
- Terapeuta: Agora eu entendo por que você ficou tão bravo. Como temos visto, é muito difícil para você quando esses sentimentos de abandono começam. Você sente que tem que fazer alguma coisa.
- Paciente: Às vezes, eu só tenho que acusar ou atacar alguém, e agora acusei você, mas, na maioria das vezes, só funciona quando eu me ataco. Eu termino sendo quem mais sofre.
- Terapeuta: Eu imagino que, quando você fica bravo com as pessoas, elas podem, muitas vezes, sair de perto de você antes que as ataque.
- Paciente: Tenho certeza de que isso acontece, mas eu não consigo evitar. Esse sentimento de que fui deixado é tão forte. Fico aterrorizado com a ideia de que algum dia você irá me deixar.<sup>1,2</sup>

## Evidências da efetividade da terapia de mentalização

Comparou-se a efetividade da TM realizada em pacientes com TPB em um esquema de hospitalização parcial com tratamento-padrão, por meio de um ensaio clínico randomizado. Foram randomizados 44 pacientes, e 19 foram avaliados em cada grupo. O tratamento do grupo em hospitalização parcial consistia de TM individual semanal e TM em grupo três vezes por semana. O tratamento-padrão oferecia avaliação psiquiátrica, internação psiquiátrica, se necessário, e seguimento ambulatorial após a alta. O tratamento teve duração de 18 meses. Os desfechos avaliados foram atos suicidas e de automutilação, número e duração média de hospitalizações, uso de psicofármacos, medidas autorrespondidas de depressão, ansiedade, funcionamento interpessoal e ajustamento social. Os pacientes com TM apresentaram melhora significativa em relação aos do grupo-controle em todos os desfechos, que ficaram evidentes a partir de seis meses de tratamento.<sup>18</sup>

Os 44 pacientes que participaram do estudo original continuaram sendo avaliados a cada três meses após o término do estudo, com as mesmas medidas de desfecho. Um estudo de seguimento realizado após 18 meses do fim do tratamento com TM demonstrou que aqueles que completaram o programa não apenas mantiveram os ganhos obtidos como mostraram uma melhora significativa continuada na maioria das medidas de desfecho, ao contrário dos pacientes do grupo-controle. Esse achado sugere que mudanças a longo prazo foram estimuladas pelo programa de hospitalização parcial com TM.<sup>19</sup> Além disso, outro estudo demonstrou que não houve diferenças em relação aos custos entre os tratamentos, sendo que os custos da TM tenderam a diminuir no seguimento, o que não ocorreu com o tratamento-padrão.<sup>31</sup>

Todos os pacientes que participaram do estudo inicial foram avaliados oito anos após a randomização. Os que receberam TM seguiram apresentando melhores desfechos em medidas de risco de suicídio, sintomatologia psiquiátrica, utilização de

serviços de saúde, uso de medicação, funcionamento global e medidas de estado vocacional. Todavia, apesar de terem mantido os ganhos iniciais, suas funções sociais permaneceram prejudicadas. Ainda assim, mais pacientes do grupo com TM estavam empregados ou estudando, sendo que 14% permaneciam com critérios para TPB, comparados a 87% do grupo-controle.<sup>32</sup>

Comparou-se a efetividade de TM em 134 pacientes com TPB em um contexto extra-hospitalar a um manejo clínico estruturado padrão com um componente de psicoterapia de apoio. Os desfechos primários foram a ocorrência de comportamento suicida e de autoagressão grave e internação psiquiátrica. Houve melhora importante nos dois grupos, mas os pacientes que receberam TM apresentaram melhora pronunciada em todos os desfechos primários.<sup>20</sup>

Concluiu-se que tratamentos estruturados trouxeram benefícios significativos para pacientes com TPB, já que a taxa de melhora nos dois grupos foi maior do que a remissão espontânea dos sintomas do transtorno. A TM foi superior ao tratamento-controle, por focar em funções psicológicas relevantes aos sintomas de TPB.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de intervenções psicodinâmicas que tenham como objetivo identificar e tratar os prejuízos específicos envolvidos na psicopatologia de um transtorno é fundamental para a tarefa de aumentar a efetividade desses tratamentos.<sup>33</sup> O prejuízo na capacidade de mentalização, característico de inúmeros transtornos, é um fator central do transtorno da personalidade *borderline*. A terapia de mentalização comprovou ser eficaz em ensaios clínicos randomizados e representa a combinação dos seguintes processos desenvolvimentais: o estabelecimento de uma intensa relação de apego, baseada na tentativa de engajar o paciente em um processo de compreensão de seus estados mentais e a representação coerente dos pensamentos e sentimentos do paciente, para que este possa reconhecer a si mesmo como capaz de pensar e sentir em um contexto de reposta emocional intensa. A retomada da capacidade de mentalizar ajuda o paciente a regular, de forma positiva, seus pensamentos e sentimentos, o que pode transformar, de forma positiva, as relações interpessoais e a autorregulação do afeto.<sup>8</sup>

### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Mentalização é a capacidade de compreender a si mesmo e aos outros em termos de processos mentais como desejos, sentimentos e crenças.
2. A capacidade de compreender o comportamento dos outros em termos de seus possíveis pensamentos e sentimentos é uma importante aquisição do desenvolvimento, facilitada por relações de apego seguras.
3. A teoria da mentalização é baseada na teoria do apego de Bowlby, e sua elaboração atual é centrada nas vulnerabilidades constitucionais dos indivíduos.
4. Uma capacidade de mentalização reduzida ou instável existe em certa medida na maioria dos transtornos mentais, que podem ser entendidos como a mente interpretando de forma equivocada as suas próprias experiências.

5. Em pacientes com transtorno da personalidade *borderline*, existem três caminhos pelos quais a mentalização pode ser prejudicada: defesas psicológicas podem ser constantemente ativadas, para proteger o indivíduo de pensamentos sobre o estado mental do cuidador; mudanças na atividade cerebral podem ocorrer como consequência de um trauma, neutralizando a mentalização mais facilmente em pessoas traumatizadas; e um trauma relacionado ao apego pode levar à hipersensibilidade desse sistema.
6. O objetivo principal da terapia de mentalização é desenvolver um processo terapêutico em que a percepção do paciente sobre a sua própria mente e a dos outros seja o foco do tratamento. O paciente deve ser ajudado a descobrir como sente e pensa em relação aos outros e como isso influencia suas respostas.
7. O foco constante do terapeuta é o estado mental atual do paciente, ao mesmo tempo que verbaliza a sua própria perspectiva em relação ao estado mental deste. A atenção predominante é no estado mental, não no comportamento.
8. O terapeuta adota uma atitude de não saber, inquisitiva, curiosa, destacando que os estados mentais são opacos, e que não pode saber mais do que o paciente sobre os seus pensamentos.
9. O terapeuta verbaliza e explora o que está ocorrendo quando enxerga uma perspectiva diferente daquela do paciente, procurando identificar os processos mentais que levaram às diferentes alternativas, gerando a ideia de que diferentes visões podem ser aceitas.

## REFERÊNCIAS

1. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. New York: Oxford University Press; 2006.
2. Eizirik M, Fonagy P. Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(1):72-75.
3. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 2002;51(12):936-950.
4. Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, Lantigua R, Weissman MM. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med*. 2002;162(1):53-60.
5. Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L, Neff C. Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):345-351.
6. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(6):590-596.
7. Schneider B, Schnabel A, Wetterling T, Bartusch B, Weber B, Georgi K. How do personality disorders modify suicide risk? *J Pers Disord*. 2008;22(3):233-245.
8. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 9(1):11-15.
9. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
10. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press; 2002.
11. Allen JG, Fonagy P. *Handbook of Mentalization Based Treatments*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2006.
12. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Dev Psychopathol*. 1997;9(4):679-700.
13. Johnson JG, Cohen P, Chen H, Kasen S, Brook JS. Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(5):579-587.
14. Fonagy P, Bateman A. Mentalizing and borderline personality disorder. *J Ment Health*. 2007;16(1):83-101.

15. Allen JG. *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Wiley ed. Chichester; 2001.
16. Skarderud F. Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa – an outline for a treatment and training manual. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15(5):323-339.
17. Bateman A, Bolton R, Fonagy P. Antisocial Personality Disorder: A Mentalizing Framework. *FOCUS-J Lifelong Learning Psychiatry*. 2013;11(2):178-186.
18. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1999; 156(10):1563-1569.
19. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*. 2001;158(1):36-42.
20. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1355-1364.
21. Sharp C, Williams LL, Ha C, Baumgardner J, Michonski J, Seals R, Patel AB, Bleiberg E, Fonagy P. The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bull Menninger Clin*. 2009;73(4):311-338.
22. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 51(12):1304-1313 e1303.
23. Asen E, Fonagy P. Mentalization-based Therapeutic Interventions for Families. *J Family Therapy*. 2012;34:347-370.
24. Vrouva I, Fonagy P. Development of the Mentalizing Stories for Adolescents (MSA). *J Am Psychoanal Assoc*. 2009;57:1174-1179.
25. Bowlby J. *Attachment and Loss*. Vol 1: Attachment. London: Hogarth Press/Institute of Psychoanalysis; 1969.
26. Gergely G, Watson JS. The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *Int J Psychoanal*. 1996;77 ( Pt 6):1181-1212.
27. Fonagy P, Target M. Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanal Inq*. 2002;22(3):307-335.
28. Bartels A, Zeki S. The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*. 2004;21(3):1155-1166.
29. Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol*. 2006;62(4):411-430.
30. Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2006;188:1-3.
31. Bateman A, Fonagy P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):169-171.
32. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*. 2008;165(5):631-638.
33. Barros EM. [Psychoanalysis and research]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):169-170.

Este capítulo trata de questões de gênero e de sua influência no processo terapêutico. Considera a importância dos fatores culturais no estabelecimento da masculinidade e da feminilidade e procura mostrar a diferença entre alguns conceitos, como gênero, identidade de gênero e identidade sexual. Ilustra, com material clínico, situações nas quais é possível observar a influência do gênero do terapeuta no processo de tratamento.

Procuramos destacar como o gênero pode influenciar o processo terapêutico em seu desenvolvimento, tendo em vista o binômio transferência/contratransferência e o campo intersubjetivo.

A subjetividade e a identidade de gênero se modelam, em cada caso, segundo a maneira pela qual o psiquismo individual se estrutura, de acordo com o trabalho de determinação e significação pautado pela sociedade doadora de sentido e mediado pela família.

A diferença entre os modos de representar, significar e praticar as condições masculina e feminina nas diversas sociedades e culturas se radicaliza quando já não

se trata só de representar a masculinidade e a feminilidade, senão de instituí-las, de fazê-las ser o que são. A sexualidade é uma construção social e cultural que varia conforme a época e as disciplinas científicas que racionalizam a relação de poderes e de dominação de um sexo sobre o outro.<sup>1</sup>

Os conceitos psicanalíticos de masculinidade e feminilidade referem-se a um sistema complexo de crenças que cada pessoa desenvolve em relação à anatomia e às diferenças anatômicas.

A elas se adicionam fantasias inconscientes, que levam cada indivíduo a formar um sentido pessoal de masculinidade e feminilidade, que pode concordar ou não com seu sexo biológico. Há, além disso, um reconhecimento geral de que as influências culturais contribuem de forma poderosa. Masculino e feminino não são modelos absolutos. Variam de uma cultura para outra, tanto quanto de uma época para outra.<sup>2-6</sup>

Tem havido um crescente interesse entre profissionais de diversas áreas do conhecimento a respeito do gênero, introduzindo-se novas variáveis além da inter-relação entre o masculino e o feminino, conferindo-lhe um caráter transdisciplinar. Se, por um lado, esse movimento da comunidade científica nos conduz a visualizar

novas perspectivas de entendimento e abrir novos paradigmas que nos permitem avançar no conhecimento, por outro, podemos incorrer em um reducionismo teórico e em uma simplificação conceitual que prejudicam o avanço científico.

## **GÊNERO, IDENTIDADE DE GÊNERO, IDENTIDADE SEXUAL**

Mesmo que não nos proponhamos a fazer uma revisão teórica sobre o desenvolvimento do gênero, destacam-se aqui alguns conceitos que se prestam a confusões ou superposições, para que possamos compreender o que será desenvolvido neste capítulo.

Em 1955, John Money propõe o termo “gênero” para descrever o conjunto de condutas atribuídas a homens e mulheres. Mas foi Robert Stoller<sup>3,7</sup> quem estabeleceu claramente a diferença entre sexo e gênero, a partir do estudo de crianças malformadas que receberam a denominação do seu sexo ao nascer e foram educadas de acordo com um sexo que não era o seu.

O sexo, portanto, constitui um fato biológico, enquanto o gênero tem relação com os significados que cada sociedade atribui a tal fato.

Desde muito cedo, são observados comportamentos diferentes entre crianças do sexo masculino e do sexo feminino. Money, citado por Person,<sup>8</sup> demonstrou que o primeiro passo e o mais crucial no desenvolvimento do gênero é a *autodesignação* da criança, ou seja, o rótulo dado pelos pais como homem ou mulher. Tal designa-

ção – identidade externa de gênero – surge em concordância com o sexo atribuído; o gênero interno é o sentimento resultante, consciente ou inconsciente, de pertencer a um ou outro sexo. A diferenciação de gênero é observada a partir do primeiro ano de vida e, em circunstâncias normais, é imutável até o terceiro ano.

A identidade de gênero é mais abrangente do que o gênero interno. Refere-se não só à distinção entre homem e mulher, como também entre masculinidade e feminilidade, abarcando atributos culturalmente determinados.

Além dos fatores externos, a polarização masculino-feminino organiza a autoimagem e é uma parte importante da autoidentidade. O gênero é um conceito polêmico e em construção. Como tal, é resultado de um entrecruzamento de aspectos da vida das pessoas, como a história familiar, as oportunidades educativas, o nível socioeconômico, entre outros.

Para Dio Bleichmar,<sup>9</sup> sempre que nos referimos aos fenômenos humanos em termos de feminilidade e masculinidade, estamos nos referindo ao gênero de uma pessoa. Segundo a autora, Freud não tinha ferramentas conceituais suficientes para conceber o gênero, ao contrário dos analistas dos anos de 1990 em diante, a partir dos quais este passou a ser um conceito corrente, que circula nos meios científicos e psicológicos.<sup>9</sup>

## **EVOLUÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE GÊNERO**

Meyers<sup>10</sup> defende que existem inúmeras variáveis do paciente e do analista que influenciam o processo analítico, sendo o gênero uma delas. Assim, em cada caso, a dinâmica, o caráter e o contexto são dife-

rentes. Em relação ao terapeuta, as variáveis diferem dependendo do seu caráter, de antecedentes pessoais, da formação prévia e do estilo.

A autora propõe que o gênero do terapeuta afeta o curso do tratamento conforme a sequência, a intensidade e a inescapabilidade de certos paradigmas transferenciais.

A literatura está repleta de relatos de casos clínicos de pacientes dos sexos masculino e feminino tratados por terapeutas homens e mulheres, sem haver maior preocupação com o impacto causado pelo gênero do terapeuta como tal. Não obstante, Freud<sup>11</sup> dizia-se em desvantagem na análise de suas pacientes em relação às suas colegas mulheres. Intuíva, assim, que alguns “mistérios” femininos seriam somente desvendados por analistas mulheres.

Muito interessantes são as questões levantadas por Meyers<sup>10</sup> sobre o impacto causado pelo gênero do terapeuta sobre o paciente, considerando que o gênero completo do terapeuta, ou a fantasia inconsciente relacionada a este, é uma variante que merece ser investigada. Concordamos quando refere que, em uma análise bem conduzida, em geral, o gênero do analista e outros aspectos da realidade têm pouca influência, pois todos os paradigmas transferenciais chegam a ser estabelecidos e elaborados. Merece destaque sua observação de que o gênero deve influenciar mais nas psicoterapias de orientação psicanalítica, por estarem elas mais ligadas à realidade, apresentarem menos regressão e não chegarem a abordar todas as transferências.

Chasseguet-Smirgel<sup>12</sup> sugere que o efeito do gênero é maior nos pacientes mais regressivos, que têm uma noção pouco cla-

ra de sua identidade e necessitam apegar-se ao sexo real do terapeuta como um elemento organizador. Os autores que estudam esse tema são unânimes em indicar que a preocupação excessiva quanto ao gênero pode ocasionar pontos cegos. O referencial teórico do terapeuta também pode influenciar o processo. Portanto, o ideal deve ser uma atitude livre do terapeuta, descompromissada com a teoria, mas atenta à escuta do paciente e disposta à investigação.

Breen<sup>13</sup> descreveu o que denominou “o enigma dos gêneros”. O autor contribuiu notavelmente para a compreensão da complexidade do tema e a revolução causada pelo avanço dos estudos em relação aos homens, às mulheres, à sexualidade feminina e à mudança cultural e social com a crescente participação das mulheres na sociedade. Autores como Kernberg,<sup>14</sup> Eizirik,<sup>15</sup> Tubert<sup>16</sup> e Flax<sup>17</sup> têm destacado a influência do gênero no processo analítico como decorrência dos estudos desenvolvidos nessa área, bem como nas disciplinas afins, paralelos às mudanças sociais e culturais na sociedade. As mudanças de ordem geral na psicanálise abriram novas considerações em torno da pessoa do analista e de sua participação no processo terapêutico.

Sobre a pessoa do analista, Alizade<sup>18</sup> aponta que ele tem sexo, identidade de gênero, função analítica e eleição de objeto. Além disso, tem crenças e ideologias.

A partir do inconsciente do paciente, o fundamental torna-se saber quem é o analista para ele, paciente, interpretado pelo analista em distintos momentos do tratamento. A resposta do analista está limitada pelo *quantum* de mobilidade psíquica no que concerne a assumir uma bissexualidade lúdica, sem que isso altere sua identidade de gênero.

## ESTUDOS ATUAIS SOBRE GÊNERO

Nos últimos anos, tem havido um aumento considerável de contribuições e revisões sobre as questões de gênero e sua influência no processo terapêutico, as diferenças de participação de homens e mulheres na sociedade, sua criatividade, seu trabalho, entre outras questões. Apesar das revelações obtidas por meio de pesquisas qualitativas e quantitativas, os resultados são passíveis de critérios muitas vezes bastante rigorosos. Predomina, entre os terapeutas, a ideia de que seu gênero não tem influência no processo e de que a transferência, por definição, tem pouca relação com a realidade dos atributos do analista.<sup>19</sup>

No processo psicanalítico, a identidade de gênero e seu reconhecimento, tanto da parte do analista para com seu paciente quanto do analista para consigo mesmo no *setting* terapêutico, têm sido objeto de estudo e preocupação de muitos autores.<sup>10,20-27</sup> Isso pode ser decorrência de algumas questões ainda não respondidas pelos analistas, que são, para Kernberg,<sup>14</sup> as relações entre gênero e sexualidade e entre desejo erótico e amor. Além disso, existem os desafios nos limites da relação analítica como facilitadora ou continente para a exploração de conflitos edípicos e, por fim, as tentações, as proibições e os derivativos da tensão erótica, que ocorrem de forma transferencial e contratransferencial.

Entre as pesquisas que exploram a relação identidade de gênero analista/analizando, destaca-se o estudo de Langs e colaboradores,<sup>25</sup> que apresentaram dados comparativos de uma paciente do sexo feminino vista por três analistas do sexo masculino em sessões gravadas em vídeo. Os resultados demonstraram que a fre-

quência de alusões à questão do gênero e a análise gramatical, relativa à diferença de gênero, revelaram diferenças significativas em cada uma das três díades no que diz respeito ao sistema criado pelo sujeito e os três analistas, ao material apresentado pelo sujeito e aos temas abordados pelos analistas. No entanto, mesmo que esse estudo tenha demonstrado a importância do conceito de identidade de gênero pela diferença dos temas de gênero dessa paciente com cada um dos analistas, fica a questão de como tal paciente responderia a três analistas do sexo feminino.

Em um dos estudos pioneiros no Brasil sobre a questão do gênero e de suas influências na díade terapêutica, Araujo e colaboradores<sup>19</sup> apresentaram uma vinheta clínica de uma paciente a quatro membros didatas da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA), sendo três do sexo masculino e um do sexo feminino, todos com mais de 10 anos de prática clínica. Os resultados demonstraram que houve homogeneidade quanto ao entendimento do conflito central da paciente e quanto aos aspectos centrais transferenciais e contratransferenciais da díade, embora este último elemento tenha sido apontado como pouco explorado. No entanto, houve discordância entre os pesquisados em relação à influência da identidade de gênero no processo analítico. Dos quatro analistas, dois mostraram-se convencidos de sua importância. Os outros dois apontaram as peculiaridades da díade como mais importantes de serem avaliadas do que propriamente a identidade de gênero.

Outro estudo brasileiro sobre a questão do gênero e da prática psicanalítica, coordenado por Haudenschild,<sup>28</sup> procurou investigar a diferença de escuta analítica conforme o gênero dos analistas e dos pacientes, por meio das formulações das inter-

pretações. Esse grupo pensa que há fatores tanto sexuais (biológicos, inatos) como genéricos (relativos a comportamento, cultura e sociedade) na formação da identidade de gênero. Assim, homem e mulher, seja paciente, seja analista, serão influenciados por esses fatores.

Estudando as relações da mulher com o trabalho, Berlin de Polito<sup>29</sup> alerta que a teoria de gênero considera as experiências da mulher e do homem distintas. Isso acontece não só por diferenças biológicas como também por significações social e cultural que se sobrepõem, assim como pela tendência de interpretar essas diferenças como se um sexo fosse superior ao outro.

Para essa autora, os analistas têm desdenhado a visão do gênero por considerá-lo uma questão de cunho sociológico. A inclusão ou não do gênero como variável importante no processo pode ser resultado da restrição, por parte dos analistas, de traduzir aspectos da realidade nos tratamentos.

Berlin de Polito<sup>29</sup> ressalta que o gênero do analista é indiferente, porém é importante a posição que ele(a) toma diante das peculiaridades relativas ao gênero.

Amendoeira<sup>30</sup> apresenta uma pesquisa realizada na Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro na forma de uma pergunta: “O gênero faz diferença na escuta e no trabalho psicanalítico?”. As respostas centraram-se, basicamente, na opinião de que o gênero é um dos elementos da subjetividade tanto dos pacientes quanto dos terapeutas. Os participantes da pesquisa consideraram que a constituição da identidade de cada um por meio de identificações, as diferentes respostas em função do gênero

e as fantasias inconscientes seriam diferentes para homens e mulheres. O gênero do analista favoreceria ou não a emergência e a predominância de determinadas fantasias e projeções.

Outra interessante pesquisa procurou confirmar uma maior probabilidade de analistas do sexo feminino serem procuradas por seus pacientes, inclusive para dar notícias sobre sua vida após o término da análise, em comparação com seus colegas do sexo masculino.<sup>31</sup> A configuração perceptiva que se desenvolve a partir da identidade de gênero terá seus efeitos sobre o esquema corporal, sobre as estruturas simbólicas, incluídas as linguísticas, e sobre a realidade psíquica da vida cotidiana.<sup>32</sup>

Como resultado da desigualdade de gênero na expectativa de vida, existe também uma maior proporção de mulheres do que de homens com idade avançada.<sup>33</sup> Os problemas e as mudanças que acompanham essa fase da vida são predominantemente femininos. As mulheres são discriminadas por serem mulheres e velhas. Amendoeira,<sup>30</sup> em uma pesquisa qualitativa sobre a diferença de aceitação da aposentadoria entre homens e mulheres, demonstra, mais uma vez, os aspectos peculiares ao gênero que interferem na forma de lidar com situações de perdas.

## REFLEXÕES A PARTIR DA CLÍNICA

Sobre as questões do gênero, Meyers<sup>10</sup> reflete a partir de três áreas a serem exploradas. A primeira é a expectativa do paciente em relação ao terapeuta, desde o início, com o estabelecimento da relação transferência/contratransferência proveniente de

fantasias inconscientes projetadas pelos componentes do par paciente-terapeuta. A segunda diz respeito aos aspectos reais da transferência/contratransferência durante o tratamento e que têm relação com o gênero do terapeuta e do paciente. A terceira área se refere a assuntos específicos, como gravidez da paciente ou da terapeuta.

Todos dispomos de exemplos clínicos em nossa prática, que nos conduzem a refletir sobre o tema e a contribuir para novas teorias. Seguem alguns exemplos.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

Paulo, 21 anos, refere ficar com o perfume da terapeuta impregnado em suas mãos e reconhece que isso o perturba; em uma postura crítica e defensiva, diz que o perfume contrasta com a atitude distante e incógnita da terapeuta.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2

Léo, 7 anos, percebe mudanças no visual da terapeuta, fazendo comentários sobre corte e mudança da sua cor do cabelo, revelando seu gosto e expressando sua opinião.

Os pacientes obtêm dados do terapeuta a partir de estímulos externos. Consideramos que esses estímulos mobilizam fantasias e desejos, os quais se expressam na transferência e são ligados ao gênero do terapeuta.

Sob outro enfoque, podemos pensar que Paulo não se perturbaria com o perfume de um terapeuta homem ou que teria uma perturbação de outro tipo? Léo apreciaria os cabelos e as roupas de um terapeuta

homem? Faria comentários como faz com a terapeuta mulher?

A nosso ver, e de acordo com a maioria dos autores, o gênero do terapeuta desencadeia aspectos transferenciais a partir de vivências primitivas que estavam dentro do paciente. O quanto isso vai afetar o curso do tratamento não se sabe.

O peso da contratransferência no lidar com essas projeções vai depender da capacidade do analista de contê-las e metabolizá-las. Esses paradigmas transferenciais/contratransferenciais constituem problemas complexos.

Pensamos, como outros autores, que as reações transferenciais mais primitivas tendem a aparecer em primeiro lugar e são influenciadas pelo gênero do analista. Sabe-se que pacientes homens frequentemente desenvolvem transferência materna erotizada com terapeutas mulheres, enquanto, em tratamento com terapeutas homens, a transferência materna demora mais a aparecer, e predomina a transferência paterna.

Com maior frequência, pacientes de ambos os sexos desenvolvem com mais facilidade transferência materna pré-edípica com terapeutas mulheres e transferência edípica com terapeutas homens.<sup>10</sup>

Karme, citado por Meyers,<sup>10</sup> sugere que transferências pré-edípicas maternas podem ser experimentadas com analistas de qualquer gênero, porém as edípicas, maternas ou paternas, se estabelecem de acordo com a pessoa real do analista. De qualquer maneira, seja qual for o impacto do gênero do terapeuta no paciente, deve haver também uma correspondência contratransferencial relativa ao gênero.

Viederman<sup>34</sup> comenta que a relação real com o analista é vista como complementar e como um ingrediente importante para a mudança no processo analítico. Para ele, a psicologia psicanalítica do desenvolvimento contribui para a nossa compreensão de como a pessoa real do analista, sua disponibilidade emocional, sua responsividade em momentos particulares e sua atitude em direção à ação e à mudança progressiva no paciente afetam o processo terapêutico e conduzem às modificações. Considera, ainda, que a pessoa real do analista se refere não apenas aos traços externos como também às suas características únicas como pessoa e a seu comportamento na situação analítica.

Lester<sup>32</sup> enfatiza que o gênero, inevitavelmente, qualifica as realidades particulares do analista e do paciente durante a sessão e influi na transferência e na contratransferência. No que diz respeito a esses aspectos transferenciais e contratransferenciais, Bernstein e Warner<sup>35</sup> destacam que pacientes mulheres podem utilizar os traços de passividade e dependência para impressionar as analistas mulheres, que, algumas vezes, os entendem como charme. Em relação aos analistas homens, dizem que estes caem na sedução, traídos por seus próprios conflitos edípicos não resolvidos. Seguindo nessa linha, as autoras atribuem a alguns analistas homens falhas em empatizar com as necessidades corporais das pacientes, confundindo, nesses casos, os impulsos pré-edípicos com impulsos edípicos.

Em outros momentos, analistas homens atribuem fragilidade e necessidade de proteção às pacientes mulheres em função de seus conflitos com a mãe pré-edípica. Desse modo, narcisisticamente, sentem-se como protetores dessas mulheres e ameaçados por mulheres ativas e independentes.

As autoras chamam a atenção para um erro contratransferencial clássico, que é a dificuldade de o analista homem aceitar e analisar a transferência materna por falhas na resolução da ansiedade de castração. Destacam, também, uma linha, significativamente perigosa, que diz respeito ao abuso sexual de analistas homens com pacientes mulheres, assinalando sua raridade entre analistas mulheres e pacientes homens. Para as autoras, esses analistas são considerados, em geral, psiquiatricamente doentes, com fantasias grandiosas e onipotentes. Segundo elas, esse tipo de fantasia é mais aceito em analistas homens do que em analistas mulheres, e, em função disso, tal problema não é percebido em suas formações e análises pessoais. Tanto os homens como as mulheres analistas são suscetíveis a problemas contratransferenciais. As autoras ainda chamam a atenção para o fato de que algumas analistas mulheres apresentam dificuldades em serem vistas como pai ou mãe fálica, em função da inveja do pênis. Outro ponto de resistência em analistas mulheres com pacientes do mesmo sexo refere-se à transferência na forma de uma rivalidade edípica, levando a analista a competir com a paciente.

Além disso, destacam como erro contratransferencial mais comum o fato de as analistas tenderem a ser muito maternais e superprotetoras com pacientes regressivas, podendo ocorrer uma infantilização destas. Reagem como uma mãe, em vez de reconhecer e analisar a regressão como uma defesa contra a rivalidade edípica.<sup>19</sup>

A gravidez, por exemplo, é um acontecimento peculiar às terapeutas mulheres e pode ter muitos desdobramentos, considerando-se as duplas paciente-terapeuta com transferência e contratransferência cruzadas com padrões culturais e mudanças sociais. Apesar de ser uma experiência

única para as mulheres, pouco se escreveu sobre o assunto.

Em um dos poucos trabalhos publicados, Lax<sup>36</sup> observou que os homens notam a gravidez da terapeuta mais tarde do que as pacientes mulheres. Concordamos com Lax quanto ao tempo de conhecimento da gravidez, além de observar maior percepção da gravidez pelas crianças do que pelos pacientes adultos de ambos os sexos. As crianças notavam logo a gravidez e apresentavam abundante material lúdico relativo a ataques ao interior da mãe, destruição de bebês, ciúme, fantasias persecutórias, dificuldade para entrar na sala, resistências em comparecer à sessão.

O material clínico seguinte ilustrará tais comentários finais, tendo como base a experiência de terapeuta grávida de uma das autoras deste capítulo (Marlene Silveira Araujo).



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 3

Pedro, 57 anos, procurou-me após se mudar para Porto Alegre, encaminhado por sua terapeuta mulher, com quem disse ter tido uma relação singular, jamais vivida com os dois terapeutas homens que tivera. Idealiza os atributos femininos em detrimento das características masculinas. Em função dessa experiência com terapeuta mulher, aceita minha indicação, ficando mais entusiasmado ainda por saber que trato de crianças e adolescentes. Idealiza minha capacidade de entendê-lo mais profundamente. Percebo que sua terapeuta, preocupada com a adesão do paciente ao tratamento, dá informações a meu respeito, o que pouco a pouco vai oferecendo subsídios ao paciente para que comece a me atacar (mulher, nordestina, terapeuta de criança, lida com sujeira).

Esse jogo de sentimentos transferenciais e contratransferenciais invade o *setting*, provocando sentimentos e trazendo à tona fantasias que precisam ser examinadas e tratadas. Nesse material clínico, com apenas um começo de tratamento, percebemos a mobilização de mecanismos utilizados tanto pelo paciente como pelo terapeuta que, se não forem percebidos, alteram a relação médico-paciente, pois correspondem a fantasias infantis primitivas. Assim, percebemos a idealização do paciente, a perseguição, o desejo de proteger do terapeuta, o receio pelo ataque ou o entusiasmo pela idealização.

Em *Influência da identidade de gênero no processo analítico: uma reflexão*, Araujo e colaboradores<sup>19</sup> apresentam uma ampla revisão de autores que trabalham o tema. Eles levantam questões que originaram um projeto de pesquisa que vem sendo realizado há alguns anos na SPPA.

A influência do gênero do terapeuta no processo terapêutico parece, portanto, inegável e revela sua aparição por meio de fantasias inconscientes. A relação real é complementar, mas um ingrediente importante.

Como Meyers,<sup>10</sup> chamamos a atenção para a maior influência do gênero no caso das psicoterapias. Terapeutas homens e mulheres vão se deparar com conflitos tanto homo quanto heterossexuais.

Acreditamos que um tratamento bem-sucedido depende da habilidade do terapeuta em tratar as transferências e administrar sua contratransferência. Manter-se atento à interação transferência/contratransferência é a possibilidade de que dispomos como terapeutas para encaminhar o processo terapêutico.

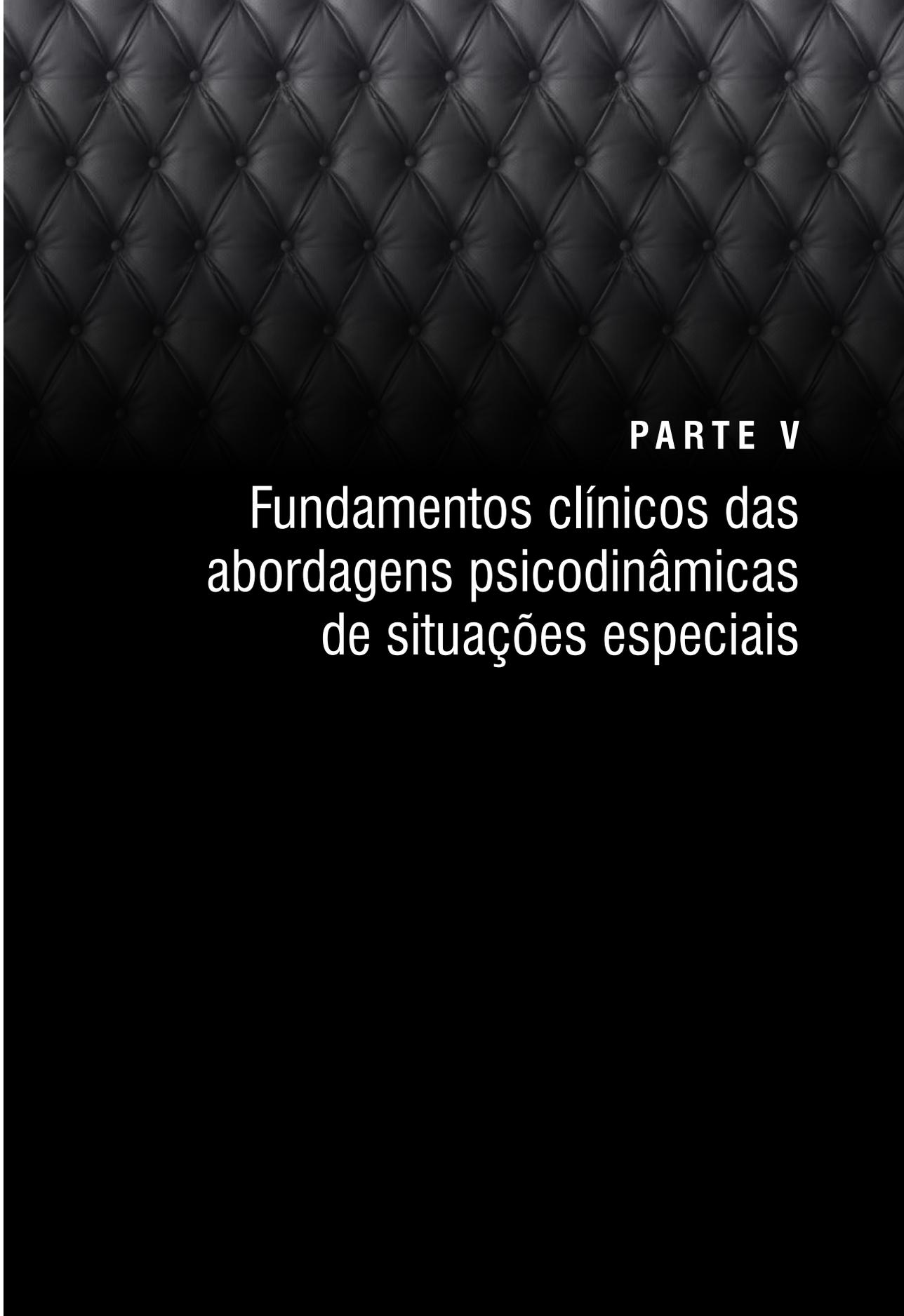
**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. A subjetividade e a identidade de gênero se modelam, em cada caso, segundo a maneira pela qual o psiquismo individual se estrutura. Os conceitos psicanalíticos de masculinidade e feminilidade referem-se a um sistema complexo de crenças que cada pessoa desenvolve em relação à anatomia e às diferenças anatômicas.
2. A identidade de gênero é mais abrangente do que o gênero interno. Refere-se não só à distinção entre homem e mulher como também entre masculinidade e feminilidade, abarcando atributos culturalmente determinados.
3. O gênero deve influenciar mais nas psicoterapias de orientação psicanalítica, por estarem elas mais ligadas à realidade, apresentarem menos regressão e não chegarem a abordar todas as transferências. Houve, no entanto, discordância entre os pesquisados em relação à influência da identidade de gênero no processo analítico. Autores referem, inclusive, que os analistas têm desdenhado a visão do gênero por considerá-lo uma questão de cunho sociológico.
4. A nosso ver, e de acordo com a maioria dos autores, o gênero do terapeuta desencadeia aspectos transferenciais a partir de vivências primitivas que estavam no paciente. O quanto isso vai afetar o curso do tratamento não se sabe. Considera-se que a pessoa real do analista se refere não apenas aos traços externos como também às suas características únicas como pessoa e a seu comportamento na situação analítica. A influência do gênero do terapeuta no processo terapêutico parece, portanto, inegável e revela sua aparição por meio de fantasias inconscientes. A relação real é complementar, mas um ingrediente importante.

**REFERÊNCIAS**

1. Lewkowicz I. El género en perspectiva histórica. *Psicoanálisis*. 1997;19(3):409-27.
2. Moore BE, Fine BD. *Termos e conceitos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
3. Stoller RJ. *Sex and gender; on the development of masculinity and femininity*. New York: Science House; [1968].
4. Stoller RJ. *A experiência transexual*. Rio de Janeiro: Imago; 1982.
5. McDougall J. *Las mil y una caras de Eros: la sexualidad humana em busca de soluciones*. Buenos Aires: Paidós; 1998.
6. Tyson P, Tyson RL. *Teorias psicanalíticas do desenvolvimento: uma integração*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
7. Stoller RJ. Primary femininity. *J Am Psychoanal Assoc*. 1976;24(5 Suppl):59-78.
8. Person ES. *O poder da fantasia: como construímos nossas vidas*. Rio de Janeiro: Rocco; 1997.
9. Dio Bleichmar E. *Feminidad/masculinidad: resistencias en el psicoanálisis al concepto de género*. In: Burin M, Dio Bleichmar E, compiladores. *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires: Paidós; 1996. p. 100-39.
10. Meyers HC. *El trabajo analítico por y con mujeres: complejidad y reto*. In: Lemlij M, editor. *Mujeres por mujeres*. Lima: Biblioteca Peruana de Psicoanálisis; 1994. p. 45-61.
11. Freud S. *Sexualidade feminina*. In: Freud S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 21. p. 225-43.
12. Chasseguet-Smirgel J. *As duas árvores do jardim*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
13. Breen D, editor. *The gender conundrum: contemporary psychoanalytic perspectives on femininity and masculinity*. London: Routledge; 1993.
14. Kernberg O. *A influência do gênero do analista e paciente no processo analítico*. In: *Conferência na Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*; 1998 ago 22; Porto Alegre.

15. Eizirik CL. Masculinity, femininity and analytic relationship: countertransference issues. In: Alcorta de Gonzáles A, editor. *Psychoanalysis in Latin America*. Monterrey: FEPAL; 1995.
16. Tubert S. Psicoanálisis, feminismo, posmodernismo. In: Burin M, Dio Bleichmar E, compiladores. *Buenos Aires: Paidós; 1996*. p. 289-313.
17. Flax J. *Thinking fragments: psychoanalysis, feminism and posmodernism in the contemporary west*. Berkeley: University of California; 1990.
18. Alizade AM. Analista: quien es? la interpelación sexual y de género. In: *Diálogo Latino-Americano Intergeracional entre Homens e Mulheres 3; 2002 maio 3-4; Porto Alegre*.
19. Araujo MS, Bassols AMS, Carriconde IIM, Escobar JR, Dal Zot JS. Influência da identidade de gênero no processo analítico: uma reflexão. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 1996;3(2):255-67.
20. Grey A. On being a male analyst: the reluctant discovery of a troublesome goldmine. *International Forum of Psychoanalysis*. 1992;1(1):20-8.
21. Guignard F. A interpretação do sexual. *Rev Bras Psicanál*. 1999;33(4):671-85.
22. Horner AJ. From idealization to ideal – from attachment to identification: the female analyst and the female patient. *J Am Acad Psychoanal*. 1990;18(2):223-32.
23. Kaplan DM. Some theoretical and technical aspects of gender and social reality in clinical psychoanalysis. *Psychoanal Study Child*. 1990;45:3-24.
24. Lachmann FM. The importance of gender in the psychoanalytic relation (discussion). *International Forum of Psychoanalysis*. 1992;1(1):32-6.
25. Langs R, Rapp PE, Pinto A, Cramer G, Badalamenti A. Three quantitative studies of gender and identity in psychotherapy consultations. *Am J Psychother*. 1992;46(2):183-206.
26. Marcus BF. Vicissitudes of gender identity in the female therapist/male patient dyad. *Psychoanalytic Inquiry*. 1993;13(2):258-69.
27. Tholfsen B. Cross gendered longings and the demand for categorization: enacting gender within the transference-countertransference relationship. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*. 2001;4(2):2746.
28. Haudenschild T. Género y proceso analítico. In: *Diálogo Latino-Americano Intergeracional entre Homens e Mulheres 3; 2002 maio 3-4; Porto Alegre*.
29. Berlin de Polito D. Tropiezos en el ejercicio de la profesión. *Visión psicoanalítica y visión de género*. *Trópicos: Revista de Psicoanálisis*. 1998;6(1):28-40.
30. Amendoeira MC. Fatores que influenciam as psicoterapias. In: *Congresso Brasileiro de Psiquiatria 20; 2002 out 16-19; Florianópolis*.
31. Schachter J, Brauer L. The effect of the analyst's gender and other factors on post-termination patient-analyst contact: confirmation by a questionnaire study. *Int J Psychoanal*. 2001;82(Pt 6):1123-32.
32. Lester EP. Problemas de género de identidad en el proceso analítico. In: *Libro anual de psicoanálisis*. Londres: The British Psycho-Analytical Society; 1990. v. 6. p. 203-13.
33. Sánchez Salgado CD. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2002;4:719.
34. Viederman M. The real person of the analyst and his role in the process of psychoanalytic cure. *J Am Psychoanal Assoc*. 1991;39(2):451-89.
35. Bernstein AE, Warner GM. *Women treating women: case material from women treated by female psychoanalysts*. New York: International Universities; c1984.
36. Lax RF. Some considerations about transference and countertransference manifestation evoked by the analyst's pregnancy. *Int J Psychoanal*. 1969;50(3):363-72.

The background of the entire page is a black, tufted leather texture, resembling a diamond or quilted pattern. The tufts are arranged in a regular grid, creating a series of small, raised diamond shapes.

**PARTE V**

**Fundamentos clínicos das  
abordagens psicodinâmicas  
de situações especiais**

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

# ABORDAGEM DO CARÁTER EM PSICOTERAPIA

Manuel J. Pires dos Santos  
Hamilton Oscar Perdigão da Fontoura  
Carlos Gari Faria

*Caráter*, segundo o dicionário de *Termos e conceitos psicanalíticos*, de Moore e Fine,<sup>1</sup> é

[...] o funcionamento contínuo e padronizado de um indivíduo. Tal como percebido por outros, é a maneira habitual de pensar, sentir e agir da pessoa. Psicodinamicamente compreendido, o caráter é o modo habitual que a pessoa tem de reconciliar conflitos psíquicos [...]. O caráter de uma pessoa é constituído de uma constelação de traços de caráter, sendo cada um deles uma mistura complexa de derivados pulsionais, defesas e componentes do superego.

Em outra definição, caráter é visto como “o amplo grupo de atitudes e traços estáveis e típicos pelo qual uma pessoa pode ser reconhecida”.<sup>2</sup>

Buscando evitar a multiplicidade de definições conceituais característica da teoria psicanalítica, pode-se dizer que, de forma geral, o caráter se refere ao modo como, cronicamente, o ego lida com o id, com o superego e com o mundo externo. Visto como um conceito que estabelece uma ponte entre o que é observado no paciente e uma estrutura que resulta de uma

teorização mais profunda, o caráter, desde cedo, tornou-se uma noção importante no âmbito da teoria e da prática psicanalíticas e, por extensão, da psicoterapia de orientação analítica.

Diferentemente dos sintomas, que se apresentam com menor estabilidade e, com frequência, surgem mais tarde na vida dos indivíduos, o caráter (e seus traços) é mais discreto em suas manifestações e, ao mesmo tempo, mais resistente às investidas terapêuticas, como será abordado adiante. Pode-se afirmar que os sintomas são egodistônicos, enquanto o caráter, até certo ponto, tende a ser egossintônico. O termo “caráter” é usado com frequência como sinônimo de personalidade, referindo-se, portanto, também a aspectos normais do funcionamento do indivíduo. Pode-se estabelecer que o termo “personalidade” é utilizado de forma mais descritiva, enquanto o caráter destaca aspectos mais compreensivos ou dinâmicos.<sup>2</sup>

Svrakic e colaboradores,<sup>3</sup> em uma classificação atual, apresentam a personalidade como uma composição de dois elementos: o temperamento, de base hereditária (e composto por quatro fatores – busca do

novo, evitação da dor, dependência de recompensa e persistência), e o caráter (composto por três fatores – autodirecionamento, cooperatividade, autotranscendência).<sup>4</sup> Os autores consideram o caráter como menos herdado, sendo influenciado pela aprendizagem social, pela cultura e por eventos aleatórios da vida, únicos para o indivíduo. O chamado “modelo de sete fatores” de Cloninger concebe o desenvolvimento da personalidade como um processo epigenético interativo, no qual os fatores hereditários (temperamento) motivam o desenvolvimento dos fatores interacionais (caráter), que, por seu lado, modificam o significado e a importância dos estímulos percebidos, aos quais a pessoa responde. Assim, o temperamento colabora no desenvolvimento do caráter, e vice-versa.

O caráter determina a boa ou a má adaptação dos traços hereditários às contingências ambientais nas quais vive o indivíduo.<sup>5</sup> Uma consequência lógica dessa compreensão é que o caráter, por seu desenvolvimento interacional (i.e., resultante do aprendizado e das influências ambientais), é responsivo às psicoterapias, ao contrário do temperamento, de base hereditária.<sup>6,7</sup>

Dois aspectos merecem ser considerados no que tange ao conceito de caráter: os traços de caráter e o caráter propriamente. Para Baudry,<sup>8</sup> *traços de caráter* referem-se a atitudes e padrões estáveis inferidos da observação de um indivíduo, situando-se, portanto, em um nível clínico e servindo como elemento para se reconhecer e observar identificações e relações de objeto estabelecidas ao longo da história daquele indivíduo.

No contexto do tratamento, o traço de caráter pode servir como um sinalizador não só de pontos de resistência como também de mudança,

ou seja, progresso terapêutico. À medida que os traços são grupados e correlacionados, tem-se o caráter propriamente dito.

Baudry<sup>9</sup> ainda aponta o que chama de organização de caráter, um nível mais abstrato e teórico que se refere à origem, à existência e à estrutura do caráter como um todo, a partir do qual podemos, recorrendo à teoria, estabelecer uma origem, um desenvolvimento (normal ou não) e mesmo um prognóstico, quando se considera o tratamento.

A importância do estudo do caráter e de seus traços, no que se refere à psicoterapia de orientação analítica, pode ser avaliada a partir da afirmação tanto de um autor clássico, como Fenichel,<sup>10</sup> quanto de autores mais atuais, como Liberman,<sup>11</sup> Bergeret<sup>12</sup> e Baudry.<sup>8,9</sup> Fenichel,<sup>10</sup> em 1934, defendeu que o estudo do caráter pela psicanálise constituía-se no seu ramo mais recente, tendo surgido, primeiro, pela necessidade de estudo da resistência e, segundo, pela mudança no quadro clínico das neuroses, que surgiam, então, com tal comprometimento da personalidade que desaparecia toda linha de demarcação entre personalidade e sintoma, acrescentando:

[...] em lugar de enfrentarmos com casos de neuroses claramente delineados, estamos vendo cada vez mais e mais pessoas afetadas por transtornos menos definidos, mais incômodos às vezes para as pessoas que rodeiam o paciente do que para ela mesma.

Após 50 anos, Baudry<sup>8</sup> expõe praticamente o mesmo:

[...] a maioria dos pacientes que vem à consulta, hoje, dificilmente se queixa de sintomas. O quadro é, geralmente, uma vaga insatisfação em suas vidas

pessoal ou profissional, inibições variadas ou, ainda, uma inabilidade para “encontrarem a si mesmos”. Todas essas são manifestações de patologia do caráter.

Ainda que ambos os autores falem de psicanálise, pensamos que o mesmo vale para a psicoterapia de orientação analítica.<sup>13,14</sup>

Baudry<sup>8</sup> aponta também o que considera uma ambiguidade no conceito de caráter: o que é observável, no indivíduo, não é o traço, mas o comportamento; o traço é inferido do comportamento observado. Além disso, pode-se duvidar ou questionar os dados que servem de base à observação. Alguns autores referem-se, para inferir o caráter, a comportamento (no sentido de atividade); outros, a atitude; outros, ainda, a estilo,<sup>15</sup> e assim por diante. Contudo, determinado comportamento pode expressar diferentes traços de caráter: uma pessoa que parece sempre dizer o que é certo pode ser diplomática, sincera, hipócrita, entre outras classificações. Assim, o espectro dos dados possíveis a partir dos quais se pode inferir o caráter é bastante amplo: linguagem corporal, maneirismos da fala, totalidade dos movimentos expressivos, postura, modo de andar, de vestir. A lista pode ser infindável, e sua valorização varia de autor para autor. Outro aspecto ambíguo do conceito é sua relação com o afeto: dizer que fulano é uma pessoa ansiosa enfatiza tanto a hipótese de um sintoma quanto de um traço de caráter, tornando-se difícil, às vezes, a distinção entre um e outro, o que revela uma superposição de termos para um mesmo aspecto do comportamento.<sup>8</sup>

Faria<sup>16</sup> considera o caráter como aquilo que transparece da estrutura de base e emerge na relação transferencial. Partindo da contribuição de Bergeret e Liberman, entende que

[...] esta emanção da estrutura que opera na relação objetual, imprimindo-lhe jeitos, ritmos, tons afetivos ou estilos próprios, pode ser também comparada “à transpiração” de relações objetais internas e às identificações no ego e no superego. O caráter expressaria assim:

- a) em termos dinâmicos, modos de funcionamento do ego no plano defensivo e adaptativo;
- b) em termos econômicos, a direção, o sentido ou as transformações dadas às pulsões do id; e
- c) em termos topográficos e estruturais, os diferentes níveis do conflito básico, com as ansiedades correspondentes.

Para sintetizar, podemos afirmar que os traços de caráter são formações de compromisso que representam o produto final de várias funções do ego (de síntese, de defesa e de adaptação). O caráter, nesse sentido, não é uma síntese, mas o resultado de uma síntese.<sup>8</sup> Neste capítulo, não nos deteremos em tipos específicos de caráter (que são abordados em outros capítulos), mas nos aspectos relevantes dessa organização no que tange a sua origem e desenvolvimento no indivíduo, bem como às suas manifestações no tratamento.

## **COMPREENSÃO DINÂMICA DO CARÁTER**

Faria<sup>17</sup> aponta que o caráter é visualizado por meio de duas vertentes complementares e nunca excludentes. Em uma, enfocada pelo ângulo econômico, o caráter pode ser visto como expressão do destino das pulsões. Em outra, em termos estruturais, emerge como resultante da história das relações objetais.

## O caráter como destino das pulsões

Em um estudo sobre o caráter, Faria<sup>16</sup> fez um levantamento sobre o conceito, enfatizando sua evolução na teoria psicanalítica, notadamente na obra freudiana. Em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud<sup>18</sup> aponta:

O que descrevemos como caráter de uma pessoa é constituído, em grande parte, com o material das excitações sexuais e se compõe de instintos que foram fixados desde a infância, de construções alcançadas por meio da sublimação e de outras construções empregadas para, de maneira eficaz, conter os impulsos perversos que foram reconhecidos como não utilizáveis [...]. A disposição sexual perversa multiforme pode, assim, ser considerada a fonte de várias de nossas virtudes, na medida em que, por meio da formação reativa, estimula o desenvolvimento delas.

Freud,<sup>19</sup> em um artigo dedicado especificamente ao tema, define:

O caráter, em sua configuração geral, forma-se a partir dos instintos constituintes; os traços de caráter permanentes são prolongamentos inalterados dos instintos originais, ou a sublimação desses instintos, ou formações reativas contra eles.

Faria<sup>16</sup> destaca que, nessa definição, estão

[...] as origens do caráter perverso (prolongamentos inalterados dos instintos), do caráter neurótico (por meio da formação reativa, representando, também, outros mecanismos de defesa até então não identificados)

e do caráter mais adaptativo ou menos limitante, por meio do destino da sublimação.

Em 1915, Freud sistematiza, em termos metapsicológicos, as vicissitudes dos instintos (reversão ao seu oposto, retorno em direção ao próprio *self*, repressão e sublimação) capazes de explicar, por esse ângulo, a organização do caráter expressa em 1908.<sup>15,20</sup> A classificação feita por Fenichel<sup>10</sup> em dois grandes grupos – o caráter reativo e o sublimatório – segue a enunciada por Freud.

A correlação entre impulsos, zonas erógenas correspondentes e tipos de caráter é mantida por Abraham em seus trabalhos sobre o caráter e o desenvolvimento da libido: *Contribuições à teoria do caráter anal*,<sup>21</sup> *A influência do erotismo oral na formação do caráter*<sup>22</sup> e *A formação do caráter no nível genital do desenvolvimento da libido*.<sup>23</sup> Para Abraham, no caráter normal, encontramos aspectos infantis pertencentes às três etapas, que, conjugadas, dão as possibilidades de absorver (oral), produzir (anal) e criar (genital).

Para Reich,<sup>24</sup> o caráter genital, tendo atingido a satisfação instintiva, principalmente nesse nível, contém uma maior capacidade de sublimação, enquanto o caráter neurótico, ancorado na repressão, estrutura-se principalmente por meio de formações reativas. Beland,<sup>25</sup> destacando o aspecto de estabilidade da organização caracterológica, assinala que, em Freud, já havia a noção de caráter como estrutura.

Segundo Faria,<sup>16</sup>

O oposto à estrutura é a falta de conexão, a mobilidade de energia livre, a mudança súbita, a impossibilidade de predizer o que é entendido como falha na estrutura ou desestruturação do caráter. Visto pelo ângulo econô-

mico, o investimento de energia livre, móvel, em energia ligada (catexia) é o que dá origem às estruturas que consomem, em parte, o impulso e também lhe dão um destino. Assim, o impulso se converte em força investida em direção a uma estabilidade maior ou menor, como um processo.

Nessa estabilidade, transparece a qualidade egossintônica típica, na qual se concentra o perfil da chamada resistência caracterológica, a couraça, conforme a clássica descrição de Reich;<sup>24</sup> couraça esta criada para a proteção do ego tanto dos perigos internos como externos.

Bergeret,<sup>12</sup> seguindo Freud, acrescenta que, no nível da estrutura, não se pode passar do modo de estruturação psicótico para o neurótico, ou vice-versa, uma vez que um ego específico é organizado em um sentido ou em outro. Defende que “a mais neurótica das psicoses e a mais psicótica das neuroses nunca se encontrarão em uma linhagem comum do ego”.

O caráter, portanto, inclui uma formação de compromisso estável em uma tentativa “terapêutica”, isto é, uma tentativa de resolução em torno do conflito básico e de suas versões posteriores; daí uma razão além das fundamentais e clássicas para intensificar suas resistências em determinados momentos do processo terapêutico. É frequente ouvir de pacientes a fantasia de que precisam se desmanchar, se desfazer, para poder começar tudo de novo. Essa ideia, a de se desfazer, além de expressar uma vontade de mudar, inclui também o medo da desestruturação e pode funcionar como desencadeante da intensificação da resistência caracterológica.

Nas *Novas conferências*, Freud<sup>26</sup> se refere ao caráter em um novo contexto:

Aquilo que se conhece como caráter, coisa tão difícil de definir, deve ser atribuído inteiramente ao ego. Primeiramente, e acima de tudo, existe a incorporação sob a forma de superego da instância parental anterior, que é sua parte mais importante e decisiva [...] e, ademais, identificação com ambos os pais do período subsequente e identificações semelhantes formadas como remanescentes de relações objetais a que se renunciou.

O autor acrescenta a isso as formações reativas e a sublimação.

## O caráter como resultado das relações objetais

A compreensão atual do papel das relações de objeto no desenvolvimento normal e patológico do indivíduo, bem como na técnica analítica e psicoterápica, origina-se, naturalmente, em Freud. Faria<sup>16,17</sup> aponta que, já em *O ego e o id*, Freud<sup>27</sup> amplia os fundamentos sobre a formação do caráter em outra dimensão, centrada nas identificações e relações objetais. Partindo das formulações alcançadas em *Luto e melancolia*, Freud<sup>28</sup> chega à teoria estrutural e, em algumas passagens, refere-se direta ou indiretamente ao caráter: “A princípio, na fase oral primitiva do indivíduo, a catexia objetual e a identificação são, sem dúvida, indistinguíveis”. “É possível supor que o caráter seja um precipitado de catexias objetais abandonadas e que ele contém a história dessas escolhas de objeto”.<sup>28</sup>

Ao admitir que existem graus de capacidade de resistência que decidem até que ponto o caráter desvia ou aceita a história de suas escolhas objetais, Freud deixa

aberta uma referência aos mecanismos de defesa, por meio dos quais se configuram e se expressam os diferentes tipos e/ou traços de caráter.

O caráter expressa uma estrutura utilizada para dar suporte às relações objetais internas, as mesmas que se repetem na transferência, sustentadas, defendidas ou aprisionadas nos traços do caráter. Portanto, dentro da “marca” do caráter existe, defendida, uma história de relação objetal – história que tende a se repetir pela fantasia inconsciente, reavivando-se na relação transferencial/contratransferencial, a via específica para a abordagem da análise do caráter. Convém destacar que as teorias psicanalíticas atuais têm em comum justamente a ênfase nas chamadas relações de objeto. Isso quer dizer que não só é acentuada a importância das relações de objeto vivenciadas (interna e externamente) no passado do paciente, mas também as relações que estabelece no presente, aí incluída a relação com o terapeuta.

Para Greenberg e Mitchell,<sup>29</sup> o que há de comum nas teorias psicanalíticas atuais “consiste no foco cada vez maior na interação das pessoas umas com as outras, isto é, no problema das relações objetais”. Entre outras coisas, isso quer dizer que a relação que o paciente estabelece conosco vai trazer à luz relações que teve ao longo de seu desenvolvimento e que continua tendo, tanto no aspecto sadio quanto no patológico. O encontro psicoterapêutico

[...] passou a ser observado e estudado como uma relação entre duas pessoas, que ocorre independentemente de suas vontades e produz um impacto emocional mútuo – um encontro dentro do qual ocorrem trocas de informações, isto é, comunicações, em nível verbal e não verbal, intencionais ou não.<sup>30</sup>

Essa ênfase no aspecto relacional do encontro, concretizada pelo interesse teórico e clínico no que acontece ao par terapêutico, e não mais só ao paciente, é, inegavelmente, uma característica da psicanálise pós-freudiana.

A teoria passa a ser construída a partir da relação sujeito-objeto. Dito de outro modo, os polos teóricos passam a ser *self* e objeto, impensáveis separadamente. A consequência é que noções como transferência e contratransferência adquirem enorme relevância para o trabalho clínico.

Em relação à compreensão do caráter, pode-se afirmar que seus traços têm origem em primitivas relações objetais, o que já estava em Freud. É também assim que Kernberg<sup>31</sup> entende o caráter, ou seja, o resultado de processos identificatórios que conduzem a relações de objeto internalizadas, que se estabilizam. Caráter e traços de caráter expressam e informam sobre relações de objeto internalizadas. Sandler<sup>32</sup> tem ponto de vista semelhante:

Os traços de caráter têm a função específica de efetivar uma fantasia de realização de desejo ligada ao objeto, pela evocação de respostas apropriadas nas pessoas que cercam o paciente.

As relações de objeto objetivam proporcionar a satisfação de desejos (aqui significando não somente necessidades instintivas – pulsões amorosas e agressivas –, mas também não instintivas – desejos de afirmação, tranquilização, bem-estar, segurança). Ao longo de sua interação com o objeto, durante o período inicial do desenvolvimento e mesmo depois, a criança aprende a acionar o objeto para ver realizados seus desejos. Ela aprende a fazer o objeto agir

de acordo com suas necessidades. Sandler não se refere, propriamente, à identificação projetiva, mas é evidente a semelhança do que descreve com o que outros autores (como Bion e Rosenfeld) expressam sobre esse conceito. Sandler<sup>33</sup> afirma que essas formas de provocar uma resposta desejada no objeto vão tornar-se o que chamamos de *traço de caráter*:

Pode-se dizer que muitas das técnicas usadas pela criança no diálogo com seus objetos podem ser vistas como traços de caráter, ou seus precursores, os quais não são apenas derivados instintivos ou defesas, mas são estratégias elaboradas de forma a evocar respostas específicas nos outros.

O que queremos destacar é o aspecto evocativo, relacional, portanto, que Sandler aponta no traço de caráter: sua capacidade de provocar no objeto um determinado comportamento. O traço de caráter se manifesta em uma ação pela qual o sujeito leva o objeto a agir de determinada maneira, resultando daí uma gratificação inconsciente.

É patente a importância clínica de tal entendimento: se o paciente, nas suas mais diversas e variadas relações, tem comportamentos evocativos, se busca sempre (e de forma inconsciente) provocar determinadas reações nas pessoas, isso se repetirá, inevitavelmente, na relação terapêutica. Caberá ao terapeuta identificar esses aspectos evocativos que surgirão; assim, perceberá alguns dos traços de caráter e, por meio deles, as primitivas relações de objeto do paciente.

Convém assinalar algumas consequências desse tipo de compreensão descrito por Sandler. Em primeiro lugar, essa é uma

visão do caráter que está além da visão clássica. Ainda que Freud, mais adiante em sua teoria, aponte a presença da relação de objeto na origem do caráter, não enfatiza o que as posteriores teorias das relações de objeto vão enfatizar: o aspecto evocativo, relacional, interpessoal do traço de caráter. Em segundo, uma consequência importante é que a noção de transferência tem seu significado ampliado: deixa de ser apenas uma percepção distorcida e ilusória que o paciente tem do terapeuta e passa a incluir, além da percepção, uma ação sobre a outra pessoa, um fazer algo com o outro ou com a mente do outro, na tentativa de criar situações definidas, que são a repetição de experiências iniciais com os objetos. Betty Joseph<sup>34</sup> também descreve a situação em que o paciente tenta forçar o terapeuta a uma forma sutil de atuação. Joseph dá como motivo do paciente a necessidade de evitar ansiedades ligadas ao conflito e à culpa, ou seja, oferece uma explicação clínica (baseada em Bion), e não desenvolvimental, como Sandler. A autora fala das pressões do paciente para que o terapeuta vivencie e atue aspectos de seu mundo interno na transferência, e é reconhecendo essas pressões sutilmente exercidas que conheceremos o paciente, suas defesas e sua história.

Tais aspectos transferidos não ocorrem apenas durante o tratamento. Desde 1912 sabemos, por Freud, que o tratamento não cria a transferência, apenas a revela. Ou, como muito bem diz Capier citado por Barros:<sup>30</sup>

[...] a análise atua como microscópio que permite ao analista ver formas de vida que estão presentes em todos os lugares, mas que são impossíveis de serem vistas em condições comuns.

Percebemos, portanto, que o caráter não é apenas o que o indivíduo mostra no

seu comportamento objetivo, ou o que é diretamente (fenomenologicamente) observado nele. O caráter também se revela pelo que o indivíduo faz o outro sentir, de forma evidente ou sutil.<sup>35</sup> É natural, portanto, que cresça a importância do terapeuta nessa situação.

Entretanto, se nos sentimentos do terapeuta podem estar aspectos do caráter do paciente, como saber o que é de um e o que é do outro? Nem sempre há como saber, e talvez não seja tão importante estabelecer essa distinção. Para Sandler,<sup>33</sup> ocorre sempre uma formação de compromisso entre as tendências do terapeuta e sua aceitação dos papéis em que o paciente tenta colocá-lo. Alguns terapeutas serão mais suscetíveis do que outros para determinados papéis. Também é possível que a contribuição de cada um varie, em sua intensidade, de momento a momento. Mas há mais a ser considerado, pelo lado do terapeuta: Sandler<sup>33</sup> destaca que todo terapeuta deve ter, além de uma atenção flutuante e dentro de certos limites, uma responsividade comportamental flutuante, isto é, uma capacidade de assumir, em seus sentimentos (e, às vezes, em sua conduta), o papel proposto pelo paciente, para que possa dar-se conta dele. E isso só será possível pela observação de seu próprio comportamento, de suas respostas e atitudes, em geral depois de ter assumido, pelo menos em alguma medida, o papel que o paciente impôs. O'Shaughnessy<sup>36</sup> concorda com Sandler e destaca, como Betty Joseph, o papel da identificação projetiva:

Dadas as funções comunicativas e controladoras das identificações projetivas dos pacientes, algum grau de atuação do analista, em minha experiência, é inevitável. [...] É vital que a atuação parcial do analista seja reco-

nhecida, contida e analisada para que a análise não degenera.

Nos últimos anos, têm surgido, com frequência, na literatura psicanalítica, referências à chamada memória implícita, conceito retirado da neurociência cognitiva. Segundo ela, há dois tipos de memória:

- a) explícita ou declarativa (que abrange tanto a memória *autobiográfica* do indivíduo, os fatos e os acontecimentos individuais, como a memória *semântica*, que se refere ao conhecimento factual e conceitual do mundo externo), com acesso à consciência
- b) implícita ou procedural, que permite a realização de tarefas e habilidades, de ações como dirigir um carro, andar de bicicleta, tocar um instrumento; é também a *memória emocional*, que armazena as experiências emocionais que influenciam o pensamento e o comportamento no contexto das relações do indivíduo, *sem que ele tenha consciência* prévia das experiências pelas quais passou.<sup>37</sup>

O que é significativo quanto a esse segundo tipo de memória é a noção de processos inconscientes *que nunca atingiram a consciência*, já que estão armazenados em estruturas cerebrais que não permitem esse acesso ao consciente. O “inconsciente” procedural, é claro, não é superponível ao inconsciente dinâmico freudiano, que armazena o reprimido, isto é, o que já foi consciente em algum momento. Ou seja, a repressão ocorre na memória explícita, o que permite a volta à consciência, ou o “retorno do reprimido”, como descreveu Freud. Em contrapartida, a memória implícita armazena vivências repetidas e habituais da percepção e da ação, com seus

*conteúdos emocionais específicos.* Memórias implícitas de natureza traumática ou não são retidas ou estão disponíveis por meio de *vivências* que se expressam na conduta ou por emoções cuja origem é desconhecida para o indivíduo. Padrões inconscientes de relação com os outros, estabelecidos no passado, são repetidos no presente e não lembrados em sua origem.

O conceito de memória procedural é importante para a teoria psicanalítica, porque lança uma nova luz sobre conceitos psicanalíticos que implicam *repetição*, como transferência, contratransferência, defesa, traço de caráter, sonho e outros, possivelmente por apresentar um fundamento neural a esses fenômenos.<sup>38,39</sup>

Em especial quanto aos traços de caráter, expressos na conduta do indivíduo ou na ação inconsciente exercida sobre o outro, pode-se inferir que, tendo origem nas relações primitivas de objeto, sejam vivências inconscientes guardadas na memória procedural, não podendo, portanto, ser conscientizadas.

No tratamento, tais traços surgem no âmbito da transferência/contratransferência, sendo possível, a partir daí, sua compreensão e mudança. Foge ao escopo deste capítulo a discussão mais detalhada dessa aproximação da teoria e da técnica psicanalíticas com a neurociência cognitiva.

## O CARÁTER NA PSICOTERAPIA

### O início do tratamento

Além de revelarem o que o indivíduo realmente é, no sentido de comportamento

estável, os aspectos caracterológicos darão também informações importantes para um bom desenvolvimento do processo psicoterápico. Em termos genéricos, a motivação para o tratamento envolve, obrigatoriamente, algumas características de funcionamento de cada um. Além disso, a identificação dos traços componentes do caráter vai fornecer informações ao terapeuta sobre os padrões específicos de defesa do paciente e, em alguma medida, uma hipótese sobre o prognóstico.<sup>40</sup> Assim, a curiosidade, a capacidade de suportar frustração e a tolerância são aspectos que compõem a motivação total para o tratamento e que se expressam por traços de caráter. Em sentido amplo, o esforço que implica um tratamento está ancorado em uma vivência de sofrimento e necessidade de ajuda.<sup>41</sup> Pessoas com poucas condições de suportar sentimentos de vergonha, embaraço ou crítica demonstram menos possibilidades de se beneficiarem com o tratamento. Pacientes com traços paranoides ou narcísicos tendem a se sentir criticados, pessoas com traços depressivos podem se sentir desvalorizadas, e assim por diante, o que vai exigir, da parte do terapeuta, não só compreensão, mas também tolerância e paciência.

É necessária uma avaliação adequada do funcionamento do paciente a partir de uma anamnese genético-dinâmica, pesquisando-se a presença ou não de relações de objeto confiáveis e estáveis, bem como a quantidade e a qualidade das vivências traumáticas do passado.<sup>42</sup>

A forma como o paciente estabelece o contrato terapêutico, bem como as tentativas de rompê-lo, expressam seus traços de caráter.<sup>8,14</sup>

Assim, os traços de caráter tanto podem facilitar como dificultar o engajamento do paciente no tratamento e devem ser identificados, dentro do possível, na avaliação inicial.

## Abordagem do caráter ao longo da psicoterapia

O trabalho psicoterápico costuma desenvolver-se em torno de um foco (ou mais de um), definido pelo terapeuta, por meio do material fornecido pelo paciente. Um conflito em particular é identificado e passa a ser trabalhado de acordo com o material que vai surgindo nas sessões. Todavia, para que esse conflito possa ser adequadamente trabalhado, torna-se necessária e inevitável a abordagem dos traços de caráter, sem o que o tratamento corre o risco de tornar-se um jogo de racionalizações, com o conluio inconsciente do terapeuta.

O exemplo mais citado na bibliografia é o caso do paciente com traços obsessivos: sua predisposição ao uso de cavilações, isolamento afetivo (dificuldade de expressar sentimentos), racionalização e formalismo pode envolver o terapeuta e esterilizar o tratamento, levando-o para longe do foco proposto, a menos que sejam assinalados ao paciente esses aspectos caracterológicos, que surgem no aqui e agora da relação transferencial. O mesmo pode ser observado no paciente com traços fóbicos (que funciona de forma evitativa diante de seus conflitos) ou naquele com traços paranoides, entre outros. Isso é ainda mais significativo se o conflito a ser tratado tem sua origem nos próprios traços de caráter do paciente, quando, então, o tratamento deve incidir, inevitavelmente, sobre eles.

## O papel da contratransferência na identificação dos traços de caráter

O papel da transferência nas psicoterapias analíticas é considerado óbvio, não necessitando de muitas discussões. Seguindo a evolução da teoria psicanalítica, a psicoterapia de orientação analítica tem incorporado conceitos mais recentes, como o da importância da contratransferência no entendimento do paciente e no seu manejo. Essa valorização da contratransferência decorre da importância que a identificação projetiva adquiriu na teoria e na técnica. A contratransferência – aqui entendida como Paula Heimann<sup>43</sup> a definiu, a totalidade dos sentimentos despertados no terapeuta pelo paciente – é usada como um instrumento de compreensão dos conflitos internos do paciente, bem como de padrões de comportamento que não estão à vista de forma mais imediata. Como apontou Vollmer Filho,<sup>35</sup> o caráter ou os traços de caráter não são identificáveis apenas pelo que é objetivamente percebido no paciente, mas também pelos sentimentos que ele provoca no terapeuta. Em outras palavras, o paciente tenta, de forma defensiva, levar o terapeuta a assumir determinados papéis que representam seus objetos internos.<sup>32</sup>

Assim, os traços de caráter são o resultado de relações objetivas internalizadas que são externalizadas na transferência e percebidas na contratransferência. Sandler dá o exemplo do paciente que costumava atrasar-se em seus compromissos; a partir do atraso no pagamento dos honorários do terapeuta, que se sentiu mobilizado por isso, e do conseqüente receio, pelo paciente, de que o terapeuta ficasse furioso, pôde-se

entender que os atrasos do paciente eram, na fantasia, uma forma de despertar o interesse da mãe, na infância, por meio da irritação provocada. O paciente buscava colocar o terapeuta no papel da mãe furiosa/interessada nele.<sup>33</sup> Constata-se, nesse exemplo, como um traço de caráter, a procrastinação, era o resultado de uma relação objetal infantil revivida na transferência/contratransferência.

tos pessoais), está o que pode ser chamado de acesso ao próprio mundo interno. Tal fator é mais bem compreendido quando relacionado ao papel da contratransferência e à permeabilidade do terapeuta à sua compreensão.<sup>14</sup> Um terapeuta não só mais capacitado tecnicamente, mas também menos preso a conflitos com seus objetos internos, terá melhores condições de acolher as projeções que lhe são impostas e entendê-las, sem atuá-las.

## Fatores do terapeuta

Um dos elementos constitutivos da psicoterapia é o tipo de relação que se estabelece entre paciente e terapeuta, relação que está, em boa parte, condicionada a fatores ligados ao terapeuta. Entre esses fatores (como nível de formação técnica, aspec-

Também se deve lembrar que o paciente sempre “conhece” inconscientemente os pontos fracos do terapeuta e irá utilizar-se de tal conhecimento na relação, a serviço da resistência, fato para o qual o terapeuta deve estar preparado.<sup>32,14</sup>



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Paula é uma mulher bonita, de 28 anos. Procurou tratamento por achar-se bastante deprimida porque o namorado a deixara por outra. Após um período inicial de desabafo e queixas pela situação injusta de que se sentira vítima, ela se defrontou com a pergunta que a fizera procurar tratamento: “Por que aconteceu isso comigo?”. Paula esforçava-se para entender o que se passara, mas, embora aceitasse a hipótese de que devia haver uma contribuição sua para o que acontecera, acabava sutilmente voltando às queixas sobre o comportamento do companheiro, de como ele agia, como fora injusto, e assim por diante.

Tal atitude levava o terapeuta a mostrar-lhe a dificuldade em centrar a atenção em si mesma, em investigar a si própria. Isso estava relacionado com a imagem de uma mãe interna autoritária e crítica, transferida para o terapeuta: se Paula mostrasse o que considerava suas fraquezas e defeitos, ele (como a mãe) iria criticá-la. Defendia-se, assim, colocando o problema fora de si, localizando-o no namorado e tentando desviar a atenção do terapeuta (e a sua também) para longe de si mesma. Esse era, resumidamente, o trabalho que vinha sendo feito no primeiro ano de tratamento, uma vez por semana.

Paula iniciou, então, um novo relacionamento com um homem que julgava “mais adequado”. Após alguns meses, começaram as discussões, e ela passou a queixar-se do novo namorado. À medida que intensificava suas queixas, o terapeuta tentava mostrar-lhe como, mais uma vez, ela não conseguia falar de si mesma, como o assunto sempre escorregava para a responsabilidade dele no desequilíbrio da situação. O

*(Continua)*



(Continuação)

terapeuta percebeu que começava a irritar-se com a atitude reiterada da paciente de evitar abordar o assunto a partir de si mesma. Via como ela sofria por não conseguir entender-se com o namorado e sentia incômodo por não conseguir ajudá-la. Em determinada sessão, Paula queixou-se de que o namorado não a escutava. O terapeuta pensou, então, que a paciente estava dizendo que ele, terapeuta, não a escutava, e isso o fez sentir-se injusto com ela e impotente para ajudá-la. Mas também percebeu que Paula não o escutava quando lhe dizia que deveriam examinar o assunto a partir dela, e não do namorado, que o que ele, terapeuta, estava sentindo naquele momento era o mesmo que o namorado sentia, talvez irritação e impotência por não ser escutado ou entendido, o que o levava, muito provavelmente, a reagir irritado com Paula. Era isso que o terapeuta já estava quase fazendo. Disse a Paula, então, que a queixa era com o namorado, mas também com ele, terapeuta. E que, nesse sentido, a questão já não era tanto o que havia entre ela e o namorado, mas entre os dois, ali na sessão. Talvez ele, como o namorado, não a estivesse ouvindo, mas Paula também não o ouvia quando lhe dizia que era necessário pensar sobre o funcionamento dela, e não do namorado. Ou seja, o que se passava entre eles, lá fora, estava se passando agora ali, entre ela e o terapeuta.

Paula ficou muda por alguns segundos, mostrando-se surpresa. Depois, disse entender o que estava acontecendo e que não havia como discordar. Achava que às vezes se prendia ao que estava dizendo e não ouvia os outros. Esse era um aspecto que criticava em sua mãe. O terapeuta, então, acrescentou que ela se colocara no papel da mãe e tentava colocá-lo no papel que era dela, diante da mãe. Podia, assim, aliviar-se do sentimento de impotência raivosa, deixando-o com o terapeuta e, lá fora, com o namorado. A partir daí, o exame da situação adquiriu uma nova tonalidade: Paula ainda se referia ao papel do namorado nas brigas, mas agora entendendo isso como algo que complementava o seu papel, ou seja, conseguiu passar a examinar mais a sua responsabilidade e menos a dele. Evidentemente, em alguns momentos, voltava a funcionar de modo projetivo, não só na sessão como lá fora, mas agora se dava conta desse funcionamento, podendo exercer uma crítica sobre ele e aceitando melhor o que o terapeuta lhe dizia.

Algumas considerações são possíveis a partir do que foi mostrado sobre Paula:

- a) a paciente tinha uma forma estereotipada de relacionar-se com seus objetos
- b) tal forma, por ser repetitiva e inflexível, constituía um traço de caráter
- c) esse traço evocava nos objetos determinada reação (ou comportamento)
- d) estabelecia-se, então, um tipo de relação de objeto que repetia uma relação do passado da paciente (a mãe que não a ouvia)
- e) a percepção de tal funcionamento só foi possível pela reação suscitada no terapeuta,

que, ao sentir-se acionado, pensou sobre o que estava sentindo

- f) sua compreensão foi comunicada à paciente, que, por sua vez, pôde pensar sobre o assunto, passando a ter uma crítica sobre tal conduta e podendo evitar sua repetição automática e inconsciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da atenção dirigida para o reconhecimento dos traços caracterológicos deve ser ressaltada desde o primeiro contato com quem busca psicoterapia.

Na avaliação inicial, pode-se observar a forma como o paciente se apresenta ou se comunica, a maneira como estabelece o contrato, as tentativas de sua ruptura e, ainda, as primeiras manifestações transferenciais e contratransferenciais.

São elementos que já podem orientar o terapeuta para um entendimento e um diagnóstico dinâmico do tipo caracterológico de cada paciente.<sup>37, 41</sup>

Levando-se em consideração a motivação como uma das condições básicas para o início da psicoterapia, já se pode observar a importância da presença de alguns traços de caráter, tais como curiosidade, tolerância à frustração, disposição para esperar, entre outros, que são de extremo valor para o estabelecimento de um trabalho dirigido ao *insight*.

Uma vez compreendidos, os traços de caráter devem ser abordados, na psicoterapia, por meio de intervenções relacionadas ao foco, sem perder de vista o fato de que, muitas vezes, o confronto do paciente com aspectos caracterológicos até então egosintônicos pode despertar as mais diversas reações (raiva, frustração, sensação de não estar sendo compreendido, entre outras), que deverão ser manejadas no decorrer do processo.<sup>41</sup>

Machado<sup>41</sup> lembra que a focalização em uma psicoterapia não pode deixar de abordar o caráter, ou seus traços, considerando-os elemento essencial na compreensão; constitui objetivo e instrumento do processo psicoterápico. Mesmo em se tratando de psicoterapia breve, Malan<sup>44</sup> defende que se deve sempre considerar o caráter, argumentando que, até nesse caso, é possível promover alterações duradouras na estrutura caracterológica. Outro aspec-

to a ser considerado quanto ao reconhecimento dos traços caracterológicos para o planejamento de um tratamento psicoterápico é o fato de que, além de demonstrar como a pessoa funciona, ou seu “modo de ser”, eles nos mostram, de forma significativa, os mecanismos defensivos existentes e que, provavelmente, serão acionados no decorrer do processo.

Reich<sup>24</sup> cunhou a expressão *blindagem de caráter* para explicar a formação de uma couraça defensiva em volta do ego, resultado do choque entre as exigências instintivas e o mundo exterior. Um mecanismo de defesa largamente usado pelo ego para proteger-se dos impulsos proibidos é a repressão, e, para que seja mantida, é necessário que haja uma transformação no ego. Para cumprir sua finalidade, as repressões vão se estruturando e se “endurecem”, a fim de adquirir características cronicamente eficazes e automáticas, passando a fazer parte do modo de viver do indivíduo.

Tais compreensões sobre o paciente não podem ser negligenciadas, devendo ser detectadas o mais breve possível em uma psicoterapia, para que o processo tenha condições de evoluir.

A compreensão dos mecanismos defensivos caracterológicos, relacionando com o foco ou com o conflito principal, é de valor inquestionável na tentativa de atingir o objetivo a que se propõe a psicoterapia dirigida ao *insight*.

Os resultados terapêuticos em psicoterapia de orientação analítica, quanto a mudanças dos traços de caráter, não são específicos para estes, embora pacientes *borderline* e narcisistas apresentem uma bibliografia mais significativa quanto a re-

sultados favoráveis.<sup>43</sup> Baudry<sup>8</sup> afirma ter um otimismo cauteloso: não tem dúvidas de que o núcleo básico de organização de uma pessoa permanece inalterado e de que não muda com o tratamento. Exemplifica dizendo que um obsessivo jamais se transformará em um histérico, não importa quanto tempo se trate. No entanto, poderá se tornar menos obsessivo em um tratamento bem-sucedido, adquirindo, podemos acrescentar, maior flexibilidade no uso de defesas não mais tão estereotipadas. Aqui se penetra no campo incerto das avaliações das psicoterapias, com tantas variáveis que se torna impossível isolar apenas um fator e verificar os resultados. De mais objetivo, temos as afirmações de alguns autores quanto à indicação e aos resultados da abordagem dos traços de caráter nas psicoterapias.

Estudos diversos<sup>13,45</sup> sugerem bons resultados (embora não fique bem definido o que sejam bons resultados) quanto a alterações de traços de caráter, mesmo em psicoterapia breve. Wallerstein<sup>46</sup> assinala que, apesar de a psicoterapia de orientação analítica não ser um tratamento do caráter, termina por modificar alguns dos seus traços. Em contrapartida, outros autores lembram que o tratamento de aspectos do caráter é uma indicação formal para psicoterapia de orientação analítica.<sup>13</sup>

Acreditamos que a compreensão e o conhecimento do funcionamento caracterológico do indivíduo é de importância significativa para o bom desenvolvimento de uma psicoterapia de orientação analítica.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Pode-se afirmar que o caráter se refere ao modo como, cronicamente, o ego lida com o id, com o superego e com o mundo externo. Os traços de caráter são formações de compromisso que representam o produto de várias funções egoicas (de síntese, de defesa e de adaptação).
2. Sintomas são egodistônicos, enquanto traços de caráter, até certo ponto, tendem a ser egossintônicos.
3. O termo “caráter” é muitas vezes usado como sinônimo de personalidade, referindo-se, também, a aspectos normais do padrão de funcionamento do indivíduo. O termo “personalidade” é utilizado de forma mais descritiva, enquanto caráter destaca aspectos compreensivos ou psicodinâmicos.
4. Traços de caráter são inferidos da observação da pessoa e servem, ainda, para reconhecer e observar identificações e relações de objeto estabelecidas ao longo da vida. No contexto do tratamento, o traço de caráter pode servir como um sinalizador não só de pontos de resistência como também de mudança (progresso terapêutico).
5. O caráter não é apenas o que o indivíduo mostra em seu comportamento objetivo, ou o que é diretamente observado nele. O caráter também se revela pelo que o indivíduo *faz o outro sentir*, de forma evidente ou sutil.
6. O terapeuta deve ter, além de uma atenção flutuante, também uma *responsividade* flutuante, isto é, uma capacidade de responder, em seus sentimentos (e, às vezes, na própria conduta), ao papel proposto pelo paciente, para dar-se conta do que este está propondo. E isso só será possível pela auto-observação do terapeuta, isto é, de suas respostas, sentimentos e atitudes, em geral depois de ter assumido, pelo menos em alguma medida, o que o paciente lhe impôs.
7. Os traços de caráter são vistos como o resultado de relações objetivas internalizadas que são externalizadas na transferência e percebidas na contratransferência.

## REFERÊNCIAS

1. Moore BE, Fine BD. Termos e conceitos psicanalíticos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
2. Pires AC. Psicoterapia de orientação analítica em paciente com transtorno de caráter: alcance e limitações. *Rev Psiquiatr RS*. 1994;16(3):233-6.
3. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(12):991-9.
4. Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI, Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; c2000. v. 2. cap. 24. p. 1723-64.
5. Fuentes D. Inventário de temperamento e caráter de Cloninger: validação da versão em português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos; 2000. cap. 38. p. 363-9.
6. Chachamovich J. Comentário. *Rev Bras Psicoter*. 2000;2(3):328-34.
7. Zaslavsky J. Manifestações do caráter e dificuldades no processo psicoterápico. *Rev Psiquiatr RS*. 1999;21.
8. Baudry F. Character: a concept in search of an identity. *J Am Psychoanal Assoc*. 1984; 32(3):455-77.
9. Baudry F. Character, character type, and character organization. *J Am Psychoanal Assoc*. 1989;37(3):655-86.
10. Fenichel O. Teoria psicanalítica das neuroses. São Paulo: Atheneu; 1981.
11. Liberman D. Lingüística: interacción comunicativa y proceso psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión; 1970-1972.
12. Bergeret J. La personnalité normale e pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes. Paris: Bordas; 1974.
13. Cordioli AV. Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
14. Santos MJP. Caráter e psicoterapia. *Rev Psiquiatr RS*. 1996;18(3):311-4.
15. Shapiro D. Los estilos neuróticos. Madrid: Alianza; 1968.
16. Faria CG. Caráter. Considerações. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 1995;2(2).
17. Faria CG. Introdução à discussão sobre o caráter. *Arquivos da SPPA*. 1990;2(2).
18. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 7.
19. Freud S. Caráter e erotismo anal. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 9.
20. Freud S. Observações sobre o amor de transferência. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 12.
21. Abraham K. Contribuições à teoria do caráter anal. In: Abraham K. Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e desenvolvimento da libido. Rio de Janeiro: Imago; 1970. p. 174-95.
22. Abraham K. A influência do erotismo oral na formação do caráter. In: Abraham K. Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e desenvolvimento da libido. Rio de Janeiro: Imago; 1970. p. 161-73.
23. Abraham K. A formação do caráter no nível genital do desenvolvimento da libido. In: Abraham K. Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e desenvolvimento da libido. Rio de Janeiro: Imago; 1970. p. 195-205.
24. Reich W. Análisis del carácter. 4. ed. Buenos Aires: Paidós; 1974.
25. Beland H. Alteración del yo debida a procesos defensivos. *Revista de Psicoanálisis*. 1987;44(4):797-820.
26. Freud S. Conferência XXXII: ansiedade e vida instintual. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 22.
27. Freud S. O ego e o id. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 19.
28. Freud S. Luto e melancolia. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 14.
29. Greenberg J, Mitchell S. Relações objetais na teoria psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

30. Barros EMR. O conceito de transferência: uma síntese do ponto de vista kleiniano, In: Slavutsky A. Transferências. São Paulo: Escuta; 1991.
31. Kernberg OF. Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York: J. Aronson; c1976.
32. Sandler J. Character traits and object relationships. *Psychoanal Q.* 1981;50(4):694-708.
33. Sandler J. Countertransference and role-responsiveness. *Int Rev Psychoanal.* 1976;3:43-7.
34. Joseph B. Equilíbrio psíquico e mudança psíquica. Rio de Janeiro: Imago; 1989.
35. Vollmer Filho G. Vicissitudes of identification as observed in character pathology. *Int J Psychoanal.* 1986;67(Pt 2):193-9.
36. O'Shaughnessy E. Enclaves y excursiones. In: Libro anual de psicoanálisis. São Paulo: Escuta; 1993.
37. Renn P. The silent past and the invisible present: memory, trauma, and the representation in psychotherapy. London: Routledge; c2012
38. Clyman RB. The procedural organization of of emotions: a contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. *J Am Psychoanal Assoc.* 1991;39(Suppl):348-82.
39. Cortina M, Liotti G. New approaches to understanding unconscious processes: implicit and explicit memory systems. *International Forum Psychoanalysis.* 2007;16(4):204-12.
40. Fontoura HOP, Zaslavsky J. A importância do caráter na avaliação e planejamento das psicoterapias. *Rev Psiquiatr RS.* 1986;8(2-3):95-8.
41. Machado SP. O caráter e sua importância na avaliação de pacientes em psicoterapia. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
42. Shetatsky SS. O problema do caráter e as psicoterapias. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
43. Heimann P. On counter-transference. *Int J Psychoanal.* 1950;31(1-2):81-4.
44. Malan D. As fronteiras da psicoterapia breve: um exemplo da convergência entre pesquisa e prática médica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
45. Mabilde LC, Keidann CE, Poziomczyk R. Considerações sobre a abordagem das defesas de caráter em um caso de psicoterapia. *Rev Psiquiatr RS.* 1987;9(2):105-7.
46. Wallerstein RS. A cura pela fala: as psicanálises e as psicoterapias. Porto Alegre: Artmed; 1998.

## LEITURAS SUGERIDAS

---

Kauffmann AL, Hofmeister C, Mirandola LA, Santos MJP, Leite MB, Kelbert P. Abordagem dos traços de caráter em psicoterapia de orientação analítica: alcance e limitações. *Rev Psiquiatr RS.* 1996;18(Supl):146-51.

Valério M. O que tratamos em psicoterapia? In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

## ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE ANSIOSO: TRANSTORNO DE PÂNICO E TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Roosevelt M. S. Cassorla

A ansiedade é um afeto normal e com importante função homeostática. Ela alerta o organismo em caso de situações que podem ameaçar a sobrevivência, bem como o estimula a encontrar elementos para sua subsistência. Basicamente, a ansiedade estimula a ação, a luta ou a fuga, quando há ameaças ou frustrações. Em organismos mais evoluídos, ela também participa do acionamento de funções cerebrais superiores, que pensam formas para transformar a realidade de forma produtiva para o indivíduo e para a sociedade.

A diferença entre a condição normal e a patológica é tênue. Em relação ao segundo tipo, com frequência, o organismo manifesta a ansiedade com maior intensidade do que a necessária para a tarefa em questão, ou a situação é tão traumática que a ansiedade não é contida pelo *self*. Quando ultrapassa certo limiar, em vez de auxiliar o organismo, passa a atrapalhá-lo. O estado de alerta é exagerado, o sistema neuro-hormonal se descontrola, e manifestam-se receios, expectativas e preocupações em

grau intenso, juntamente com sintomas de ordem neurovegetativa e agitação psicomotora. Por vezes, verifica-se que não existe qualquer fato real a ser enfrentado, a ameaça sendo imaginária e decorrente do funcionamento inconsciente. Quando a ansiedade aumenta e irrompe de forma abrupta, engolfa o indivíduo, tornando-o aterrorizado e impotente, bloqueando sua capacidade de pensar.

O conhecimento psicanalítico desenvolveu-se, em grande parte, a partir do estudo das vicissitudes da ansiedade, ao constatar-se que conflitos internos, inconscientes, relacionavam-se estreitamente com sua manifestação. Todos os modelos psicanalíticos de ansiedade patológica consideram-na uma revivescência de situações arcaicas, as quais, por motivos variados, são reatualizadas em algum momento ou fase da vida. A situação original teria relação com o desamparo inicial do recém-nascido, que seria repetido ante outras ameaças. As clássicas situações ansiógenas modelares, descritas por Freud,<sup>1</sup> são a perda do objeto, a

perda de amor do objeto, a ameaça de castração e a punição pelo superego.\*

As primeiras ideias psicanalíticas sobre neuroses levaram Freud<sup>2</sup> a situar a neurose de angústia e a neurastenia no grupo das neuroses atuais (*Aktualneurose*). Nelas, a ansiedade seria fruto de uma descarga somática, sem determinação psicológica, decorrente da não satisfação adequada dos impulsos sexuais. Às neuroses atuais se opunham as psiconeuroses, estas resultantes de um conflito psíquico. Entre as psiconeuroses se encontravam o que hoje denominamos histeria, neurose fóbica e neurose obsessivo-compulsiva, mas em algum momento também estavam incluídas as neuroses narcísicas, que, posteriormente, foram consideradas quadros psicóticos.

Freud,<sup>1</sup> em 1926, mudou sua concepção ao considerar a ansiedade não mais como uma descarga de libido, mas como um sinal de perigo. Esse sinal alerta o ego em situações de ameaça por impulsos inconscientes indesejáveis. A ansiedade-sinal ativa a utilização de mecanismos de defesa por parte do ego, com o intuito de refrear esses impulsos e seus derivados. O recalque ou a repressão, nesse momento, é o mecanismo de defesa básico.

Entretanto, nem sempre essas defesas são suficientes, e a ansiedade-sinal pode tornar-se patológica. Diante dela, o ego tentará se defender de outras formas, como, por exemplo, constituindo compromissos entre impulsos e defesas, que se manifestarão como sintomas fóbicos, histéricos, obsessivo-compulsivos. Raramente a ansiedade permanece controlada de todo. Quando as defesas falham, na impossibilidade de evitar o objeto fóbigeno ou de efe-

tuar o ritual obsessivo, a ansiedade liberada ameaça engolfar o *self*.

As classificações internacionais de doenças (CID-10,<sup>3</sup> da OMS; DSM-5,<sup>4</sup> da APA), críticas de teorias, em especial da psicanálise, abandonaram a nomenclatura aqui referida e passaram a descrever os quadros mentais levando em consideração apenas seus sintomas. Nesses compêndios, encontramos o grupo dos chamados transtornos de ansiedade, que foram divididos em cinco categorias: transtorno de pânico (TP), fobias, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno de ansiedade generalizada (TAG). O termo “histeria” foi extinto, sendo essa condição incluída, em parte, nos transtornos somatoformes (p. ex., transtorno conversivo) e nos transtornos dissociativos.

Com frequência, a clínica não mostra essa estruturação, e o psicanalista, então, adjetiva os mecanismos identificados como defesas: fóbicas, histéricas, obsessivas, entre outras, cuja dinâmica descobrirá durante o processo terapêutico, não incluindo o paciente em nenhuma das categorias descritas há pouco.

Ainda que o modelo freudiano constitua a base de nossa compreensão acerca dos transtornos de ansiedade, ocorreram desenvolvimentos de grande valia, como os da escola kleiniana,<sup>5</sup> que enfatiza a identificação do conteúdo da fantasia inconsciente implicada na ansiedade e propõe que ela é produto de um conflito entre pulsões de morte e de vida. A pessoa já nasce com ansiedade de aniquilamento, fruto da pulsão de morte, que ameaça a destruição do *self*, efetuada por ele mesmo. O ego rudimentar se defende dessa ansiedade por meio de defesas arcaicas, como negação, cisão, projeção, identificação projetiva, idealização, e o conjunto de ansiedades, defesas, relações objetais e impulsos é configurado como a

\* Abordagens detalhadas da ansiedade são encontradas em outros capítulos deste livro.

posição esquizoparanoide. A ansiedade é, então, chamada de persecutória e envolve ameaças ao *self*.

Quando o indivíduo se desenvolve a ponto de poder ver-se como separado do objeto, surge um outro tipo de ansiedade, a depressiva, que envolve os cuidados e a preocupação com o outro, visto como objeto total. É essa ansiedade que condiciona os mecanismos de reparação. Quando essa reparação é vivenciada como impossível, há necessidade de ativar defesas contra a ansiedade depressiva. Entre elas, encontram-se o retorno de fantasias persecutórias e as defesas maníacas (negação, triunfo, desprezo), por vezes associadas a reparações maníacas e obsessivas. Em algumas situações, não ocorre dissociação adequada entre pulsões de vida e de morte e seus derivados, com confusão entre objeto bom e mau, redundando em ansiedades confusionais e identificações projetivas massivas como defesa.

No modelo freudiano, a ansiedade e suas defesas decorrem de um conflito libidinal. No referencial kleiniano, as ansiedades e defesas arcaicas decorrem da pulsão de morte, em conflito com a libido. Somente depois que o indivíduo conseguiu lidar de modo apropriado com as configurações da posição depressiva é que as defesas descritas classicamente, como a repressão, tornam-se possíveis.

Bion<sup>6</sup> dá seguimento às ideias de Klein em sua teoria da ansiedade de aniquilamento e cunha a expressão “terror ou pavor sem nome” para ela, fruto da não continência por uma mãe incapaz de desintoxicar os terrores do bebê, que os devolve sem qualquer significação. Postula-se uma função alfa, na mãe, que fará a transformação dessa ansiedade inominável (elementos beta) em elementos propícios para a formação do pensamento (elementos alfa). Essa função alfa deverá ser introjetada pelo

bebê e será a base para o desenvolvimento de sua capacidade de simbolização.

A maior diferença entre o modelo freudiano e os subsequentes é a descrição, por estes, dos mecanismos de defesa arcaicos, próprios de um ego rudimentar, e a consideração da ansiedade como derivada da pulsão de morte. Os mecanismos de defesa utilizados, arcaicos (cisão, idealização, identificação projetiva, negação, entre outros), são chamados psicóticos, e as ansiedades (aniquilamento, persecutória, depressiva, confusional) também recebem o adjetivo psicótico, devido a sua intensidade, à ameaça de desestruturação do *self* e ao fato de serem encontradas, com intensidade, em pacientes fenomenologicamente psicóticos. Para o psicanalista, o funcionamento psicótico implica dificuldade de discriminação *self*-objeto e mundo interno-mundo externo, predominância de fantasias destrutivas, ódio à realidade interna e externa, ataques ao aparelho de percepção e pensamento, falhas na formação de símbolos, cisões patológicas e identificações projetivas massivas, ameaças de aniquilamento e de desintegração e funcionamento esquizoparanoide. Esse funcionamento ocorre na “parte psicótica da personalidade”, que Bion<sup>7</sup> descreveu como fazendo parte de todos os seres humanos.\*

Segundo tal visão, as defesas neuróticas aparecerão posteriormente, no desenvolvimento, à medida que o *self* se estrutura. Essas defesas, mais evoluídas, serão a repressão, a regressão, o deslocamento, a anulação, o isolamento, a formação reativa,

---

\* Não se deve confundir a visão psicanalítica de “funcionamento psicótico” ou de “parte psicótica da personalidade” com a psicose, descrição fenomenológica efetuada pela psiquiatria. Na esquizofrenia e em outros quadros psicóticos, predominará o funcionamento da “parte psicótica da personalidade”, mas esse funcionamento existe em qualquer ser humano e subjaz aos chamados mecanismos não psicóticos ou neuróticos.

a racionalização, entre outras. Seu funcionamento mais ou menos adequado dependerá de como ocorreu o desenvolvimento arcaico. Por exemplo, a repressão se desenvolverá tomando por base as cisões e projeções primitivas; o isolamento, a negação e a anulação tomarão por base as defesas maníacas; as projeções neuróticas e a empatia estarão ligadas à identificação projetiva.

O fato de sabermos que, mesmo em um quadro neurótico, existe subjacente uma estrutura arcaica, um funcionamento dito psicótico, gera uma grande vantagem técnica. Assim, mesmo que estejamos tratando um paciente dito “neurótico”, a análise somente será considerada adequada quando atingirmos o funcionamento psicótico, isto é, as ansiedades e as defesas arcaicas da parte psicótica da personalidade.

Winnicott,<sup>8</sup> ainda que descarte a necessidade de propor uma pulsão de morte, utiliza também a denominação “ansiedade de aniquilação” para aquilo que emerge quando se dá um fracasso do ambiente (mãe) ao se preencher a fantasia de onipotência infantil. Ocorre um rompimento no senso de “continuidade de ser”, obrigando a criação de um falso *self*.

Como se percebe, ainda que nenhuma teoria sobre ansiedade negue a importância de fatores genético-constitucionais, todas elas enfatizam o fator ambiental, basicamente a capacidade da mãe-ambiente de proporcionar ao recém-nato condições para lidar com o desamparo com que vem ao mundo. Será utilizando o auxílio dessa outra pessoa, objeto primário, que o bebê desenvolverá sua mente, seu *self*, e esse desenvolvimento se inicia com a contenção e a transformação desses afetos desesperantes.<sup>6</sup> As várias teorias sobre o desenvolvimento mental e emocional, sobre a capacidade de simbolizar e pensar, partem desse pressuposto e consideram que suas falhas são fatores para os vários tipos de sofrimento mental patológicos. Dé-

ficits ou transtornos nas funções de acolhimento e simbolização podem tanto impedir o desenvolvimento normal como constituir pontos mais vulneráveis. Nestas últimas situações, ocorre desenvolvimento, mas persistem áreas com funcionamento pouco adequado, que podem predominar caso evoluções posteriores sejam perturbadas.

À medida que o processo analítico se desenvolve, tem-se acesso às mais variadas configurações e tipos de ansiedade, que podem coexistir, mesclar-se e, principalmente, modificar-se durante o tratamento. Isso torna evidente que o paciente convivía com vicissitudes dinâmicas e potencialmente mutáveis de seu funcionamento mental, que produziam variados graus de sofrimento, e não com uma “doença”, similar àquelas que atingem o corpo biológico.

Por tradição, quando abordamos o paciente ansioso ou aquele classificável nos transtornos de ansiedade, excluimos os indivíduos em que a ansiedade predominante é do tipo psicótico, que são estudados entre os *borderline* e os psicóticos. Nestes também encontraremos déficits na capacidade de simbolizar.

Estudaremos, neste capítulo, pacientes classificados nas categorias de transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada. Os quadros fóbicos, obsessivo-compulsivos e outros são abordados em capítulos subsequentes.

## TRANSTORNO DE PÂNICO

O conceito de Freud<sup>2</sup> de neurose de angústia apresenta bastante semelhança com o que a psiquiatria tem chamado de transtorno de pânico. Ele descreve os sintomas como irritabilidade aumentada, expectativa ansiosa, ataques de ansiedade e equivalentes somáticos do ataque de ansiedade (taquicardia, distúrbios respiratórios, sudorese,

tremores e calafrios, distúrbios digestivos, parestesias, pavor noturno, tonturas e vertigens). Relata, também, o comportamento de esquiva, como a agorafobia, em que o paciente evita situações que relembram as crises. Freud<sup>2</sup> insiste que o afeto das fobias, consequente a crises de angústia,

[...] não se origina de uma ideia reprimida, mas mostra não ser posteriormente redutível pela análise psicológica, nem equacionável pela psicoterapia.

A neurose de angústia, em conjunto com a neurastenia e a hipocondria, era colocada na categoria das neuroses atuais. A angústia não se ligaria a nenhuma representação mental e decorreria de uma este-se da libido. A falta de fatores psicológicos é similar à postulada pelos psiquiatras no transtorno de pânico.

Os ataques de pânico descritos pela psiquiatria podem ocorrer em variados quadros psiquiátricos (surtos psicóticos, uso e abstinência de substâncias psicoativas, transtornos do humor, fobias, TOC, transtorno de estresse agudo e pós-traumático, entre outros). O psiquiatra diagnosticará “transtorno de pânico sem agorafobia” caso os quadros anteriores sejam descartados. Os ataques ocorrem de forma recorrente e inesperada, seguidos de receio de que se repitam, com medo de consequências terríveis (infarto, loucura, morte), levando a mudanças no comportamento.

Quando também se desenvolve evitação de locais ou de situações de onde não se pode fugir ou que dificultam a busca de auxílio, o diagnóstico será de “transtorno de pânico com agorafobia”<sup>4</sup> (Quadro 29.1). É importante lembrar que, nesse modelo,

### QUADRO 29.1

#### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PÂNICO (DSM-IV)

##### 300.21 Transtorno de pânico com agorafobia

Critérios diagnósticos

A. Tanto (1) como (2):

- (1) Ataques de pânico recorrentes e inesperados.
- (2) Pelo menos um dos ataques foi seguido pelo período mínimo de um mês com uma (ou mais) das seguintes características:
  - (a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais;
  - (b) preocupação acerca das implicações do ataque ou de suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, enlouquecer);
  - (c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques.

B. Presença de agorafobia.

C. Os ataques de pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo).

D. Os ataques de pânico não são mais bem explicados por outro transtorno mental, como fobia social (p. ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), fobia específica (p. ex., quando da exposição a uma situação fóbica específica), transtorno obsessivo-compulsivo (quando da exposição a sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), transtorno de estresse pós-traumático (p. ex., em resposta a estímulos associados a um estressor grave) ou transtorno de ansiedade de separação (p. ex., em resposta a estar afastado do lar ou de entes queridos).

a agorafobia não implica fobia de lugares abertos, mas medo de ter um ataque de pânico e não encontrar rota de fuga ou auxílio.

O TP foi criado como categoria diagnóstica em função de responder a medicamentos como imipramina, indicando um fator neuroquímico importante. Sua compreensão psicodinâmica remete a transtornos de simbolização, isto é, dificuldades na capacidade de transformar experiências emocionais em fatos mentais.

No TP, parecem confirmar-se as teorias freudianas sobre as neuroses atuais, e não se encontram evidências de fatores ou conflitos psicológicos. Os déficits na capacidade de simbolização tornam esses pacientes mais vulneráveis a situações ambientais, e vice-versa. Este deve ser o fator preponderante que explica certas associações encontradas em estudos de casos, tais como traumas infantis, eventos estressantes, antecedentes de ansiedade de separação e comportamentos familiares evitativos e desvalorizantes.<sup>9-11</sup>

Em tais pacientes, então, o modelo do conflito psíquico deve ser substituído pelo do déficit na simbolização. O psicoterapeuta é estimulado a lidar com a constituição e o funcionamento da mente e com a incapacidade de pensar e sonhar experiências emocionais. Os ataques de pânico revelam a presença de descargas e ansiedade livre, fruto de experiências que não puderam ser sonhadas e, portanto, simbolizadas e pensadas.<sup>12,13</sup>

Nessa área de funcionamento primitivo, a ansiedade é referida como desintegração, transbordamento, esfacelamento, dissolução, desmantelamento, colapso, terror sem nome, agonia primitiva, palavras que designam os problemas na formação e na manutenção do *self*. Ainda que lidemos com a mente e suas dificuldades de continência, é possível encontrar partes dela que percebem essa destruição (sem

as quais a vida seria impossível) e buscam algum sentido. A função transformadora do analista (função alfa) permitirá a articulação desses elementos, manifestações de terror sem nome, com representações e símbolos. O profissional se deixa invadir pelas descargas do paciente e busca, dentro de si, imagens e ideias que deem sentido àquilo que não faz sentido para o paciente. Esse significado, produto da mente do analista, resulta do contato intuitivo prolongado com o sofrimento do paciente.<sup>13,14</sup>

## Entrevistas iniciais

O paciente com diagnóstico de TP chega ao psicoterapeuta\* mostrando-se preocupado e perplexo com o que está ocorrendo consigo. É possível que alguma crise já o tenha levado a um pronto-socorro. Ali pode ter sido alvo de desprezo por parte da equipe assistencial, pode ter sido rotulado de “histerico” e recebido conselhos de bom senso para combater um suposto estresse, como “trabalhar menos” e “ficar mais calmo”.

Em seguida, passou por médicos especialistas e foi submetido a baterias de exames subsidiários, nada sendo encontrado. Possivelmente, ouviu de alguém que “não tem nada”. Se, nesses exames, encontrou-se alguma alteração, recebeu tratamentos variados, sem que o sofrimento emocional fosse alterado. Os achados laboratoriais mais comuns, que confundem o profissional médico, referem-se a foco temporal, arritmia cardíaca, por vezes associada a prolapso de válvula mitral, alteração nos testes de equilíbrio e hipoglicemias funcionais.

O paciente, em geral, vem medicado por clínico ou psiquiatra, o que resulta em

\* Neste capítulo, não se diferencia *psicoterapia psicanalítica* de *psicanálise*, tema de outros capítulos deste livro. *Psicoterapeuta* e *psicanalista* serão termos usados com o mesmo significado.

abolição ou diminuição das crises, mas o medo de que elas ocorram persiste. Pode já ter tentado outras terapias psicológicas, tratamentos alternativos e buscas místicas, mas não ficou satisfeito com os resultados.

A descrição das crises é difícil, e o paciente não encontra palavras apropriadas para nomear a sensação. Termos como “perder a cabeça”, “descontrolar-se”, “enlouquecer”, “morrer” são pobres para a descrição. O paciente percebe, durante a crise, que algo terrível está acontecendo, que se está totalmente à mercê desse “algo” e que nada pode ser feito. Se tiver maior sensibilidade corporal, efetuará a descrição dos sintomas somáticos: falta de ar, taquicardia, dor no peito, sudorese, sufocamento, tonturas, zumbidos, tremores, acompanhados de despersonalização e desrealização. Com a divulgação do termo “pânico”, alguns pacientes o estão usando, e, apesar de a palavra não ser suficiente para descrever todos os sentimentos envolvidos, ela se generalizou antes que se encontrassem outras mais adequadas. As crises atingem seu auge em 5 a 10 minutos, e, em seguida, os sintomas diminuem, mas o paciente permanece aterrorizado com a possibilidade de que se repitam. Crises de tonturas, zumbidos e cefaleias podem constituir-se em equivalentes dos ataques de pânico e envolvem desesperantes buscas de diagnósticos somáticos.

Como consequência dos ataques, os pacientes passam a apresentar uma ansiedade basal exagerada, uma expectativa de que uma nova crise possa ocorrer, redundando em uma auto-observação intensa e desgastante. Ao mesmo tempo, muitos se afastam de situações em que supõem que não poderão ser socorridos ou de onde é difícil escapar. Por isso, apresentam esquiva a multidões, lugares fechados ou muito amplos, pontes, túneis, estradas, barcos, aviões. Muitas vezes, o comportamento

de esquiva se apresenta em situações nas quais ocorreu alguma crise, geralmente a primeira, o que leva à evitação da situação ou do local. O paciente pode ter que mudar seu percurso habitual, evitar determinadas atividades, meios de transporte, causando problemas nas áreas social e profissional. Evitará também exercícios físicos e álcool, que parecem diminuir seu limiar de ansiedade. Comumente, sente-se protegido por um acompanhante, ainda que saiba que, em caso de crise, este nada poderá fazer. Em situações extremas, o paciente se sente ameaçado em qualquer situação e permanece refugiado em sua casa.

Por tudo isso, o paciente se apresenta com baixa autoestima, desmoralizado, desvalorizado e com sintomas depressivos. Como será visto adiante, muitas vezes, essas características já faziam parte do modo de ser do paciente, mas tornam-se mais acentuadas e não podem ser mascaradas.

Nas entrevistas, ainda que o paciente esteja muito assustado e solicitando ajuda, sente-se desconfortável diante do psicoterapeuta, porque não consegue aceitar que suas crises tenham componente emocional. Com frequência, são pessoas com difícil acesso a seu mundo interno, que utilizam em boa medida mecanismos como racionalizações e intelectualizações e que terão dificuldades em compreender abordagens psicodinâmicas. Entretanto, seu desespero é tamanho que tendem a aceitar qualquer coisa que lhes seja oferecida, mas essa aceitação não é totalmente genuína. Ainda que o sofrimento seja o responsável pelo início do processo psicoterápico, este somente será mantido se o terapeuta, mediante seu trabalho, tornar convincente sua capacidade.

Ao mesmo tempo que o analista confirma o diagnóstico fenomenológico, ele realiza a avaliação psicodinâmica. Qualquer que seja sua abordagem teórica, cos-

tuma observar o grau de acessibilidade do paciente ao conhecimento de seu mundo mental e de seus próprios derivados contratransferenciais. Com isso, também avalia sua capacidade e desejo de efetuar uma viagem analítica com o paciente. Tanto o desejo positivo como o negativo deverão, em um segundo momento, ser cuidadosamente observados. O profissional deve tentar diferenciar fantasias próprias de algo que o paciente lhe introduz, por meio de identificações projetivas ou outro tipo de comunicação inconsciente.

Em certas ocasiões, o paciente apresentará pensamento concreto, com dissociação corpo-mente, similar ao que ocorre nas doenças psicossomáticas. Estas, não raro, precedem ou acompanham o quadro. Existem, no entanto, outros pacientes que nos procuram para análise, que vêm com vontade de colaborar e parecem acreditar no tratamento. Suas crises cessaram ou diminuíram graças à medicação, mas não se sentem satisfeitos. Alguns continuam com crises. Outros se queixam dos efeitos colaterais da medicação ou não conseguem utilizá-la. Todavia, mesmo aqueles que se adaptaram bem aos remédios afirmam que se sentem constrangidos em suas emoções, como se não pudessem dispor delas, vivendo em uma espécie de “camisa de força” emocional. Todos se queixam de terem perdido algo, como a espontaneidade, a esperança, e a vida lhes parece muito superficial. Sentem-se sem entusiasmo. A sensação de vazio costuma ser a maior queixa, e parece que, após o início das crises, sua vida passou a parecer-lhes sem graça, e agora questionam seu trabalho, suas relações, sua forma de viver.

Nesses casos, a procura por análise tem menos relação com as crises e mais com uma busca de compreensão desse vazio. Os ataques de pânico constituem um marco vital que os leva ao tratamento, vi-

vido como a oportunidade de reavaliar sua vida, o que nunca fora sequer pensado. Não poucos pacientes, no fim do processo analítico, “agradecem” os ataques pelas radicais mudanças de vida obtidas.

## Indicações

O tratamento deve atingir, também, aspectos biológicos (medicação) e psicossociais. De preferência, deve envolver outros membros da equipe de saúde mental, no intuito de evitar gratificações substitutivas, que interferem na análise. Ao mesmo tempo, o psicoterapeuta trabalhará fatores psicodinâmicos envolvidos nesses outros tratamentos.

Como será evidenciado, esses pacientes podem necessitar de objetos sensuais contínuos. Dessa forma, o olhar pode ser importante, impondo uma terapia face a face; o telefone poderá ser utilizado em situações de desespero; e o analista deverá estar disponível para eventuais contatos extrassessão, principalmente no início do processo.

O profissional deverá deixar-se invadir pelas projeções do paciente, tentando processá-las e transformá-las em sonho-pensamento. Para isso, terá que tolerar a não compreensão e tomar consciência dos próprios sentimentos e de sua mudança de momento a momento. Grande parte da análise é empregada na tarefa de auxiliar o paciente a aprender estratégias como contenção, autocontrole e reflexão.<sup>15</sup> Esse aprendizado é efetuado por meio da identificação que o paciente faz com o analista, com sua capacidade de lidar com a desconhecida sensação de desesperar-se. Essa identificação é mais importante do que eventuais conselhos ou gratificações.

Os pacientes com transtorno de pânico se apresentam de forma não muito diferente de outros pacientes com déficit

de simbolização, demandando que o profissional dê significado às suas experiências emocionais.

## O vínculo analítico

Logo que se inicia o processo psicoterápico, percebe-se que o paciente tende a colar-se, “grudar-se”, ao analista. Parece que seu desespero e fragilidade estimulam que o vínculo se torne muito intenso, e o paciente se coloca em uma situação de dependência em relação ao terapeuta. Este é sentido com uma figura forte, idealizada, que o protegerá. Tal configuração vincular parece, em um primeiro momento, decorrer do terror manifestado pelas crises, mas logo se verificará que o fato tem raízes mais profundas.

No entanto, outras vezes, o paciente se defende dessa necessidade de dependência, tomando uma distância protetora, em geral bastante grande. Porém, com certa rapidez, se o processo analítico é vigoroso, essas defesas são compreendidas, e tende a preponderar a necessidade de um objeto-analista ideal, mesmo que se resista a ele.

Essa ambiguidade em relação ao analista, mais ou menos clara, leva-nos a perceber fatos relacionados à formação da identidade do paciente. A pessoa que nos é apresentada, no processo analítico, tende, com algumas exceções, a desdobrar-se em dois aspectos:

1. Alguém que parece ter aproveitado bem seus recursos pessoais, tendo conseguido razoável sucesso e reconhecimento, social e profissional, e às vezes também afetivo. A impressão inicial é que existe uma coesão criativa do *self*. Mesmo pessoas de baixo estrato social se orgulham de sua competência e respeito pessoal.
2. Ao mesmo tempo, encontramos uma pessoa insegura, frágil, muito preocu-

pada com a avaliação dos outros e que vem utilizando mecanismos adaptativos em relação a expectativas, reais ou fantasiadas.

Esses dois aspectos logo se manifestam na situação transferencial. O paciente nos mostra seus recursos e qualidades, tanto fora com dentro do tratamento. Será colaborador e pode tornar-se um paciente interessante. Logo se nota que ele está tentando agradar o analista, desejando ser aprovado e amado. Por vezes, o trabalho analítico parece uma “valsa”: o paciente concorda com tudo o que o analista diz, contribui com novos fatos e lembranças, e o processo parece agradável para ambos.\* Teorias edípicas são facilmente aplicáveis ao material, e, se o terapeuta não se cuidar, estratos mais primitivos ficarão de fora.

É evidente que o problema dos ataques de pânico continua presente, e o paciente também demonstra sua frustração com a análise e ataca o terapeuta, quando eles ameaçam ou se manifestam. Todavia, chama a atenção o esforço do paciente em tornar-se valioso para o terapeuta, mais do que em compreender sua ansiedade.

Em algum momento, o analista percebe que está sendo recrutado a deixar de lado a investigação aprofundada do sofrimento emocional, vendo-se compelido a suprir as necessidades do paciente de “colar-se”, indiscriminar-se, na relação. O analista passa a supor que esse mimetismo (que lembra o filme *Zelig*, de Woody Allen) ocorre também com os objetos externos. Aos poucos, percebe-se que parte do sucesso e da realização pessoal do pa-

\* Os fenômenos envolvem imitação<sup>16</sup> e podem ser nomeados como identificação adesiva, segunda pele, superficialidade,<sup>17,18</sup> falso *self*.<sup>19</sup> Alguns pacientes se dedicam a atividades físicas ou similares para sentirem sua “pele”.<sup>20</sup>

ciente teria sido consequência de sua capacidade de adaptação.

Quando o analista mostra esses mecanismos ao paciente, ele fica muito assustado, por perceber que sua força encobria uma fragilidade que não conhecia. Em sua fantasia, se não puder mais utilizar as defesas que pareciam torná-lo invulnerável, ficará perdido, sem recursos, com risco de morte ou algo similar, em um reflexo do que ocorre durante suas crises.

De fato, nem todos os pacientes se apresentam da forma descrita inicialmente. Alguns colocam suas descargas em atos, e outros apresentam negações e defesas maníacas ou obsessivas que os protegem de envolver-se com o processo analítico.

Quando, graças ao processo terapêutico, o paciente percebe que o analista tem vida própria e não está “colado” com o paciente, este se sente frustrado, e aparecem o ódio e a inveja. Esses afetos decorrem da constatação de que depende de outros para viver. As configurações antigas, dependência, fusão (simbiose) e seu oposto, autossuficiência (retraimento), não são mais possíveis. Grande parte do processo terapêutico acabará tornando-se uma forma de facilitar que o paciente entre em contato com esses aspectos primitivos, sem que isso faça sentir-se aniquilado, do mesmo modo que o analista tampouco o será. Para isso, o analista deverá procurar não se identificar com aspectos destrutivos (superego patológico) do paciente.

Uma vez que o paciente se assusta com a possibilidade de perda de seus recursos emocionais defensivos, que utilizou durante toda a sua vida, ele tentará refazê-los ou recorrerá a outros. Nesse momento, irá se lembrar de situações antigas, em que “perdeu a cabeça”, tidas como ataques de ódio e destrutividade, reais ou fantasiados. A tentativa de “grudar-se”

de novo ao analista é recorrente. As defesas retornam, e o processo analítico se faz em uma dialética entre esses mecanismos de fusão sufocante e afastamento apavorante.

Um elemento privilegiado do *setting*, que facilita a manifestação desses aspectos, refere-se ao vínculo protetor e às separações, reais ou imaginárias. Diante delas, a ansiedade se manifesta rapidamente, pura, sutil ou mascarada. Por vezes, o paciente chega à sessão muito tempo antes de seu início, sentindo-se “protegido” pela proximidade com o terapeuta; pode andar horas por ruas próximas ao consultório (imaginando que, se se sentir mal, o terapeuta está acessível); ou precisa localizá-lo por telefone, acalmando-se apenas em ouvi-lo ou em saber onde está.

Quando o analista consegue captar essa ansiedade desencadeada pela separação (e as defesas contra ela) e possibilita que o paciente perceba as fantasias inconscientes subjacentes, o processo analítico se torna bastante potente. O paciente não está mais tão assustado com os ataques, que não conseguia vincular a nenhuma ideia mais clara. Agora ele já pode perceber ligações entre sintomas de ansiedade, mesmo que sutis, e fatos e ideias. Estas se manifestam, com clareza, em sonhos e outras formações do inconsciente, mas, principalmente, na relação transferencial, mesmo que em forma mascarada, a ser decifrada.

Até então, predominavam, na análise, descargas de elementos não apropriados para o pensamento (sintomas, detalhamento de crises, queixas, fusão e indiscriminação com o analista, entre outros). Essas descargas funcionavam como meio de expelir os terrores do paciente, ao mesmo tempo que serviam de teste na verificação das condições do terapeuta de não se deixar contaminar por elas. A comunicação por

pensamentos fica mais viável depois que o terapeuta demonstra que pode conter aqueles elementos, sem ficar destruído, enquanto sua mente se constitui em uma prótese provisória para ajudar a pensar. Essa “prótese”, ou função de pensar, é introjetada pelo paciente, pouco a pouco. Tudo isso costuma levar um tempo razoável.

Em algum momento, pela percepção de seu funcionamento mental, manifestado no vínculo com o terapeuta, o paciente se apavora e ameaça deixar o tratamento. Nessas ocasiões, reativam-se mecanismos antigos. O paciente afirma que a psicoterapia o tem ajudado muito, mas agora não tem mais tempo, não tem dinheiro, ou vai tentar algum tratamento alternativo, mas logo voltará... Esses episódios costumam ser bastante favoráveis para um aprofundamento do processo. O terapeuta pode mostrar com clareza um dos maiores problemas do paciente: sua destrutividade, que pode ser sentida como onipotente. Essa destrutividade é consequência tanto da externalização do terror de aniquilamento como do pavor de sentir-se sufocado dentro do objeto.

## O MODELO DO NASCIMENTO PSICOLÓGICO DISTÓCICO

Durante o processo analítico, quando o terapeuta constata a ansiedade de separação e as defesas contra ela, podem vir-lhe à mente alguns modelos. Um deles é o do nascimento. Parece que o paciente se comporta como um bebezinho aterrorizado, certo de que não foi bem-vindo e de que será abandonado a qualquer momento, perecendo.

A sensação é a de que o bebezinho-paciente se gruda ao corpo da mãe-analista,

ao qual se agarra com todas as forças. Uma das táticas para não perdê-la é transformar-se em um bebê bonzinho, que agrada, que não incomoda. O que o analista, evidentemente, capta é a intensidade do terror e, em seguida, do ódio e de tudo aquilo que poderia incitá-lo. Esse modelo logo se impõe. Quando a capacidade de simbolização aumenta, o paciente passa a trazer material por meio de associações livres e de sonhos, que se referem a vicissitudes ligadas aos processos de desprendimento. Os terrores e as defesas contra estes vão aparecendo também na relação transferencial.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

Stela, em férias, telefona de Natal, várias vezes, sempre à noite, quando o analista já está na cama. “Estou mal, estou desesperada, tive uma crise, eu sei que você está longe, mas preciso ouvir sua voz. Já tomei dois calmantes. Tomo mais um? O que você acha?” E, antes que ouvisse a resposta: “Me desculpe, acho que vou tomar. Vou tentar não te telefonar mais”. Em seguida, relata que teve uma crise terrível, quando andava nas dunas, e tem medo de que ela se repita.

O analista vivencia contratransferencialmente a angústia que vem pelo fio “cordão umbilical” do telefone – e sente que essa menina bebê não pode sofrer cortes bruscos, que seu “parto”, seu desprendimento, tem que ser lento, senão ocorrerá desastre. Stela-bebê desesperado pede desculpas e enfia-se na cama, entre os membros do casal parental – analista e esposa. Atendida, pode dormir mais tranquila. O casal sente que tem de se cuidar para aceitar e conter o terceiro sem interrupção, permitindo que se constitua como indivíduo.<sup>20</sup>

Como já referido, no início do processo, o analista se sente estimulado a interpretar, mostrando vicissitudes de triângulos edípicos. O paciente se sente aliviado ao ouvi-las e concorda. O analista também se sente satisfeito, e, por algum tempo, a análise transcorre visualizando-se situações triangulares, de exclusão, amor e ódio.

Entretanto, logo o analista constata que os aspectos vistos, ainda que corretos, estão encobrendo algo mais primitivo, que corresponde ao modelo de desprendimento da dupla mãe-bebê. É nesse momento que se tornam manifestas fantasias destrutivas, violentas e violentadoras. Esses estados de espírito (“objetos”) são terríveis e nos fazem pensar em um objeto interno (que chamaremos, em nosso modelo, de “mãe”) caracterizado como sádico, a que se deve obedecer, por exemplo, sendo “bonzinho”; do contrário, corre-se o risco de morrer.

O modelo se amplia para o de um nascimento psicológico precoce, distóxico, mal conduzido (vivenciado e não concreto), com introjeção de uma “mãe” que foi sentida como incapaz de metabolizar os terrores arcaicos do bebê. Agora, isso se manifesta na relação transferencial, e o analista terá que substituir esse objeto mau, terrível, dando sentido às vivências inomináveis do paciente.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2

“Chegamos na hora do almoço e depois fui dormir um pouquinho. Sonhei que estava no 10º andar, eu e não sei quem mais, a gente ia comer um peixe, era um lagarto. Aí o lagarto, engraçado, falo lagarto, mas era peixe, cai do 10º andar, na calçada. Aí nós estamos na calçada vendo ele cair, que estranho isso. Aí o lagarto bate com a barriga no chão e ela se abre, e depois vão aparecendo a cabeça e as patinhas, e ele

sai bravo, agressivo, atacando todo mundo. Todos fogem dele. Aí eu acordei e me senti mal, triste. Veio uma tristeza imensa, uma solidão, estava sozinha e comecei a chorar. Isso é horrível, é a pior coisa, e eu não sei quando vem, quando vai. Aí liguei para minha mãe, chorando.”

Durante as associações ao sonho, o paciente diz: “Nós jogamos o lagarto, era um pedaço de carne... Não, ele caiu. Não sei”.

No contexto da sessão, foi possível verificar que a imagem correspondia a uma espécie de nascimento traumático, em que o analista era sentido como uma “calçada dura”, e o lagarto-peixe representava aspectos arcaicos (talvez repetindo a filogênese) que denunciavam violência e ódio imensos, ante uma “mãe-analista” não continente. Parte do sonho foi conectada ao fato de a paciente ter-se sentido “apressada” a “nascer”, a entrar em contato consigo mesma, devido à solicitação do analista de aumentar o número de sessões, o que foi sentido por ela como impositivo. O analista havia feito a proposta, vigorosamente, em decorrência da percepção de suas dificuldades em metabolizar a quantidade e a qualidade dos elementos colocados em cena.<sup>20</sup>

## Catástrofe: a perda no espaço infinito

Como evidenciado, o paciente costuma apresentar-se, em sua vida corrente, de uma forma normal, ou até “bem demais”, com exceções. Os ataques de pânico constituíam o único ou principal problema. Se eles não atrapalhassem muito ou fossem controlados de alguma maneira, o paciente, aparentemente, continuaria sua vida produtiva e atarefada.

O fato de ter sido dominado pelas crises foi sentido pelo paciente como uma

ferida narcísica terrível, já que, até então, ele vivia em uma fantasia de ter controle sobre tudo. Fazer análise mexeu com essa onipotência. Fundindo-se ao analista, continuou, ainda que de forma provisória, todo-poderoso. Porém, à medida que a análise se desenvolve, o paciente passa a ter novos problemas. Agora terá que lidar com sua fragilidade, com seu ódio, com sua destrutividade, com o abalo de suas defesas narcísicas. Será obrigado a reconhecer a necessidade de objetos que não se submetem a ele. A análise passa a ser responsabilizada pelo surgimento desses novos problemas; disso decorrem conflitos com o analista, vontade de deixá-lo e tentativas de torná-lo impotente.

Como referido, a ansiedade é vivenciada, em grau limitado, nas situações reais ou fantasiadas de separação ou abandono por parte do analista, o que inclui a fantasia ou realidade de não ser compreendido. Os ataques de pânico são descritos de uma forma que lembra o que ocorre nessas situações, mas elas são muito mais intensas, e parece não existir vinculação com qualquer ideia ou fantasia. O modelo do astronauta me foi fornecido por um paciente. O paciente-astronauta sai da nave e fica preso a ela por um cordão. Este se rompe, e o astronauta é jogado no espaço sideral, infinito, sem referencial espacial e temporal, sem qualquer possibilidade de socorro, rumo a uma morte (ou algo similar) solitária e aterrorizante. No modelo que estou utilizando, parece que é isso que ocorre com um bebezinho, quando do seu nascimento psicológico, em que não encontra um continente protetor para suas ansiedades de morte.

Fica mais claro, nesse momento, que os pacientes se “grudam” ao analista para evitar a sensação terrível de “perder-se no espaço”. Os termos já citados, aniquilamento, liquefação, esparramar-se, frag-

mentar-se, desintegrar-se, dismantelar-se, são pobres para descrever o que se sente quando as defesas falham e nos remetem a situações de ansiedade arcaicas. Diante delas, é necessário ativar defesas.

Uma defesa primitiva envolve a busca de um objeto sensual que sirva à sensação de ponto de apoio para contenção dessa desagregação. Durante a crise, ou quando ela ameaça, o paciente-“bebezinho” fixa o olhar, a audição ou a pele a um objeto. Pode ser a voz do analista na sessão ou ao telefone, seu olhar, a superfície do divã ou da cadeira, as paredes da sala de espera. Pode ser o som do rádio, ou a placa do carro da frente, se está em uma estrada. Ou uma casa, uma pessoa, se está em um lugar deserto.\*

Investigando, percebemos fantasias sobre contenção física: o paciente, antes ou durante a crise, comprime-se entre superfícies, solicita ser abraçado, amarrado, contido, como se o *self* pudesse derramar-se, desintegrar-se, liquefazer-se.

É nesses momentos, de terrores primitivos, que as capacidades de contenção e continência do analista são postas à prova. Como a capacidade de simbolizar está deteriorada, o que mais importa para que o paciente não desabe é sua percepção da receptividade emocional interessada e continente por parte do terapeuta, bem como sua capacidade de manter-se vivo e criativo, como objeto que suportará os terrores e os desintoxicará. E isso nem sempre é fácil, porque o terror, indizível, pode ser superior a qualquer continente. Ao mesmo tempo, o analista efetuará intervenções que serão captadas pela parte da mente que não está desabando. Será por meio dela (parte não psicótica) que se atingirá o funcionamento primitivo.

\* Aqui, estamos no terreno da unidimensionalidade,<sup>18</sup> buscando-se objetos sensuais como manobra autística.<sup>21</sup>

Às vezes, o paciente escolhe um objeto que serve como instrumento sensual de contenção. Pode ser uma medalha, um talismã, uma oração, um amuleto. Pode ser associado ou substituído pela cápsula da medicação. Sua presença impede a crise, e a consciência de sua ausência a desencadeia.\* O mesmo ocorre com a presença de outras pessoas, acompanhantes. Talvez por isso os ataques são menos comuns ou intensos durante o processo analítico. Um ponto importante a ser salientado é que esses pacientes se sentem humilhados se a crise ameaça acontecer perto de outras pessoas, ainda mais se forem estranhas. Isso os diferencia daqueles com traços histéricos.

As considerações ora expostas nos levam a descrever como os pacientes constituíram as imagens dos pais. A mãe é sentida como uma pessoa assustada, que impede as tentativas de desprendimento dos filhos, inculcando-lhes insegurança e, principalmente, culpa. Ela é internalizada como um objeto, ao mesmo tempo frágil e sádico, carente e terrorífico. A tentativa de desprendimento dessa mãe interna é sentida como que a violentando. Nesse momento, surge o aspecto violentador do objeto.

Dessa forma, em qualquer tentativa de desprendimento (real ou em fantasia), o paciente sentirá culpa insuportável e/ou terror de punição terrível. Nas ameaças de separação, abandono ou não compreensão por parte do analista, situações que permeiam todo processo terapêutico, o paciente ataca com ódio destrutivo ou se defende dele aplacando o terapeuta. Esse ódio e o medo de retaliação por parte do terapeuta (a quem se atribui o papel de “mãe” mortífera e carente) manifestam-se de uma maneira que permite um aprofundamento

do processo analítico; as ansiedades ligam-se a representações, e desenvolve-se o processo de simbolização. Com o *self* mais coeso, agora podem ser abordadas as fantasias ligadas a situações mais evoluídas, ainda que isso não seja fácil, porque o paciente pode defender-se com uma carapaça obsrutiva, que terá que ser desfeita com muita paciência.

Pensando o modelo proposto, pode parecer curioso que o mesmo objeto que não deu continência aos terrores do bebê, impedindo um nascimento psicológico adequado, seja aquele que inviabiliza o desprendimento. No entanto, isso não é difícil de compreender, se observamos, durante o trabalho analítico, que esse objeto foi introjetado como carente e mau. O desejo de livrar-se dele é imenso, mas levará a terrores mais intensos ainda: é melhor ter um objeto, ainda que mau, que pode ser cuidado e seduzido se formos “bonzinhos”, do que não ter nenhum e morrer no espaço sideral. Observaremos esse jogo dialético na relação transferencial – o analisando “bonzinho” tornando-se possuído pelo ódio e pela inveja do analista, mas aterrorizado por destruí-lo e sentir-se também destruído.

Observa-se que os pacientes, em geral na juventude, procuram abandonar o objeto externo, tentando viver a própria vida e, para isso, muitas vezes, mudam-se de casa ou de cidade. Raramente isso é consciente. Mas o objeto interno, sádico e culpógeno, continua ativo, internamente. Esse fato ajuda a compreender o desencadeamento dos ataques de pânico a partir de separações, mudanças e mortes. É mais fácil supor que o desamparo que leva ao ataque se deva à perda do objeto concreto, mas a investigação psicanalítica sugere a hipótese aqui exposta: abandono e retaliação em relação ao objeto interno, que poderemos chamar de “objeto sabotador-filicida”.

\* Gaddini<sup>22</sup> descreve o objeto fetiche, derivado do objeto autista, com essas funções de tamponamento.

## Hipóteses teóricas

Caso a descrição proposta esteja correta, deveríamos perguntar-nos por que o prazer e a satisfação funcionariam como gatilhos para o ataque de pânico. Aqui, novamente utilizando modelos, lança-se a hipótese de que o paciente está descobrindo e usando recursos próprios, produto de Eros, em parte não psicótica da personalidade. Porém, essa utilização leva a ter que abandonar, “trair”, esse objeto-mãe culpógeno e terrorista, internalizado. Nesse momento, esse objeto, representante de Tãatos, aciona a ameaça de aniquilamento do *self*, causando pânico.

A questão que fica é: por que esse objeto tanático permitiu que Eros se manifestasse antes, por vezes com intensidade? Somos obrigados a supor que esse objeto permanece como que encistado, liberando a mente para usar as pulsões de vida. Já verificamos que, mascarados pelos aspectos de vida, existem também outros, tanáticos, tais como masoquismo, destrutividade, terrores de desintegração, que, em geral, ficam mais ou menos controlados, pois o “cisto” não é totalmente impermeável.

Quando as pulsões de vida se manifestam de forma intensa, o “cisto” se rompe, como que invejando o restante do *self*, e o invade com derivados da pulsão de morte. A sensação é de terror indizível, o mesmo terror de desprendimento no espaço sideral. A analogia seria com o “astronauta-mãe” cortando o cordão que prende o “astronauta-filho” à nave sideral, por despeito e inveja do prazer que este sente ao explorar o cosmos. Dessa forma, o cisto seria o próprio objeto sabotador-filicida, quiescente. Tal modelo ajuda a compreender por que, muitas vezes, o primeiro ataque de pânico ocorre em sequência a situações em que o paciente está usufruindo de seus recursos.<sup>14</sup>

O referido modelo não nos afasta da possibilidade, mais compreensível do ponto de vista teórico, de que aspectos indiscriminados do *self*, caóticos, turbulentos, destrutivos e dolorosos,<sup>23</sup> antes rigidamente encapsulados, tenham sido liberados. Esses aspectos primitivos de mente, que se supõem existirem no nascimento ou até antes, na época pré-natal, persistem quase inativos, mas emergem de forma catastrófica em situações como essa. A junção dos dois modelos pode ser efetuada propondo-se que o suposto objeto, internalizado como sabotador-filicida, não permitiu a contenção desses aspectos primitivos, em uma fase muito precoce da vida, e isso retorna agora.

O termo “sabotador-filicida” serve para alertar o psicanalista sobre a necessidade de não se deixar dominar por esses aspectos mortíferos e sobre o risco de ele ser recrutado a atuar os componentes filicidas e sabotadores, estimuladores de inveja, com seu analisando. O termo “cisto” indica a dureza e a inflexibilidade das defesas, o que será percebido na situação transferencial.

Tustin<sup>21,24,25</sup> usa a expressão “catástrofe psicológica” como o resultado de um nascimento psicológico prematuro ou mal conduzido. Para ela, ocorre uma calamidade que interrompe um nascimento psicológico normal e distorce o desenvolvimento. A realização, pela criança, de que a parte de sua mãe que ela dava como certo ser parte de seu próprio corpo não o é determina o trauma por excelência. Somente a relação com um objeto mãe-ambiente continente capaz de ser introjetado de maneira adequada permitirá ao *self* se constituir de forma suficientemente coesa.

O nascimento psicológico precoce ou mal conduzido, denominado “distóxico”, e a compreensão de mecanismos de funcionamento mais primitivo, tais como ansiedades de transbordamento, dissolução,

defesas sensuais, mecanismos autísticos, identificações primitivas, objetos intermediários, foram estudados por Tustin e outros autores. Bick,<sup>17</sup> Meltzer<sup>18,26,27</sup> e Anzieu<sup>28</sup> nos mostram a importância de um envoltório-pele para conter o *self*, ameaçado por essas ansiedades. Meltzer<sup>18,27</sup> foi dos primeiros que descreveu defesas autísticas e a regressão a estados bidimensionais (identificação adesiva) e unidimensionais. Winnicott<sup>29</sup> lembra que a ameaça de aniquilamento que o paciente vivencia agora, na verdade, ocorreu no passado distante, durante uma falha ambiental, com as agônias primitivas sendo retomadas.

As defesas autísticas constituem mecanismos utilizados para preencher o oco (“espaço sideral”) entre mãe e bebê, fruto do desgarramento precoce. São defesas sensoriais, efetuadas às custas do próprio *self* e que substituem a relação com o objeto. Tustin<sup>24</sup> descreveu em detalhes os objetos e as formas autistas, e Gaddini<sup>22</sup> abordou o objeto fetiche. São esses elementos que tamponam o buraco. Assim, combate-se o sofrimento do desprendimento catastrófico, mas se impede a relação com a mãe, a relação recíproca, pelo menos na área comprometida. Os objetos autísticos quase nada têm de mental e não permitem novos desenvolvimentos rumo à simbolização. Paralisa-se o desenvolvimento psicológico. Outras áreas podem desenvolver-se, inclusive tamponando a área que se deteve, de tal modo que ela não se revele. A retirada dessa defesa provoca o pânico, o terror sem nome.

Ogden,<sup>30</sup> de modo criativo, efetuou uma convergência de parte dos fenômenos abordados aqui, descrevendo a “posição autista-contígua”. Trata-se de uma forma de gerar significado que funciona dialeticamente com os modos esquizoparanoide e depressivo, conforme descritos pela escola kleiniana. Muitos outros autores têm ca-

minhado por estradas parecidas, e a citação de todos eles, mesmo incompleta, iria além dos objetivos deste capítulo.\*

As considerações ora efetuadas não se opõem à descrição que consideramos a mais aprofundada sobre o complexo fobia-pânico, efetuada por Trinca,<sup>31,32</sup> que estuda minuciosamente a personalidade fóbica, percebendo a fobia e o pânico como um *continuum* de manifestações da insuficiência de um continente primário, de um centro de sustentação do *self*, com angústias de dissipação, em que o ser interior desaba e é engolfado pelo nada, rumo à não existência. No pânico, o indivíduo observa, inerte, seu autodesfazimento.

Antes de concluir, o leitor poderia perguntar-se por que esses pacientes não se tornaram autistas, psicóticos ou *borderline* manifestos. O processo analítico com pacientes assim descritos tem bastante em comum com aqueles com transtorno de pânico. Propõe-se que os pacientes de “pânico” puderam, por motivos constitucionais e ambientais, utilizar defesas que lhes permitiram uma melhor adaptação. Isto é, partes de sua mente ficaram como que “livres” das defesas patológicas, ainda que paguem o preço de certa inautenticidade, falso *self*. No entanto, uma parte persiste funcionando de forma primitiva, como cultura de pulsão de morte, encistada (associada ao que chamei de objeto sabotador-filicida), e, quando ela invade bruscamente a parte mais desenvolvida, ocorrem os ataques de pânico. No entanto, as defesas logo

\* A suposta maior incidência das “patologias atuais” (com dificuldades na simbolização) pode ser relacionada a um circuito retroalimentador, em que a “cultura do narcisismo” da sociedade pós-moderna se conecta com mimetismo, superficialidade, desconsideração, não pensamento e buscas sensuais, aspectos de funcionamento primitivo.

se refazem, sendo possível retomar uma vida “normal” após a crise, mesmo que componentes destrutivos fiquem evidentes no processo analítico. Isso não ocorre desse modo com outros tipos de pacientes, em que os mecanismos primitivos se manifestam continuamente e em formas variadas.

## **TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**

Certos pacientes sofrem de ansiedade difusa. Vivem constantemente preocupados, com expectativas negativas exageradas e apreensivos em relação a variados aspectos de sua vida. Essa preocupação redundando em dificuldades sociais, profissionais e afetivas. Às vezes, a ansiedade se manifesta por irritação, e esses indivíduos se descrevem “com os nervos à flor da pele”, vivendo em tensão permanente, hipervigilantes e assustados.

No entanto, não há definição clara sobre o que os deixa ansiosos, ao contrário dos fóbicos, que conhecem a situação ansiôgena, dos pacientes de pânico, cujo terror é o de ser tomado por um ataque de ansiedade, e dos pacientes obsessivos-compulsivos, que relacionam sua ansiedade a pensamentos e medos definidos.

Essas sensações e sentimentos costumam vir acompanhados de outros sintomas, alguns de ordem neurovegetativa, tais como tonturas, zumbidos, sudorese, taquicardia, dificuldades de concentração, insegurança. Por vezes, os sintomas somáticos dominam o quadro. Quando esse quadro dura mais de seis meses, o DSM-IV o classifica como transtorno de ansiedade generalizada (Quadro 29.2). O TAG é uma categoria residual dos transtornos de ansiedade.

Com frequência, os pacientes também apresentam desânimo, tristeza, apatia, e o psiquiatra tem dificuldades em saber se esses sintomas são consequência das restrições impostas pela ansiedade ou já se fazem parte do quadro inicial. Uma parte desses pacientes convive com seus sintomas sem tratamento, os quais parecem quase caracterológicos, por vezes se automedicando ou recorrendo a livros de autoajuda; outra parte procura médicos de várias especialidades, que acabam por tratá-los com ansiolíticos e antidepressivos, usados de forma intermitente. Um terceiro grupo, com capacidade de perceber a influência do psiquismo em seu sofrimento, acaba procurando tratamentos psicológicos.

O tratamento psicoterápico não diferirá de qualquer outro, e o terapeuta deverá procurar na relação transferencial-contratransferencial elementos que lhe permitam nomear e compreender os afetos. Aspectos primitivos, frutos de déficit de simbolização, e traumas arcaicos deverão ser contidos e nomeados.

Alguns pacientes abandonam o tratamento, e, não raro, identificam-se componentes relacionados a culpa e destruição, que funcionam como que para manter o sofrimento. Esses indivíduos necessitam ainda mais entrar em contato com a parte psicótica da personalidade, em que defesas primitivas (cisão, idealização, identificação adesiva, identificação projetiva, entre outras) encobrem ansiedades arcaicas e déficits nos processos de simbolização.

Por fim, muitos pacientes procuram o terapeuta sem uma queixa definida. Sentem-se descontentes, não veem objetivo em sua vida, têm dificuldades nas relações interpessoais, preocupam-se com fatos irrelevantes ou não têm ânimo sequer para preocupar-se. Há uma insatisfação vaga. Seu diagnóstico não é fácil, por meio das classificações categoriais, e o profissional, em geral,

**QUADRO 29.2**

## CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (DSM-5)

**300.02 Transtorno de ansiedade generalizada**

- A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias pelo período mínimo de seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).
- B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
- C. A ansiedade e a preocupação estão associadas a três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses):
- (1) inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele;
  - (2) fadigabilidade;
  - (3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente;
  - (4) irritabilidade;
  - (5) tensão muscular;
  - (6) perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).
- D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo).
- F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., ansiedade ou a preocupação quanto a ter um ataque de pânico, como no transtorno de pânico; avaliação negativa, no transtorno de ansiedade social [fobia social]; contaminações ou outras obsessões, no transtorno obsessivo-compulsivo; separação de figuras de apego, no transtorno de ansiedade de separação; lembrança de eventos traumáticos, no transtorno de estresse pós-traumático; ganhar peso, na anorexia; múltiplas queixas físicas, no transtorno de somatização; percepção de problemas na aparência, no transtorno dismórfico corporal; ter uma doença grave, no transtorno de ansiedade com doenças; ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtorno delirante).

Fonte: Adaptado de American Psychiatric Association.<sup>33</sup>

opta por transtorno de ansiedade, depressivo, ansioso-depressivo ou um caso "leve" de transtorno da personalidade. Comumente,

esses pacientes, durante o processo analítico, se revelarão como narcisistas e *borderline*, assunto de outros capítulos deste livro.

**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. Nos ataques de pânico, a ansiedade engolfa o indivíduo, tornando-o aterrorizado e impotente, bloqueando sua capacidade de pensar.
2. Os ataques de pânico ocorrem de forma inesperada, seguidos do receio de que se repitam, com medo de consequências terríveis (loucura, morte, etc.).

3. Pode ocorrer evitação de situações e lugares onde ocorreram os ataques ou que dificultem – em fantasia – o pedido de auxílio. A vida do paciente se torna limitada.
4. A teorização psicanalítica dos ataques utiliza termos como: desintegração, transbordamento, dissolução, colapso, terror sem nome, palavras que designam problemas na formação e manutenção do *self*. Outras partes da mente observam, desesperadamente, o que está acontecendo.
5. A compreensão psicodinâmica do pânico remete a distúrbios da simbolização, isto é, dificuldades na capacidade de transformar experiências emocionais em fatos mentais.
6. Os déficits na capacidade de simbolização tornam esses pacientes mais vulneráveis a situações ambientais, e vice-versa. Outra parte da mente é capaz de simbolizar adequadamente, mas em geral se identificam defesas tipo falso-*self*.
7. A função principal do analista será conter as situações desesperantes e tentar dar-lhes significado. Para tal, o analista deverá “sonhar” aquilo que o paciente não consegue simbolizar. À medida que a capacidade de pensar do paciente se desenvolve, as descargas são transformadas em pensamentos.
8. Parte do processo terapêutico visa a auxiliar o paciente a aprender autocontrole e reflexão. Esse aprendizado é efetuado a partir da identificação que o paciente faz com a capacidade do terapeuta de lidar com o desconhecido sem se desesperar.

## REFERÊNCIAS

1. Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 22. p. 95-201.
2. Freud S. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada “neurose de angústia”. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1967. v. 3. p. 107-35.
3. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; c1994.
5. Segal H. Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
6. Bion WR Learning from experience. London: Heinemann; 1962.
7. Bion WR. Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica. In: Bion WR. Estudos psicanalíticos revisados. Rio de Janeiro: Imago; 1988. p. 45-62.
8. Winnicott DW. A teoria do relacionamento paterno-infantil. In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artemed; 1983. p. 38-54.
9. Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN, Shapiro T. A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150(6):859-66.
10. Craske MG. Fear and anxiety in children and adolescents. *Bull Menninger Clin*. 1997;61(2 Suppl A):A4-36.
11. Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica: baseado do DSM-IV. 2. ed. Porto Alegre: Artemed; 1998.
12. Cassorla RMS. Considerações sobre o sonho a dois e o não-sonho a dois no teatro da análise. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 2005;12(3):527-52.
13. Cassorla RMS. In search of symbolization: the analyst’s task of dreaming. In: Levine HB, Reed GS, Scarface D. Unrepresented states and the construction of meaning: clinical and theoretical contributions. London: Karnac; c2013. p. 202-19.
14. Cassorla RMS. Transferindo aspectos inomináveis no campo analítico: uma aproximação.

- mação didática. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 2012;9(1):61-82.
15. Alvarez A. *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
  16. Gaddini E. On imitation *Int J Psychoanal*. 1969;50:475-84.
  17. Bick E. A experiência da pele em relações objetais arcaicas. *Jornal de Psicanálise de São Paulo*. 1987;20(41):27-31.
  18. Meltzer D. La dimensionalidad como un parametro para el funcionamiento mental: su relación com la organización narcisista. In: Meltzer D, Bremner J, Hoxter S, Weddell D, Wittenberg I. *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós; 1975. p. 197-210.
  19. Winnicott DW. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed; 1983. p. 128-39.
  20. Cassorla RMS. Transtorno de pânico e aspectos primitivos de mente. In: França MTB, Haundenschild TRL, organizadores. *Constituição da vida psíquica*. São Paulo: Hironde; 2009. p. 169-202.
  21. Tustin F. *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro: Imago; 1984.
  22. Gaddini R. The precursors of transitional objects and phenomena. *Winnicott Studies: the Journal Squiggle Foundation*. 1985;1:49-57.
  23. Houzel D. Identification introjective, réparation, formation du symbole. *Journal de la Psychanalyse de L'Enfant*. 1991;10:46-72.
  24. Tustin F. *Barreiras autísticas em pacientes neuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
  25. Tustin F. *The protective shell in children and adults*. London: Karnac; 1990.
  26. Meltzer D. Identificação adesiva. *Jornal de Psicanálise de São Paulo*. 1986;19(38):40-52.
  27. Meltzer D. *Metapsicología ampliada: aplicaciones clínicas de las ideas de Bion*. Buenos Aires: Spatia; 1990.
  28. Anzieu D. *O eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1995.
  29. Winnicott DW. Fear of breakdown. *Int Rev Psychoanal*. 1974;1:103-7.
  30. Ogden TH. Sobre o conceito de uma posição autista-contígua. *Rev Bras Psicanál*. 1996;30:341-64.
  31. Trinca W. *A personalidade fóbica: uma aproximação psicanalítica*. Campinas: Papyrus; 1992.
  32. Trinca W. *Pânico e fobia em psicanálise*. São Paulo: Vetor; 1997.
  33. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

## LEITURA SUGERIDA

---

Winnicott DW. *Objetos transicionais e fenômenos transicionais*. In: Winnicott DW. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1978.

# ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE DEPRIMIDO

Sergio Carlos Eduardo Pinto Machado  
Sidnei S. Schestatsky

Alterações dos estados de humor foram identificadas desde a Antiguidade e aparecem em diversos registros mitológicos, de diferentes culturas, incluindo os relatos bíblicos. Hipócrates (460-370 a.C.), usando já o termo “melancolia”, foi o primeiro a tentar diferenciar a depressão, como doença, do misticismo religioso que a via como um destino traçado pelos deuses. Na Idade Média, a visão mística dos transtornos mentais volta a predominar, sendo estes inseridos na demonologia do período. É na Idade Moderna que a doença mental passa a ser visualizada a partir de perspectivas mais biológicas. Do Renascimento em diante, a *melancolia* designa uma espécie de “loucura parcial”, diferente dos transtornos da inteligência, mas não implicando, ainda, necessariamente, a presença de emoções como a *tristeza*. Na primeira metade do século XIX, Esquirol citado por Ey e colaboradores<sup>1</sup> distinguiu duas formas clínicas, dentro do grupo das “loucuras parciais”, ou *monomanias*: uma com sintomas *expansivos*, e outra com *tristeza*. Mais adiante, os estados melancólicos passaram a ser integrados em uma psicose caracterizada por sua evolução típica: a *loucura de dupla forma* (segundo Baillarger), *loucura*

*circular* (segundo Falret) e, por fim, a *psicose maníaco-depressiva* (segundo Kraepelin).<sup>1</sup>

Em 1905, Adolph Meyer sugeriu a eliminação do termo “melancolia”, propondo que se adotasse, em definitivo, o termo “depressão”. A evolução do pensamento descritivo de Emil Kraepelin e a abordagem compreensiva de Sigmund Freud consolidaram a transição da psiquiatria do século XIX para a psiquiatria moderna, no início do século XX. Dessas vertentes, e por caminhos separados, chegou-se à divisão nas práticas psiquiátricas atuais: a psiquiatria dinâmica, alicerçada em fundamentos psicanalíticos e privilegiando intervenções psicológicas, e a psiquiatria biológica, com base na neurobiologia, reduzindo o entendimento e a terapêutica das doenças mentais aos fármacos e a outras intervenções biológicas.

O termo genérico “depressão” comporta, ainda hoje, diferentes significados: pode ser um sintoma, uma síndrome ou um transtorno psiquiátrico. Como doença, *não é* mais considerada uma condição relativamente benigna: a comorbidade com outras patologias de Eixo I e II é a regra, sendo comum que cause um impacto negativo em seu prognóstico e tratamento. Nos anos de 1980, conforme assinalam Luyten,

Blatt e Corveleyn,<sup>2</sup> pesquisadores e clínicos acreditavam que a depressão pudesse ser tratada de modo efetivo e definitivo com psicofármacos antidepressivos, associados ou não a psicoterapias standardizadas e de curta duração. Tal otimismo, no entanto, ficou abalado com a crescente refratariedade de um número significativo de casos. Os desafios terapêuticos das depressões seguem, portanto, em pauta nos atuais ambientes de pesquisa e assistência, e, nesse contexto, a psicoterapia de orientação analítica permanece em lugar de destaque, como um valioso recurso terapêutico.

## EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS CONCEITOS

As origens dos conceitos da etiologia e da patogenia da depressão, do ponto de vista psicodinâmico, situam-se em Freud e em suas teorias sobre a personalidade, sexualidade infantil e conflito intrapsíquico. Seu trabalho clássico sobre depressão é *Luto e melancolia*,<sup>3</sup> embora, antes disso, Freud já tivesse abordado de várias formas questões relativas ao tema.

Na discussão do caso clínico de Elizabeth von R, publicado nos *Estudos sobre a histeria*, Freud,<sup>4</sup> ao se referir ao trabalho de rememoração, antecipou o conceito de “trabalho de luto” e, da mesma forma, lançou as bases do que hoje se chama “reações de aniversário”.<sup>\*</sup> Em 1895, no *Rascunho G*, envia a Fliess uma explicação da *melancolia*. No *Rascunho N*, de 31 de maio de 1897,

\* Chama-se de “reações de aniversário” aquelas situações, frequentemente encontradas na clínica, em que estados depressivos se instalam, às vezes subitamente, em torno das datas de aniversário de morte ou separação de uma pessoa querida.

faz tanto a primeira menção ao *complexo de Édipo* como relaciona o luto com a melancolia. Nas *Cinco lições de psicanálise*,<sup>5</sup> descreve o luto como um processo emocional normal e, em *Notas sobre um caso de neurose obsessiva*,<sup>6</sup> afirma que o período normal de luto se estende por 1 a 2 anos.

Em *Totem e tabu*,<sup>7</sup> ele escreve:

O luto tem uma missão psíquica muito específica a efetuar; [...] a de desligar, dos mortos, as lembranças e as esperanças dos sobreviventes. Quando isso é conseguido, o sofrimento diminui e, com ele, o remorso e as autocensuras.

Ele assinala que coexistem afeição e hostilidade em relação ao morto. A hostilidade é reprimida e permanece inconsciente; quando projetada sobre o morto, dá origem aos variados temores em relação a ele. Em *Luto e melancolia*,<sup>3</sup> busca a explicação clínica do mecanismo de luto e sua resolução, comparando-o com a melancolia, entendida como uma condição patológica do luto. Nessa altura, já dispunha dos conceitos de *narcisismo* e de *ideal do ego*, podendo-se considerar essa obra como um prolongamento do trabalho *Sobre o narcisismo: uma introdução*,<sup>8</sup> de 1914.

As consequências teóricas e clínicas de *Luto e melancolia*<sup>3</sup> viriam a transcender a pretensão original Freud de estudar o luto normal e seu estado patológico. O material examinado levou-o à formulação de um “agente crítico”,<sup>9</sup> conduzindo-o à hipótese do *superego*, em *O ego e o id*,<sup>10</sup> e à reavaliação dos sentimentos de culpa. Esse trabalho também levou ao exame da natureza da identificação e da formação do caráter.

Freud defende que o luto é a reação à perda da *representação abstrata* de um objeto significativo, por exemplo, de um ideal, de uma posição social ou de uma

pessoa valorizada. Não o considera como patológico e refere ser inútil, ou danosa, qualquer interferência no desenvolvimento do processo de luto normal. O luto é acompanhado por perda de interesse no mundo externo, uma parada momentânea na capacidade de investir afetos em um novo objeto ou ideal e por uma fuga de qualquer atividade não conectada com a perda. Apesar de a realidade indicar que o objeto amado já não mais existe, o indivíduo enlutado é, no início, incapaz de se desvincular do que foi perdido. Normalmente, a realidade vence e acaba se impondo. Assim, Freud<sup>3</sup> escreveu em 1915:

[...] às expensas de tempo e catexias,\* a existência do objeto perdido é prolongada. Cada lembrança e expectativa na qual a libido está conectada com o objeto é hipercatexizada. Quando o trabalho de luto é completado, o ego se torna livre e novamente desinibido.

O trabalho interno para restaurar o equilíbrio psíquico culminaria na *vinculação*, por deslocamento da libido, com outro objeto. Freud<sup>3</sup> reconhece, contudo,

[...] que não é fácil indicar por que essa lenta e paulatina realização [...] da realidade há de ser tão dolorosa; [...] assim como é singular que o doloroso desprazer que vem junto nos pareça natural e lógico.

\* Freud nunca usou a palavra “catexia”, termo criado por seu tradutor para o inglês, James Strachey. O termo alemão *besetzung* tem um sentido mais coloquial, o de investir um afeto ou um interesse em algo. Mantém-se no texto a expressão “catexia” por ser um termo consagrado, embora deva ser entendido como “investimento afetivo”. Da mesma forma, “hipercatexia”, como “hiperinvestimento”, e “descatexizar”, como “desinvestir”.

A explicação que Freud<sup>3</sup> encontra é que:

[...] a realidade impõe [...] às lembranças e às esperanças, que são pontos de enlace da libido com o objeto perdido, o veredicto de que o objeto não mais existe, e o ego, diante da interrogação de querer ou não compartilhar do destino do objeto morto, decide, sob a influência das satisfações narcisistas de vida, abandonar sua ligação com ele [...] Podemos, pois, supor que esse abandono se realiza tão lenta e paulatinamente que, ao chegar ao fim, dissipou-se o esforço necessário para tal trabalho.

Com relação à melancolia, Freud pensa diferente. Em contraste com a perda consciente da pessoa que experimenta um luto normal, no melancólico, existe, além disso, a *perda de um objeto inconsciente*. A libido permanece orientada para o ego, onde se produz a identificação com o objeto perdido. No luto normal, o mundo fica pobre e vazio, enquanto, na situação patológica, é o próprio melancólico que se sente empobrecido e depreciado. A perda tem efeitos sobre seu ego, que se dissocia entre uma parte que dirige críticas a outra, como se a tomasse por objeto. A essa instância crítica que se separou do ego Freud chamou de *consciência moral*, sendo os lamentos do melancólico, na realidade, acusações contra o objeto perdido.

Devido ao ódio, se ataca a parte do ego identificada com o objeto, humilhando-a e encontrando nesse sofrimento uma satisfação sádica.

Freud nota, pois, uma diferença qualitativa entre aspectos normais e patológicos vinculados ao luto. Abraham<sup>11</sup> amplia o trabalho de Freud em relação ao luto e

aos estados maníaco-depressivos, influenciando decisivamente nas concepções posteriores de Melanie Klein. Enquanto Freud percebe o trabalho de luto como uma “descatexização”, um desligamento do objeto perdido, Abraham descreve o oposto: o luto exitoso resulta, também, na introjeção do objeto, como Freud descrevera na melancolia.

Abraham postula serem idênticos os processos do luto e da melancolia e que as diferenças se devem à *natureza das relações de objeto* com a pessoa perdida. Quando a relação foi intensamente ambivalente, quando os impulsos de ódio se aproximaram muito ou suplantaram os amorosos, o resultado seria a melancolia. No luto normal, os impulsos amorosos superariam os agressivos, e a introjeção se opera sem o desenvolvimento melancólico. Abraham conclui que, embora o luto e a depressão tenham similaridades clínicas, são resultados diferentes de um processo psicológico único.

Radó<sup>12</sup> introduziu extensões na teoria “clássica” da depressão. Seu primeiro enfoque segue de perto Abraham, quanto à predisposição à depressão como uma intensa carência de gratificações narcísicas, isto é, *uma grande necessidade de se sentir aprovado e amado pelos objetos*. Seu foco seguinte é sobre as *emoções*, com a *raiva* em primeiro plano e uma consideração maior pela *importância dos sentimentos de culpa*. Explica as autoagressões como resultado das agressões do superego contra o ego,\*

\* É importante lembrar que esse artigo em questão foi escrito depois que Freud<sup>10</sup> já havia estabelecido o modelo estrutural, e, portanto, o superego já estava no seu devido lugar. Não havia mais a necessidade, pois, como em *Luto e melancolia*,<sup>3</sup> de que houvesse a introjeção do objeto perdido para que a “sombra do objeto” recaísse sobre o ego. Nos estados depressivos, é, agora, a “sombra do superego” que pesa sobre o ego.<sup>13</sup>

que se submete por causa de sentimentos de culpa pela perda ocorrida. As autopunições são vistas como uma forma de obter amor do superego, um ato expiatório, um pedido de perdão pelos ataques raivosos contra o objeto.

Para Radó,<sup>14</sup> a crise depressiva tem um significado oculto e constitui um “desesperado grito por amor, precipitado por uma perda real ou fantasiada que o paciente vivenciou como ameaçando sua segurança emocional e material”.

Melanie Klein<sup>15,16</sup> também pensava que a diferença entre o luto normal e o patológico fosse uma questão de grau. Em ambas as situações, existiria uma estreita conexão com processos mentais primitivos da infância. Entende o luto como um período de desorganização e subsequente reorganização, tanto do mundo externo como do mundo interno do indivíduo enlutado. O modo de reorganização das relações com os objetos será determinado pela forma utilizada pela criança, em suas primeiras experiências, quando atravessou estados mentais comparáveis ao luto do adulto. São esses primeiros lutos os mobilizados na vida adulta ao se experimentar algo penoso, com a reativação de ansiedades primitivas que foram bem ou mal elaboradas. Klein, diferentemente de Freud, “insiste na reativação dos conflitos da posição depressiva e não tanto na existência de uma ferida narcisista precoce”.<sup>17</sup> A melancolia é tida como resultado de uma falha do processo de *reparação do objeto atacado* na posição depressiva.

A capacidade de reparação pode estar perturbada por diversos motivos: um deles é a gratificação sádica de vencer e humilhar o objeto, de superá-lo, de triunfar sobre ele, alterando o processo de elaboração de sua perda, gerando desconfiança e perseguição.<sup>18</sup> Mario Martins,<sup>19</sup> citando

Grinberg, enfatiza que não há apenas um luto pelo objeto, mas também um luto pelo ego.

Para Klein, a dor experimentada no lento processo de restabelecimento do juízo de realidade, durante o trabalho de luto, deve-se não só à necessidade de renovar os vínculos com o mundo externo, como também à de reconstruir o mundo interno.

Klein considera que o sentimento de perda deve sua força ao processo de reparação. A pessoa recupera o que já conseguira na infância: reinstalar a representação mental dos pais dentro do ego. Foi a compreensão do processo de introjeção, na melancolia, que levou Freud a reconhecer a existência do superego. Para Melanie Klein, o que Freud entendia como vozes e influência dos pais reais estabelecidos no ego seria um mundo complexo de objetos – mundo interno –, o qual, desorganizado pela perda, é, na sequência, reorganizado no trabalho de luto.<sup>20</sup>

No luto normal, o indivíduo reintrojeta e reinstala tanto a pessoa real perdida como seus pais amados, que sentiu como objetos internos bons. Em sua fantasia, este mundo interno que construiu desde os primeiros dias de vida, foi destruído quando se produziu a perda atual. A reconstrução do mundo interno dá a pauta do êxito do trabalho de luto.<sup>15</sup>

Foi Fenichel<sup>21</sup> o primeiro a sublinhar a importância da *autoestima* na depressão: esta seria precipitada pela perda da autoestima ou pela perda das provisões afetivas e ambientais que a sustentariam ou aumentariam.

Aqui se percebe a primeira grande modificação teórica na literatura psicanalítica sobre a depressão, com o deslocamento da ênfase básica da perda do objeto para a perda da autoestima.

Outra forma de expressar esse fato é considerar que a perda do objeto só é significativa no desencadeamento da depressão se ele tiver sido investido com a própria autoestima do paciente, isto é, se a perda for sentida como uma perda (narcísica) no ego. Portanto, a perda de um objeto amado (ou de seu símbolo) só causaria depressão em pessoas extremamente dependentes, que percebem o objeto como essencial para a própria sobrevivência. Assim, Fenichel pode afirmar que o processo depressivo é também uma tentativa de reparar o ego danificado por uma *ferida narcísica* precoce.

Bibring<sup>22</sup> é o primeiro autor psicanalítico a abordar a depressão em termos exclusivos da psicologia do ego e da perda da autoestima. Para ele, a depressão é um

[...] fenômeno do ego, um “estado do ego”, um estado afetivo, (que) se refere a todas as formas de depressão, “normais” ou “neuróticas”.<sup>22</sup>

Depois, acrescenta que

[...] a depressão pode ser definida como a expressão emocional indicadora do estado de desamparo e impotência do ego, independentemente do que possa ter causado o colapso dos mecanismos que estabeleceram sua autoestima.<sup>22</sup>

Bibring parte do princípio de que o ego tem, normalmente, aspirações narcísicas (*ideal de ego*), entre as quais as de sen-

tir-se valorizado e amado, forte e superior, bom e amoroso. A percepção da incapacidade de alcançar tais objetivos precipitaria um estado depressivo. Uma das conclusões é a de que a depressão não é causada por um conflito entre o id e o ego, ou do id com o superego, mas por um conflito intrapsíquico, dentro do próprio ego.

Desse modo, a experiência primária de desamparo é o principal fator de suscetibilidade à depressão.

Tal desamparo pode ser consequência da frustração continuada das necessidades de dependência da criança, levando-a a uma sensação de fracasso e baixa autoestima. Em vez de raiva em relação aos outros, gerando culpa e depressão, o desamparo leva, diretamente, a raiva contra si mesmo.

Jacobson<sup>23</sup> também considerou a *perda da autoestima* como o problema central da depressão, sendo a *dependência exagerada* do objeto uma fraqueza específica do ego. Os determinantes intrapsíquicos da frágil autoestima compreenderiam um superego rígido, um ideal do ego comprometido e um desenvolvimento patológico das autorrepresentações. A falta de aceitação e compreensão parentais diminui a autoestima da criança, aumentando sua ambivalência e seus sentimentos agressivos contra os pais e incrementado a culpa – a agressão voltaria-se contra si mesmo para evitar atacar aos pais ou outros objetos externos importantes.

As teorias de Kohut<sup>24</sup> colocaram em relevo a *necessidade do self em dispor de objetos empáticos* no desenvolvimento da autoestima normal, destacando questões do apego nos problemas posteriores de separação-indivuação.

Para Kohut, afetos depressivos em indivíduos narcisicamente vulneráveis\* estão relacionados a sentimentos crônicos de vazio em resposta a pais traumáticamente não empáticos.

Quando as experiências afetivas da criança não encontram uma resposta sensível e sintônica por parte dos pais (não sendo adequadamente refletidas ou “espelhadas” pela reação parental), ela se sente sozinha com suas experiências, emocionalmente esvaziada e lutando para preencher os vazios com outros objetos (*self-objects*) aos quais possa idealizar e com os quais se identifica.

Brenner<sup>25</sup> deixa de focar as perdas como o desencadeante da depressão e vê os pacientes imaginando-se destituídos de poder, ou, simbolicamente, castrados pelos outros, como punição a desejos competitivos, sexuais e agressivos. Acontecimentos reais ou fantasiados podem desencadear depressão, pela necessidade de punição, podendo ser a depressão o modo mais efetivo de diminuir as atitudes competitivas. A agressão mobilizada contra a pessoa acusada de ter provocado a perda de poder é, no entanto, autodirigida, adotando o paciente uma atitude agradável ou conciliatória, ainda que temerosa, em relação ao acusado. Cabe ao terapeuta tentar discernir quais dos desejos infantis estão sendo gratificados nessas complexas formações de compromisso.

Bowlby,<sup>26,27</sup> ao criar e desenvolver sua teoria do apego (*attachment*), fundada em uma perspectiva desenvolvimental e adaptativa, teve uma influência significativa – embora nem sempre reconhecida – dos modelos psicanalíticos da depressão.

\* Kohut define vulnerabilidade narcisística como a tendência a reagir a pequenas frustrações e desapontamentos com significativa perda de autoestima.

Considerou o apego como um sistema comportamental essencial para a sobrevivência do bebê e suas rupturas, como as perdas parentais precoces, sendo crucial na etiologia dos transtornos de ansiedade e depressão.

Bowlby descreveu, a partir da observação de crianças, que as perdas desencadeavam uma série de respostas emocionais características: choque e negação; protesto; desespero; desorganização e reorganização.

Argumentou que a forma como o indivíduo responde às perdas encontra-se fortemente associada ao modo como seu sistema de apego se organizou ao longo de seu desenvolvimento. De acordo com a teoria do apego, as formas atípicas do luto podem surgir ao longo de um *continuum* que vai desde o luto crônico até a ausência prolongada de luto consciente. Sentimentos de apego inseguro, devido a relações parentais instáveis ou imprevisíveis, ou comportamentos parentais de rejeição e crítica, levam ao desenvolvimento de modelos internos do *self* como indigno de amor, inadequado, indiferente e punitivo. Tal indivíduo se torna vulnerável à depressão no contexto de experiências de perda ou adversidade, considerando tais fatos como sinais de falha e pouco suporte dos outros.

Stone<sup>28</sup> destacou a agressão reativa que se teria desenvolvido em profundas frustrações nas relações parentais primitivas da pessoa deprimida. A agressão se expressaria toda vez que falhassem as tentativas de coagir os pais a responder às necessidades da criança. Um superego severo seria desenvolvido, alimentado pela raiva e pela falta de ajuda por parte dos cuidadores.

Mais recentemente, Blatt e colaboradores,<sup>29-33</sup> partindo de perspectivas da

psicologia do ego, das relações de objeto e de modelos cognitivo-desenvolvimentais, diferenciaram dois tipos básicos de configurações psicopatológicas: as *anaclíticas* e as *introjetivas*, incluindo nelas as respectivas formas de depressão. As *psicopatologias anaclíticas* implicam uma preocupação primária com temas e fatos interpessoais, como confiança, cuidado, intimidade e sexualidade. Os pacientes expressam intensa preocupação com questões relacionadas a vínculos e conexões afetivas, em diferentes níveis desenvolvimentais, desde dificuldades de diferenciação entre o eu e os outros, apegos muito dependentes (= infantis), até tipos mais maduros de problemas interpessoais. Entre os diversos quadros anaclíticos, incluem-se os transtornos da personalidade *borderline*, dependente e histérica, assim como uma forma específica de depressão – a *anaclítica* (= dependente).

A depressão anaclítica se caracteriza por sentimentos de solidão, desamparo e fragilidade. Os pacientes experimentam medos intensos e crônicos de abandono ou de ficarem desprotegidos, expressando profundas necessidades de serem amados, nutridos e cuidados.

Devido à pobre internalização de experiências precoces de gratificação, ou da precária identificação com as qualidades “nutridoras” dos cuidadores, os outros são valorizados, basicamente, pelos cuidados, pelo conforto e pela gratificação imediatos que são capazes de prover. Há evidências de que essas formas de depressão são as que respondem melhor às intervenções psicodinâmicas breves, de apoio ou interpessoal.

Um segundo grupo de transtornos – o das *psicopatologias introjetivas* – é ca-

racterizado pela preocupação com o estabelecimento de um *self* poderoso, partindo do anseio de individuação e preocupações sobre autonomia e controle até questões internalizadas mais complexas de autoestima. Tais pacientes estão mais interessados em estabelecer, proteger e manter seu próprio autoconceito, percebido como estando acima das preocupações habituais com a qualidade das relações interpessoais – e acima de valorizarem sentimentos como confiabilidade, calor humano e afeição. Entre outros transtornos, incluem a *depressão introjetiva* e o narcisismo fálico. Raiva e agressão dirigidas ao *self* e aos outros tendem a ser centrais em suas dificuldades, sendo os transtornos introjetivos mais ideacionais do que afetivos.

A *depressão introjetiva* ou autocrítica se apresenta com sentimentos de desvalia, inferioridade, fracasso e culpa. Os pacientes se engajam em permanente autoescrutínio e autoavaliação, com medo crônico de serem criticados ou desaprovados.

Lutam por constante sucesso e perfeição, são competitivos, trabalham exageradamente e se defrontam sempre com autoexigências excessivas. São capazes até de conseguir muitos de seus objetivos, mas não conseguem desfrutá-los de forma mais duradoura. Devido à competitividade exagerada, também são críticos e depreciativos em relação aos outros.

Seja nos indivíduos ansiosos por contato afetivo e excessivamente dependentes, seja naqueles excessivamente autônomos e evitativos de relações de proximidade e intimidade, em ambas as situações, é possível criar-se uma vulnerabilidade para a depres-

são. Uma vez estabelecida, esse tipo de depressão tende a ser de manejo mais difícil, demandando psicoterapias psicanalíticas de longa duração.

## NÚCLEOS PSICODINÂMICOS DAS DEPRESSÕES

Entre as contribuições teóricas mais recorrentes à compreensão dinâmica da depressão, a quase totalidade dos autores enfatiza a *vulnerabilidade narcísica* como o principal gatilho dessa condição.

Busch e colaboradores<sup>34</sup> sintetizam os núcleos dinâmicos das depressões da seguinte forma:

- *Vulnerabilidade narcísica*: experiências ou percepções primitivas de perda, rejeição e inadequação. Possível vulnerabilidade bioquímica; sensibilidade aumentada para perdas percebidas ou reais. A consequência é a diminuição recorrente da autoestima, desencadeando afetos depressivos e raiva em resposta a experiências danosas.
- *Raiva conflitiva*: resposta a dano narcísico; raiva pela falta de responsividade dos outros a desejos e necessidades próprios; acusações aos outros pela própria vulnerabilidade ou profunda inveja deles, quando percebidos como menos vulneráveis; raiva dos outros, experimentados como lesivos, ameaçadores e inaceitáveis. As consequências são rupturas nas relações interpessoais, raiva dirigida ao *self*, desencadeamento de afetos depressivos e diminuição da autoestima.
- *Superego severo, experiência de culpa e vergonha*: raiva voltada contra o *self* e causada por duras autocríticas; internalização de atitudes parentais percebidas

como rígidas e punitivas. Raiva, inveja e sexualidade acompanhadas de desejos percebidos como errados ou maus. Como resultado, há autopercepção negativa, graves autocríticas, diminuição da autoestima e geração de afetos depressivos.

- *Expectativas idealizadas e desvalorizadas do “self” e dos outros*: esforços para mitigar a baixa autoestima reativa. Elevada autoexpectativa (ideal do ego) e expectativas de outras pessoas idealizadas para alcançarem necessidades individuais, sendo os outros desvalorizados para sustentar a própria autoestima. As consequências envolvem desapontamentos significativos, raiva de si e dos outros e diminuição da autoestima.
- *Meios característicos de defesa contra afetos dolorosos*: negação, projeção, agressão passiva e formação reativa. O resultado é a raiva não efetivamente trabalhada e o crescimento da depressão pela raiva dirigida ao *self*, ou via mundo externo, visto como hostil e ameaçador.

Vários modelos sobre a natureza e a abordagem da depressão, embora às vezes partindo de referências diferentes, acabam coincidindo em muitas concepções. Ruden e colaboradores<sup>35</sup> tentaram integrar esses núcleos em uma formulação única. Nela, a vulnerabilidade narcísica é percebida como fundamental à suscetibilidade à depressão. Tal vulnerabilidade resulta de acentuada sensibilidade a frustrações e rejeições, o que desencadeia raiva, que conduz a sentimentos de culpa e desvalia. A raiva auto-dirigida compõe o dano à autoestima do indivíduo, aumentando a vulnerabilidade narcísica, em um círculo vicioso. Defesas, incluindo negação, projeção, agressão passiva, identificação com o agressor e forma-

ção reativa, são acionadas na tentativa de diminuir os sentimentos dolorosos, mas resultam na intensificação da depressão. Os precipitantes da depressão, nesse modelo integrativo, incluem perdas imaginadas ou reais, rejeição ou incapacidade de atender ao perfeccionismo do ideal do ego, assim como punição do superego por fantasias sexuais e agressivas.

Karasu<sup>36</sup> afirmou que a teoria psicodinâmica moderna sobre a depressão combina concepções psicanalíticas, como *desapontamento e perdas na infância precoce* (que predis põem à depressão), autoestima danificada (resultante de uma discrepância entre o *self* real e o ego ideal), persistência de raiva narcísica, desejos onipotentes, abandono, desesperança e dificuldades na autonomia.

Essa ampla matriz inconsciente cria os fundamentos dos episódios depressivos, por meio da repetição de experiências infantis, e a reiteração desses padrões se manifesta na ruptura dos processos intrapsíquicos que mantêm a autoestima. Tais concepções teóricas mantêm-se relativamente intactas e continuam a fundamentar as abordagens psicodinâmicas das depressões, apesar das eventuais diferenças técnicas entre as modalidades de psicoterapia breve e de longo prazo.

Luborsky e colaboradores<sup>37</sup> faz o seguinte resumo dos elementos psicodinamicamente significativos na depressão e dos objetivos a serem tratados:

- a) sentimentos de desamparo
- b) vulnerabilidade para desapontamentos e perdas
- c) estados de raiva dirigidos contra si mesmo, com pobreza de expressão externa

- d) autoestima vulnerável
- e) ideiação e intenção suicidas
- f) estilo pessimista para explicar os acontecimentos
- g) pobre capacidade de reconhecer estados depressivos em si mesmo
- h) pobre capacidade de identificar eventos desencadeantes da depressão
- i) inclinação a esperar respostas negativas de si mesmo e dos outros

## FORMAS DE PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

### Psicoterapia psicodinâmica breve

Nessa forma de psicoterapia, a qualificação breve refere-se tanto à duração do tratamento como à delimitação de objetivos terapêuticos mais definidos. Tentativas de formulações técnicas visando a formas breves e eficazes de tratamento remontam aos trabalhos de Ferenczi,<sup>38</sup> Franza e French<sup>39</sup> e, posteriormente, a Balint e colaboradores,<sup>40</sup> Malan,<sup>41</sup> Mann<sup>42</sup> e Sifneos,<sup>43</sup> entre outros. Da mesma forma que a psicanálise e a psicoterapia de orientação analítica, a psicoterapia psicodinâmica breve concebe a depressão como decorrente de conflitos intrapsíquicos. Em vez de se dirigir ao sintoma depressivo em si, tem como objetivo usar a relação terapêutica para investigar e esclarecer conflitos neuróticos, principalmente problemas de proximidade e intimidade afetivas.<sup>44</sup>

### Psicoterapia psicodinâmica suportiva breve

O enfoque de apoio não é novo no campo da psicanálise. Tem seu lugar em um dos

polos do *continuum* suportivo-expressivo, enquanto a psicoterapia psicodinâmica breve situa-se na direção do polo expressivo. A psicoterapia psicodinâmica suportiva breve consiste, em média, de 16 sessões de 45 minutos. A programação é combinada antes do início do tratamento, e o terapeuta deve lembrá-la frequentemente ao paciente. É parte de um contrato do qual o terapeuta só se afastará em situação excepcional. A *ênfase é relacional*, e o marco referencial psicanalítico é entendido como, essencialmente, uma teoria sobre relações humanas, tanto externas como internas.

Supõe-se que o terapeuta seja explicitamente suportivo em suas atitudes: empático, receptivo, afirmativo, ativo, flexível, claro, concreto, paciente e persistente.

Deve utilizar intervenções de apoio para reduzir a ansiedade do paciente, tranquilizar, reforçar sua autoestima por meio de clarificações, confrontações, orientações, validações ou elogios, tentando reenquadrar os sintomas como tentativas de lidar com o sofrimento emocional presente. As defesas, em geral, são respeitadas, e a interpretação é usada com cuidado. A transferência é manejada e não, necessariamente, interpretada.

### Psicoterapia interpessoal

Trata-se de um tipo de psicoterapia de tempo limitado, de base psicodinâmica,\*

\* Todas as principais intervenções utilizadas na psicoterapia interpessoal são aquelas catalogadas no espectro compreensivo-suportivo psicodinâmico, como interpretações, clarificações, confrontações, validação empática, aconselhamento, entre outras. O que muda são os objetivos terapêuticos, com a ênfase na resolução de problemas interpessoais atuais.

que tem mostrado eficácia no tratamento de transtornos depressivos. Parte do pressuposto de que, seja qual for sua etiologia, a depressão ocorre sempre dentro de contextos interpessoais.<sup>45</sup> Sua base conceitual envolve elementos tanto da psicanálise tradicional quanto de revisões posteriores, que enfatizaram a importância do aspecto relacional no campo terapêutico, a partir das teorias interpessoais de Sullivan<sup>46</sup> e da teoria do apego de Bowlby.<sup>26</sup>

A teoria do apego de Bowlby, já referida, salienta a tendência inata do bebê a estabelecer vínculos de proximidade, que contribuem tanto para a satisfação do indivíduo como para a sobrevivência da espécie. Com base nas observações de crianças e suas reações de ansiedade e tristeza ante ameaças de perda de figuras significativas, Bowlby sugeriu que a psicoterapia psicodinâmica ajudasse as pessoas a examinar suas relações interpessoais atuais e a investigar como evoluíram ao longo do tempo – tendo como base os padrões de apego construídos na infância e desenvolvidos desde a adolescência até a idade adulta.

De acordo com a teoria do apego, a psicoterapia ideal combinaria uma experiência emocional de cuidado e segurança no vínculo com o paciente, com a abordagem e a explicação cognitivas das distorções dos relacionamentos interpessoais no passado e no presente.

Na psicoterapia interpessoal, o objetivo mais imediato de alívio sintomático da depressão é buscado com sua vinculação a *problemas interpessoais atuais*. As sessões são oportunidades de exame dessas relações, conectando-as com as mudanças de humor e discutindo-se possíveis alternativas de funcionamento nesses relaciona-

mentos. Em termos operacionais, a psicoterapia procura se concentrar em quatro áreas-problema, associadas ao desencadeamento e à manutenção do sofrimento depressivo:

1. *luto* (perda por morte)
2. *disputas interpessoais* (com parceiro, filhos, outros membros da família, amigos, companheiros de trabalho)
3. *mudança de papéis* (emprego novo, saída de casa, término dos estudos, mudança de casa, divórcio, mudanças econômicas ou outras mudanças familiares)
4. *déficits interpessoais* (solidão, isolamento social)

Essas áreas podem se combinar, mas uma ou, no máximo, duas são eleitas como foco, em especial as diretamente relacionadas com a instalação do episódio depressivo atual. A terapia interpessoal está estruturada para, em geral, ser realizada em 16 sessões, com frequência semanal.

No *luto anormal*, uma reação emocional negada ou adiada após a morte de alguém amado, a função do terapeuta é facilitar a expressão dos sentimentos associados à perda e auxiliar o paciente a encontrar, gradualmente, novas atividades e relacionamentos. Nas *disputas de papéis*, ajuda-se o paciente a examinar as características da relação afetiva em crise e a natureza da disputa. Tenta-se verificar a possibilidade da resolução dos conflitos presentes ou da aceitação de que a relação tenha chegado a um impasse e atingido um estágio de irreversibilidade (com um rompimento inevitável e a necessidade de busca de alternativas).

*Transição de papéis* inclui mudanças importantes de estilos de vida, como início ou fim de carreira profissional, aposentadoria, promoção no emprego, diagnóstico

de doença grave. A psicoterapia pretende auxiliar a lidar com a mudança, reconhecendo de forma mais realista os aspectos negativos e positivos do novo e do velho papel. *Déficits interpessoais* ocorrem em pacientes com dificuldades nas habilidades sociais e afetivas de iniciar e manter relações interpessoais. Como esses pacientes raramente construíram relações importantes (sendo esse exatamente seu problema), o foco inicial do tratamento recai sobre a relação com o terapeuta.

## Aspectos relevantes na terapia psicodinâmica da depressão de longo prazo

Na psicoterapia psicodinâmica para depressão de longo prazo, o terapeuta deve manter um continuado foco no entendimento dos sintomas depressivos, ligando-os às dinâmicas já mencionadas, como vulnerabilidade narcísica, raiva conflitiva, superego severo, experiência de culpa e vergonha, expectativas idealizadas e desvalorizadas do *self* e dos outros e os mecanismos característicos de defesa contra afetos dolorosos.

Com o progresso do tratamento, o paciente amplia o *insight* sobre os caminhos pelos quais tais dinâmicas se estruturaram, a ponto de condicionar as autopercepções e a percepção que tem dos outros. Durante as fases intermediárias e de terminação, têm-se, em geral, oportunidades de explorar a manifestação dos conflitos em múltiplos e variados contextos, incluindo as relações com o terapeuta, possibilitando ao paciente reconhecer as situações que acionam sua depressão. Tal percepção também ajuda no entendimento do que acontece internamente e, com isso, pode permitir

ao paciente sentir-se mais no controle dos sentimentos depressivos.

### ***Fase um: formando a aliança terapêutica e o enquadre do tratamento***

O terapeuta examina com o paciente os sintomas depressivos e seus contextos para descobrir determinantes do seu desenvolvimento, identificar áreas de conflito intrapsíquico e interpessoal e iniciar a compreensão do significado dos sintomas. Com essa colaboração, terapeuta e paciente formam uma aliança, sendo o terapeuta percebido, de forma ideal, como um colaborador, com autoridade, conhecimento e experiência em tratar a depressão. Nessa fase, as explorações iniciais dos sintomas do paciente são vinculadas a uma formulação dinâmica que especificamente integre as percepções do paciente com o entendimento do terapeuta. Assim, as respostas esperadas nessa fase seriam:

- a) redução dos sintomas depressivos
- b) possibilidade de se oferecer ao paciente formulações tentativas de temas centrais e dinamismos psíquicos envolvidos
- c) estabelecimento de uma boa relação de trabalho

### ***Fase dois: tratamento da vulnerabilidade à depressão***

Na fase intermediária do tratamento, o foco é ajudar o paciente a entender sua vulnerabilidade a sintomas depressivos. A versão individual do paciente sobre sua dinâmica central depressiva deve ser explorada e entendida de tantas perspectivas quanto possível em relação a como o paciente as experimentou.

Examinam-se vivências internas e fantasias em relação a objetos significativos no presente e no passado e na emergente relação com o terapeuta. Quanto maior o conhecimento que resulte dessa colaboração continuada, permite-se ao paciente identificar com mais facilidade a constelação depressiva, quando emerge, e experimentar melhor controle em manejá-la. As respostas esperadas nessa etapa são:

- a) redução da vulnerabilidade da autoestima a perdas, decepções e críticas
- b) aumento da tolerância à raiva, acompanhada do reconhecimento desse afeto e da tendência de dirigi-lo contra si mesmo
- c) redução dos comportamentos de culpa e autopunição
- d) melhora das relações interpessoais, menor contaminação por sentimentos de vergonha e pela idealização/desvalorização

### ***Fase três: terminação***

Na fase final, que pode se prolongar por meses, não é incomum o recrudescimento

de sentimentos depressivos ligados ao reviver de perdas e separações precoces, bem como manifestações de raiva pelo término, sentido como abandono, e pelas limitações da terapia e do terapeuta nos resultados alcançados (em geral, abaixo das expectativas idealizadas do paciente). Tais experiências, carregadas de emoções e tensões transferenciais, permitem um novo aprofundamento e exame das dinâmicas depressivas com as quais o paciente vem tendo que lidar ao longo da vida. Os sentimentos de perda e hostilidade podem estimular breves turbulências para o trabalho terapêutico e provocar a recorrência dos sintomas depressivos, entendidos agora como afetivamente carregados de significados em relação ao terapeuta.

Das respostas esperadas, além dos sentimentos com a terminação e a separação, aparece também a capacidade aumentada de lidar com a perda e a ferida narcísica associada. Além disso, pode-se esperar um uso mais efetivo da raiva, com menor autodirecionamento e redução de sentimentos de culpa e da necessidade de autopunições.



### **ILUSTRAÇÃO CLÍNICA**

O material clínico a seguir ilustra alguns aspectos da psicoterapia de uma paciente com depressão refratária, do tipo “introjetivo”, e uma estrutura caracterológica complicada que comprometia a eficácia de abordagens anteriores farmacológicas e psicoterápicas. Trata-se de Joana, 42 anos, dona de casa, divorciada, aposentada e com um filho de 8 anos. Apresentava um diagnóstico de fobia social grave, de longa data, com pouca resposta à psicoterapia cognitivo-comportamental (de grupo e individual) realizada em ambulatório especializado. A fobia social se associava a depressão, estando a paciente medicada com doses diárias de tranilcipromina (30 mg), lítio (900 mg), sulpirida (50 mg) e diazepam (5 mg) e acompanhada no Programa de Transtornos do Humor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Com melhoras parciais, foi encaminhada para psicoterapia de orientação analítica no ambulatório do mesmo hospital, onde foi atendida por uma médica residente durante um ano.

*(Continua)*



(Continuação)

Além da depressão, a paciente era portadora de uma malformação congênita de membros inferiores – osteonecrose da cabeça do fêmur direito e otopelve bilateral –, que a fazia mancar quando caminhava. Com a depressão atual, havia um histórico de violência doméstica e de traição por parte do ex-marido, pai de seu único filho. Morava, no momento, com os pais. O pai, alcoolista, era pouco mencionado, sendo referido como ausente e passivo; a mãe era obesa, cardiopata grave, com quem a paciente mais se ligava e a quem ajudava nos problemas de saúde. Joana trabalhou vários anos em uma grande loja de departamentos de Porto Alegre, chegando ao cargo de gerente. Por problemas financeiros, a loja foi desativada. Tentou trabalhar em uma loja de moda feminina, mas não conseguiu, em decorrência dos sintomas depressivos e ansiosos exacerbados pela perda do emprego e da vida conjugal atribulada.

Há oito anos, foi aposentada por depressão. Na mesma época, grávida, ocorreu sua separação conjugal. Após isso, passou a frequentar igrejas evangélicas e a reprimir totalmente sua sexualidade. Trocou algumas vezes de igreja, procurando instituições cada vez mais radicais e repressoras. Optou por uma seita na qual, para ser batizada, “não podia ter qualquer vaidade”. Passou a usar apenas saias longas, cabelo preso, sem brincos, nem maquiagem. Mantém ainda um quase imperceptível lápis de olhos e um batom claro – mas isso a impede de ser batizada. Sofre com tais restrições, porque sempre se considerou vaidosa, mas empenha-se em tentar impor também ao filho, de 8 anos, os mesmos preceitos repressivos de sua religião.

Uma hipótese de abordagem inicial considerou que sua predisposição a baixa autoestima e sentimentos depressivos pudesse ter-se organizado, desde a infância, em torno de suas malformações e deformações congênitas de membros inferiores. Sintomas posteriores, como fobia social grave, vergonha dos outros e constrangimento com sua sexualidade, talvez tivessem aí também seus pontos de referência. Em contrapartida, a paciente teve suficientes recursos de ego para avançar em seu desenvolvimento e defender-se, com algum sucesso, dessas vulnerabilidades narcísicas precoces: estudou, casou-se, teve um filho e chegou a alcançar uma autonomia profissional relativamente bem-sucedida. Porém, uma série de eventos adversos pareceu minar, de forma catastrófica, sua organização defensiva: maus-tratos e traição do marido, separação enquanto grávida, perda do emprego valorizado de gerente, volta para a casa dos pais e criação solitária do filho recém-nascido desencadearam um grave quadro fóbico e depressivo que só se agravou com a aposentadoria por incapacidade psiquiátrica.

Todos esses estressores reativaram sua raiva inconsciente contra o “destino” (os pais da infância, que a geraram deformada), surgindo intensos sentimentos de culpa, autoacusações e autocríticas vagas, que a fizeram regredir em suas aquisições de autonomia sexual, pessoal e profissional e a demandar rituais expiatórios e necessidades masoquísticas de privações, renúncias e submissão a um superego sádico, projetado nas instituições religiosas. Compreendeu-se que, com a saída do ex-marido violento de cena e a volta ao convívio com um pai enfraquecido e uma mãe cardiopata grave, a paciente precisou deslocar seus conflitos com a própria raiva e culpa para uma instituição religiosa “forte”, capaz de controlar e limitar seus impulsos agressivos. A outra “parte” da agressão, conforme hipotetizado psicanaliticamente, voltou-se contra si própria.

Este é um trecho de sessão em que exhibe, com clareza, suas necessidades de autoexpição, sem nenhum *insight* a respeito: “Estou esgotada... Ontem fiquei limpando a casa várias horas, até de madrugada... Fui à igreja e depois continuei limpando. Doem-me as pernas, porque, além da faxina, a igreja é longe, e minhas pernas não me ajudam...”. À pergunta da terapeuta de por que não se permitira algum descanso, responde: “Você descansar para que, doutora? Vou ganhar o que com isso? Um trofeuzinho por ter me sentado um pouco?”. A terapeuta assinala a ironia de Joana em relação a sua tentativa de ajudá-la e como essa ironia depois se volta contra a própria paciente, que se deprecia ainda mais.

(Continua)



(Continuação)

Mas como posso mudar? Sou um problema sem solução... Algumas coisas que conversamos eu consegui fazer. Solicitei a pensão ao meu ex-marido, consegui e não voltei atrás, como sempre fazia, por pena dele... Mas sigo fugindo das pessoas. Tenho certeza de que, se alguém me olhar, vai dizer: nossa, olha o jeito que ela está. Na semana passada tentei fazer roupinhas diferentes na costureira, ficaram ridículas no corpo que tenho hoje. Além disso, não são roupas que se adaptam à igreja...

A paciente, apesar das dificuldades, começa a estabelecer uma aliança terapêutica e se esforça para modificar seu funcionamento masoquista, exigindo a pensão alimentar do ex-marido. Ao mesmo tempo, porém, após o pequeno avanço, recrudescem-se as resistências, em especial as autoacusações e críticas contra si mesma (desencadeadas por ter buscado algum alívio financeiro com a pensão). O padrão autoexpiatório é repetitivo e continuado, despertando sentimentos de impotência e irritação na terapeuta.

Continuo sem tempo para meu filho. Não o levei na pracinha, não vejo seus cadernos e percebo que ele está ficando mais revoltado, estou assustada com isso. Na semana passada, fomos à igreja e sentamos na primeira fila. Ele levantou e foi lá para o último banco. Perguntei por que, e ele respondeu: “eu não queria estar lá, você nem perguntou se eu queria ir à igreja”. Fiquei surpresa com a reação dele. Nunca questionava as coisas. Agora quer que o matricule na escolinha de futebol. Acho que vou concordar, mas estou torcendo para que ele fracasse, para que jogue pior do que os outros, que fique chateado e não queira mais a escolinha. Resolvia o meu problema, ficaria aliviada. A igreja não aceita jogos, isso não é permitido. O que as pessoas vão pensar e falar se souberem? Vai contra a igreja, penso no que as pessoas vão falar de mim, ficaria com muita vergonha de ir à igreja.

Aqui se evidencia um problema que dificilmente seria abordado por técnicas breves ou meramente cognitivas: a de um eventual impasse terapêutico – ou reação terapêutica negativa. A paciente expressa (por meio do filho) que uma parte de sua mente, ligada à terapeuta, começa a se revoltar contra a submissão masoquista e a questionar suas atitudes autoexpiatórias. Mas isso lhe “cria um problema”, que acha que “seria resolvido” se conseguisse sabotar suas melhoras e fizesse a psicoterapia fracassar, e ela continuaria a se punir com a repressão superegoica da igreja. Também há uma expectativa inconsciente de conseguir “chatear” a terapeuta e de fazê-la desistir de segui-la tratando – vivenciada, contratransferencialmente, por sentimentos de irritação e impotência na terapeuta.

Percebe-se que seus conflitos e ambivalências são extensos, profundos e arraigados. A cada pequeno alívio, sente-se dividida entre ser abandonada por um objeto amoroso atacado (o filho, a terapeuta, os pais da infância) ou perder a aprovação do superego sádico (igreja), vivida como a contrapartida persecutória da imagem parental idealizada (que pune tanto suas agressões quanto sua sexualidade):

Tenho pensado muito em nossas conversas, elas têm me ajudado. Estou conseguindo deixar meu filho brincar com outras crianças, o que antes me angustiava. Mas outras coisas eu não deixo, porque a igreja não permite, e eu concordo com o pastor – por exemplo, meu filho só pode usar camiseta de manga curta: não pode regata nem camisa sem manga. Ele não sabe que tenho vergonha do que os outros, na igreja, irão pensar de mim, se eu deixar. Tenho que me dar conta de que não posso decidir tudo por ele. Mas meu maior medo é que ele venha a ter vergonha de mim, que se afaste, não goste mais de mim e temo que isso possa acontecer em algum momento.

(Continua)



(Continuação)

Em outro período mais adiantado da psicoterapia, a paciente refere ter economizado dinheiro e ido fazer roupas novas em uma costureira – o que não se permitia há anos. Porém, o resultado lhe provoca uma intensa reação negativa: acha que nada saiu como queria e que a costureira não seguira os moldes que lhe dera: “As saias ficaram sobrando, a blusa ficou larga, ridícula; ela disse que fazia as roupas exatamente como pediam e que nenhum cliente reclamava. Saí mal, chorei muito, nada dá certo pra mim, tanto tempo que eu não conseguia ter algo novo”. Surpresa com a resposta emocional intensa e desproporcional da paciente à costureira, a terapeuta lhe assinala isso e comenta “não notar que a saia que ela estava usando estivesse franzida demais, como dizia”. A paciente responde nitidamente furiosa: “É, doutora, então sou eu a louca, não é isso que a senhora quer dizer?! Eu não posso ter nada que preste? Para mim tem que servir qualquer coisa mal feita?! Eu sou a louca...”. A terapeuta sugere que a paciente estava experimentando agora, com ela, a mesma raiva que sentira pela costureira – e que talvez houvesse algo em comum entre ambas, mas que se perguntava, e à paciente, o que poderia ser.

A paciente associa que está sempre se sentindo frustrada, que nada dá certo, diz que a terapeuta não reparara em nenhum defeito na sua roupa, mas que ela sempre repara em tudo, especialmente nos outros, e acrescenta que a terapeuta “está sempre com uma roupa diferente”. Diz não conseguir ver o lado bom das coisas e que tem “uma exigência muito grande para tudo. Se não está perfeito, para mim não presta. Era assim quando eu era bonita, se não fosse para mostrar o perfeito, não mostrava nada. Sinto-me inferior, queria que as coisas fossem diferentes, não posso ter nada do que queria”. Esclarece “o que gostaria de ter, mas não pode”: “aquelas coisas de vaidade de mulher, o lápis no olho, o batom nos lábios...” “Doutora, queria pedir desculpas por ter sido agressiva. Não é culpa da senhora, sei que o que a doutora fala é verdade, acho que essa raiva é comigo mesma...”

Não é fácil entender por que a paciente se sente tão fortemente dividida em relação às suas identificações femininas, o que a deixa, ao mesmo tempo, tão atormentada pelo desejo de assumi-las e tão vazia e invejosa ao abrir mão delas e imaginar que a terapeuta possa desfrutar da feminilidade e da sexualidade adultas que ela não pode. Além do tipo caracteristicamente introjetivo da sua depressão, percebe-se, nesse caso, todas as dinâmicas teoricamente associadas à depressão: vulnerabilidade narcísica, raiva conflitiva, superego severo, experiência de culpa e vergonha, expectativas idealizadas e desvalorizadas do *self* e dos outros e defesas contra afetos dolorosos, como a negação, a projeção, a agressão passiva e a formação reativa. O trabalho terapêutico de esclarecer à paciente que, *em vez de não poder*, ela tem-se esforçado *ativamente* para renunciar a seus atributos e qualidades de mulher adulta – porque, entre outras coisas, lida com um ideal de ego narcisicamente investido de exigências de perfeição e onipotência e que a massacrava continuamente com autocríticas e autoacusações – será longo e difícil. Entretanto, terá que ser trilhado por ambas, terapeuta e paciente, se houver alguma esperança de alívio no futuro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a diminuição do entusiasmo a respeito das expectativas de que a “década do cérebro”, como foram chamados os 10 últimos anos do século XX, fosse resolver,

em definitivo, vários problemas que afetam a população mundial – entre eles, e em primeiro lugar, as depressões –, viu-se que a realidade do início do século XXI era outra. Na verdade, esforços gigantescos da indústria farmacêutica nos últimos 50 anos

não resultaram na descoberta de nenhum novo antidepressivo mais eficaz do que os introduzidos na década de 1960, como os tricíclicos e os inibidores da monoaminooxidase (MAO). A produção de novos psicofármacos antidepressivos, em todos esses anos, teve como objetivo apenas emular a eficácia dos antigos (sem muito sucesso), mas com menos efeitos colaterais (parcialmente conseguido). Porém, a taxa de resultados de remissão da depressão com todos os fármacos que existem no mercado se mantém, teimosamente, em torno dos 60%, muitos com melhoras apenas parciais. E a melhora da depressão associada a transtornos da personalidade é ainda menos significativa.

Dado esse estado atual da arte, não deixa de surpreender como a literatura científica atual tem minimizado a importância da compreensão e de abordagens psicodinâmicas da depressão – isoladamente ou associadas à psicofarmacologia, quando indicada. A pobreza de publicações nessa área, nos últimos 10 anos, pode ser aferida na consulta a bases de dados tanto psiquiátricos (PubMed) como psicanalíticos (Psychoanalytic Electronic Publishing). Mesmo assim, é estimulante se reaproximar da riqueza de *insights* alcançados por autores clássicos, comprometidos com a compreensão e o alívio dos sofrimentos depressivos em suas multiformes apresentações – e que tentamos, de forma parcial e limitada, revisitar neste capítulo.

Ainda assim, há um crescente consenso da necessidade de aproximações variadas a esse complexo fenômeno afetivo, que ultrapassam em muito o reducionismo biológico atualmente em vigor na maior parte das instituições acadêmicas. Nesse sentido, é importante manter a atenção a alguns esforços atuais de convergência entre modelos psicanalíticos e cognitivo-

-comportamentais na conceitualização da depressão, representados pelas contribuições psicodinâmicas de Blatt e colaboradores na Universidade de Yale e de Beck e seu grupo na Universidade da Pensilvânia.

Ambos propuseram que duas dimensões da personalidade, a *dependência interpessoal* (Blatt),\* ou *sociotropia* (Beck), e o *perfeccionismo autocrítico* (Blatt), ou *autonomia* (Beck), sejam fatores de vulnerabilidade para formas clínicas e não clínicas da depressão. Segundo eles, essas dimensões da personalidade estão associadas a diferentes estruturas de personalidade, a diferentes estilos de apego, a vulnerabilidades específicas para determinados eventos, a apresentações clínicas diferentes e a uma diferente resposta à psicoterapia e à farmacoterapia. O suporte para essas formulações veio de décadas de pesquisa empírica,<sup>47-49</sup> infelizmente ainda pouco conhecida por muitos pesquisadores na área da depressão. Wallerstein,<sup>50</sup> prefaciando o *The Theory and Treatment of Depression*, afirmou:

Uma visão da depressão, em um interacionismo dinâmico e etiologicamente baseado, enfatizando interações entre genética, adversidades precoces, estresses da vida atual e esquemas afetivo-cognitivos relativamente estáveis, ou dimensões da personalidade, emerge como um modelo que pode facilitar a integração de várias aproximações teóricas, metodológicas e clínicas da depressão. Simultaneamente, no entanto, muito trabalho ainda precisará ser feito.

\* Ainda que os nomes sejam diferentes porque ambos os autores partem de marcos referenciais também distintos, essas dimensões descrevem os mesmos fenômenos (dependência interpessoal = sociotropia; perfeccionismo autocrítico = autonomia).

**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. O tratamento psicodinâmico da depressão com psicoterapias psicanaliticamente informadas segue com um lugar assegurado no arsenal terapêutico atual.
2. A psicoterapia psicanalítica da depressão pressupõe um continuado foco nos sintomas depressivos, buscando, de forma progressiva, compreender as principais dinâmicas inconscientes envolvidas.
3. O principal gatilho da depressão é a vulnerabilidade narcísica.
4. As psicodinâmicas centrais da depressão incluem raiva conflitiva, superego severo, experiências de culpa e vergonha, expectativas idealizadas e desvalorizadas do *self* e dos outros, assim como mecanismos característicos de defesa contra afetos dolorosos (negação, projeção, agressão passiva e formação reativa).
5. A depressão é uma condição de alta prevalência, complexa, podendo ser recorrente e, para um considerável número de pacientes, uma doença crônica.
6. Há diversos modelos para explicar a etiologia e a persistência das síndromes depressivas, que consideraram a integração de vários fatores: vulnerabilidades biológicas e de temperamento, qualidade das relações primitivas de *attachment* e experiências significativas de infância acompanhadas por frustração, perda, vergonha, solidão ou culpa.
7. Uma forma empiricamente baseada de categorizar as depressões é sua divisão em dois grupos, as anaclíticas e as introjetivas.
8. A depressão anaclítica, ou dependente, caracteriza-se por sentimentos de solidão, desamparo e fragilidade. Os pacientes experimentam medos intensos e crônicos de abandono ou de ficarem desprotegidos, expressando profundas necessidades de serem amados, nutridos e cuidados.
9. A depressão introjetiva, ou autocrítica, apresenta-se com sentimentos de desvalia, inferioridade, fracasso e culpa. Os pacientes se engajam em permanente autoescrutínio e autoavaliação, com medo crônico de serem criticados ou desaprovados pelos outros.
10. Entre as indicações de psicoterapias de orientação analíticas, há evidências de que as formas anaclíticas respondem bem às formas breves e de apoio, enquanto as introjetivas demandam abordagens de longa duração.

**REFERÊNCIAS**

1. Ey H, Bernard P, Brisset CH. Manuel de Psychiatrie. Paris: Masson; 1965.
2. Corveleyn J, Luyten P, Blatt SJ. The theory and treatment of depression: towards a dynamic interactionism model. Leuven: Leuven University; 2005.
3. Freud S. Luto e melancolia. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 14. p. 275-91.
4. Freud S. Estudos sobre histeria. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974 v. 2. p. 152-89.
5. Freud S. Cinco lições de psicanálise. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1970. v. 11. p. 13-51.
6. Freud S. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1970. v. 10. p. 159-258.
7. Freud S. Totem e tabu. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 13. p. 20-191.

8. Freud S. Sobre narcisismo uma introdução. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 14. p. 89-119.
9. Freud S. Psicologia de grupo e análise do ego. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 18. p. 91-179.
10. Freud S. O ego e o id. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 19. p. 23-83.
11. Abraham K. Object-loss and introjection in normal mourning and in abnormal states of mind. In: Abraham K, Jones E. Selected papers on of Karl Abraham, M. D. London: Hogarth; 1949.
12. Radó S. The problem of melancholia. *Int J Psychoanal.* 1928;9:420-38.
13. Gaylin W. Psychodynamic understanding of depression: the meaning of despair. Northvale: J. Aronson; 1994.
14. Radó S. Psychodynamics of depression from the etiologic point of view. In: Gaylin W. Psychodynamic understanding of depression: the meaning of despair. Northvale: J. Aronson; 1994. p. 96-107.
15. Klein M. Una contribucion a la psicogenesis de los estados maniacodepresivos. In: Klein M. Contribuciones al psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé; 1964. p. 253-78.
16. Klein M. El duelo y su relación con los estados maniacodepresivos. In: Klein M. Contribuciones al psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé; 1964. p. 279-301.
17. Wisdom JO. Comparison and development of the psychoanalytical theories of melancholia. *Int J Psychoanal.* 1962;43:113-32.
18. Grinberg L. Culpa y depresión: estudio psicoanalítico. 3. ed. Buenos Aires: Paidós; 1973.
19. Martins M. Aspectos técnicos no tratamento psicanalítico da depressão. In: Martins M. Epilepsias e outros estudos psicanalíticos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983. p. 48-58.
20. Machado SCEP. O luto em Freud e Melanie Klein. *Rev Psiquiatr RS.* 1987;9(3):187-9.
21. Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. New York: W. W. Norton; [1945].
22. Bibring E. The mechanism of depression. In: Gaylin W, editor. Psychodynamic understanding of depression. Northvale: J. Aronson; 1994. p. 154-81.
23. Jacobson E. Depression: comparative studies of normal, neurotic, and psychotic conditions. New York: International Universities; [c1971].
24. Kohut H. The analysis of the self; a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. New York: International Universities; [1971].
25. Brenner C. Affect and psychic conflict. *Psychoanal Q.* 1975;44:5-28.
26. Bowlby J. Attachment and loss. Volume 1: attachment. London: Hogarth; 1969.
27. Bowlby J. Attachment and loss. Volume 3: loss. New York: Basic Books; 1980.
28. Stone L. Psychoanalytic observations on the pathology of depressive illness: selected spheres of ambiguity or disagreement. *J Am Psychoanal Assoc.* 1986;34(2):329-62.
29. Blatt SJ. Level of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanal Study Child.* 1974;29:107-57.
30. Blatt SJ, Quinlan DM, Chevron E. Empirical investigations of a psychoanalytic theory of depression. In: Masling J. Empirical studies of psychoanalytic theories. Volume 3. Hillsdale: Analytic; 1990. p. 89-174.
31. Blatt SJ, Quinlan DM, Chevron ES, McDonald C, Zuroff D. Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *J Consult Clin Psychol.* 1982;50(1): 113-24.
32. Blatt SJ, Schichman. Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought.* 1983;6:187-254.
33. Blatt SJ. Contribution of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *J Am Psychoanal Assoc.* 1998;46(3): 722-52.
34. Busch FN, Rudden M, Shapiro T. Psychodynamic treatment of depression. Washington: American Psychiatric; c2004.
35. Rudden M, Busch FN, Milrod B, Singer M, Aronson A, Roiphe J, et al. Panic disorder and depression: a psychodynamic ex-

- ploration of comorbidity. *Int J Psychoanal.* 2003;84(Pt 4):997-1015.
36. Karasu TB. Psychotherapy for depression. Northvale: J. Aronson; c1990.
  37. Luborsky L, Mark D, Hole AV, Popp C, Goldsmith B, Cacciola J. Supportive-expressive dynamic psychotherapy of depression: a time-limited version. In: Barber JP, Crits-Cristoph P, editors. *Dynamic therapies for psychiatric disorders: axis I.* New York: Basic Books; c1995. p. 13-42.
  38. Ferenczi S. Perfeccionamentos de la tecnica ativa en el psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis.* 1945;3(1):814-32.
  39. Franza A, French T. *Terapeutica psicoanalitica: princípios y aplicación.* 2. ed. Buenos Aires: Paidós; 1965.
  40. Balint M, Ornstein PH, Balint E. *Focal psychotherapy: an example of applied psychoanalysis.* London: Tavistock; 1972.
  41. Malan DH. *La psicoterapia breve.* Buenos Aires: Centro Editor da America Latina; [1974].
  42. Mann J. *Time-limited psychotherapy.* Cambridge: Harvard University; 1977.
  43. Sífneos P. *Psiquiatria breve dinâmica.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
  44. Eizirik CL. *Psicoterapia breve dinâmica.* In: Cordioli AV. *Psicoterapias: abordagens atuais.* 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 93-103.
  45. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy of depression.* New York: Basic Books; c1984.
  46. Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry.* New York: Norton; 1953.
  47. Blatt SJ. *Experiences of depression: theoretical, clinical, and research perspectives.* Washington: American Psychological Association; c2004.
  48. Blatt SJ, Zuroff DC. Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review.* 1992;12:527-62.
  49. Clark DA, Beck AT, Alford BA. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression.* New York: John Wiley; c1999.
  50. Wallerstein RS. Forewords. In: Corveleyn J, Luyten P, Blatt SJ. *The theory and treatment of depression: towards a dynamic interactionism model.* Leuven: Leuven University; 2005.

## LEITURAS SUGERIDAS

- Balslev Jørgensen M, Dam H, Bolwig TG. The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 1998;98(1):1-13.
- Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv.* 2002;53(5):585-90.
- De Jonghe F, Kool S, van Aalst G, Dekker J, Peen J. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord.* 2001;64(2-3):217-29.
- Enns MW, Swenson JR, McIntyre RS, Swinson RP, Kennedy SH; CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VII. Comorbidity. *Can J Psychiatry.* 2001;46 Suppl 1:77S-90S.
- Gabbard GO. Transtornos afetivos. In: Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinâmica: baseado do DSM-IV.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 155-73.
- Machado SCEP, Vasconcellos MCG. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: Cordioli AV. *Psicoterapias: abordagens atuais.* 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 77-97.
- Schetastsky S. *Psicoterapia interpessoal para a fase aguda da depressão.* In: Cordioli AV. *Psicoterapias: abordagens atuais.* 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 243-55.
- Schestatsky S, Shiba AS, Schestatsky G. *A psicoterapia nos transtornos bipolares.* In: Cordioli AV. *Psicoterapias: abordagens atuais.* 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 257-68.
- Strupp HH. Psychodynamic therapy: theory and research. In: Rush AJ, editor. *Short-term psychotherapies for depression: behavioral, interpersonal, cognitive, and psychodynamic approaches.* New York: Guilford; c1982.

# ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE HISTÉRICO

Joel Araújo Nogueira

## UM BREVE HISTÓRICO

A palavra “histeria” deriva do grego *histeron* (útero), e, desde Hipócrates, tal doença vinculava-se às migrações uterinas e ao represamento de substâncias humorais que, como consequência da abstinência sexual, produziam efeitos tóxicos a distância, tais como paralisias variadas, tremores, cegueiras, amnésias lacunares, dores, vômitos e desmaios – apenas para citar alguns sinais e sintomas dentro de um número quase interminável de configurações possíveis. Na versão hipocrática – que eu ousaria chamar de pré-histórica –, podemos, em um breve exercício inicial de revisão crítica sobre o tema, identificar a proposição da histeria uterina como uma enfermidade que, anatômica e conceitualmente, afetaria apenas as mulheres.

O estudo do fenômeno histérico na antiga Roma teve em Galeno um inovador, pois ele estabeleceu uma teoria sexual ou seminal para a histeria que não seria mais resultante apenas da migração uterina e tampouco de uma retenção das regras menstruais. Os homens também seriam afetados por meio da retenção do esperma, o que provocaria um efeito patológico em moldes semelhantes à versão freudia-

na para as “neuroses atuais”. Tal retenção causaria distúrbios depressivos, anorexia, digestão difícil e mais uma variada gama de distúrbios funcionais, a partir da frustração decorrente do livre curso do esperma, levando o indivíduo a um estado tóxico.

Posteriormente, no fim do século XIX, com Charcot e a neuropsiquiatria francesa, tratamentos como o mesmerismo, a hidroterapia e a eletroterapia tenderam a um plano secundário, em benefício da hipnose, técnica sugestiva cujos benefícios, também sugestivos e temporários, eram evidentes com pacientes histéricos. Na época, a nova técnica consagrou-se nas apresentações dramáticas tanto de Charcot quanto de seus pacientes, que, cercados por uma seleta plateia, da qual Freud fez parte, compunham o grande teatro que sempre cercou a doença histérica. Nesse período histórico, vemos, por meio do trabalho dos neurologistas Breuer, Charcot, Bérheim e Liébault, que empregavam a então moderna técnica do método hipnótico no tratamento dos pacientes histéricos, abrirem-se as portas para o nascimento do gênio Freud e para o advento de uma nova ciência, a psicanálise, que enriqueceu a psiquiatria clássica ao dar-lhe uma ampliação psicodinâmica.

Nos *Estudos sobre a histeria*,<sup>1</sup> praticamente todo o texto está baseado no tratamento de Ana “O”, efetuado por Breuer entre 1880 e 1882.

Freud e Breuer enfatizaram não ser a histeria uma doença degenerativa ou consequência de uma debilidade constitucional, como era então proposto por Charcot e Janet. Com Breuer e Ana “O”, temos os pródromos do tratamento pela palavra, sendo tal método denominado pela famosa paciente como “cura pela fala” (*talking cure*).

Conforme o relato sobre o atendimento de Bertha Pappenheim (Ana “O”), poderíamos depreender que esta teria hoje o diagnóstico de uma reação depressiva grave – com colorido caracterológico histerico – diante da doença e morte de seu pai. Ela apenas se alimentava quando na presença de Breuer, sendo que, após uns tantos movimentos regressivos e muito dramáticos, convenceu-o a vê-la duas vezes ao dia. Por fim, quando disse que esperava um filho seu (fantasia de gravidez), Breuer, assustado, interrompeu o tratamento (*acting out* contratransferencial), promovendo com sua esposa uma segunda lua de mel, que, segundo algumas fontes, resultou na geração de uma filha (Dora Breuer).

## O CASO DORA

Com a publicação do famoso “caso Dora” por Freud,<sup>2</sup> em 1905, temos as várias disposições triangulares bem descritas na história clínica. Como objeto de estudos, o “caso Dora” tem sido motivo dos mais variados enfoques, além de citação obrigatória em qualquer trabalho cujo tema seja histeria, Édipo, transferência ou contratransferên-

cia, apenas para ressaltar esses quatro tópicos dentro do vasto campo da psicanálise – que, no seu início, se confundia com os estudos sobre a histeria e com a pessoa do seu criador, Freud.

A paciente Ida Bauer, ou “Dora”, era uma adolescente que, no período compreendido entre 14 de outubro e 31 de dezembro de 1900, viera para tratamento, ao que parece mais pela vontade de seu pai, em função de um pretense risco de suicídio. Não é minha intenção dar conta das várias manifestações clínicas de “Dora” e muito menos tecer críticas quanto à indicação de tratamento analítico para uma adolescente desmotivada para tanto, que atendia mais às necessidades de seu pai e de um grupo familiar com várias ligações extraconjugais e com características endogâmicas angustiantes para ela. A jovem Ida Bauer passou, com sua emocionalidade intensa, sua labilidade de humor e suas ações tempestuosas, a criar problemas para seus componentes dentro de uma acomodação familiar neurótica, com a qual rompeu e da qual foi porta-voz.

Ao retomar esse caso clássico da literatura psicanalítica, quero apenas ilustrar uma das perspectivas importantes a partir da qual entendo o funcionamento da estrutura histérica, em seu colorido histriônico e com suas interrupções temporárias ou definitivas, frequentes nos tratamentos psiquiátricos, psicoterápicos e psicanalíticos.

Em tais pacientes com transtornos histriônicos de caráter, verifica-se a supremacia da necessidade da representação sobre o sentimento de incapacidade para viver e lidar com uma realidade que precisa ser evitada e/ou maquiada a qualquer preço.

São pacientes ávidos pela atenção de seu psiquiatra, médico ou psicoterapeuta,

os quais, muitas vezes, somente conseguem realizar os tratamentos indicados em diversos “capítulos”, com interrupções e retornos, o que gera frustrações e rechaços por parte dos profissionais envolvidos. Nesse sentido, “Dora” frustrou Freud ao abandoná-lo, e Ana “O” levou Breuer a fugir e a interromper, assustado, o tratamento, abandonando a própria psicanálise.

## **CARÁTER HISTÉRICO: TRANSTORNO DA PERSONALIDADE HISTRIÔNICA**

Conforme o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*,<sup>3</sup> a característica essencial do transtorno da personalidade histriônica consiste em um padrão global de excessiva emotividade e comportamento, pautado pela busca de atenção. Tal descrição, por ser fenomenológica, nos proporciona apenas uma visão parcial, manifesta, daquilo que ocorre no fenômeno histérico e/ou histriônico, que é bem mais amplo e complexo em sua configuração psicodinâmica.

É importante salientar que, na antiga Roma, o termo “histrião” era atribuído a atores ou atrizes que interpretavam situações do cotidiano da vida das pessoas que não podiam ou não deviam ser mostradas às claras. Tais situações eram dramatizadas por meio de farsas bufonas, cômicas ou trágicas, que tinham como objetivo principal comunicar e causar impacto nos espectadores. Com base nessa ilustração, assinalamos como a conduta histriônica manifesta dos indivíduos com personalidades histéricas pode provocar uma rotulação com um tom muitas vezes pejorativo, de que são teatrais, simuladores, enganadores e, portanto, não autênticos. Porém, segundo a compreensão psicanalítica, lembramos que

tais pessoas somente podem se comunicar por meio do gesto, do exibicionismo e da conduta sedutora, impactando seu ambiente imediato com um apelo dramático, do qual não são conscientes.

O paciente, em seu histrionismo, não opta por essa comunicação, ele apenas faz o que pode. É uma vítima do seu jeito de ser, não um ator ou atriz, mas um doente.

Fenichel<sup>4</sup> chama a atenção para o fato de que, no caráter histérico, em sua fuga da realidade para a fantasia, está sempre presente a tentativa de dominar a ansiedade mediante uma representação dirigida a um auditório. É uma tentativa de induzir os circunstantes a participarem de suas fantasias, para obter uma tranquilização contra a ansiedade, a fim de lograr também uma satisfação instintiva, mediante a participação de outras pessoas. A comunicação histriônica, não verbal, predominantemente gestual, pode gerar grande sofrimento pelo impacto causado na mente do psiquiatra ou psicanalista, o que, com frequência, leva o profissional a incluir regras e parâmetros no tratamento, supostamente para a preservação de um *setting* idealmente neutro – e justificados como medidas de proteção para o paciente. Tal sofrimento psíquico, quando muito intenso, pode configurar uma reação contratransferencial patológica, capaz de levar a enganos diagnósticos, prognósticos e terapêuticos.

Nesse sentido, indivíduos enfermos, com traços marcados de personalidade histérica, são tratados como portadores de patologias variadas, como transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtorno de pânico, transtornos alimentares, transtornos dissociativos, transtornos conversivos e outros tantos que fazem parte

da nosologia psiquiátrica e psicanalítica consagradas na clínica. Segundo Nogueira,<sup>5</sup> tais reverberações diagnósticas são, algumas vezes, concomitantes com a doença histérica da personalidade e, em outras oportunidades, constituem ou expressam aspectos parciais dessa condição e das suas bases psicodinâmicas e que dizem respeito aos seus componentes orais, mais primitivos. O referido autor conclui que, em razão do exposto, os enganos terapêuticos tornam-se frequentes na clínica psiquiátrica e psicanalítica, levando, muitas vezes, ao uso desnecessário de drogas variadas, na consagração da dependência oral que limita as funções egoicas e favorece ganhos secundários, evidentes em um processo patológico que apenas incrementa regressão, dependência e infantilização do paciente.

Na mesma linha de entendimento e abordagem que salienta a comunicação mais primitiva por meio do corpo e da oralidade, McDougall<sup>6</sup> afirma que, nas criações histéricas, o *soma* empresta suas funções à *psique* a fim de traduzir simbolicamente conflitos e fantasias primitivos.

Easser e Lesser,<sup>7</sup> em um trabalho clássico de reavaliação da personalidade histérica, ressaltaram uma série de aspectos, entre os quais dois são mais importantes.

O primeiro diz respeito ao fato de o psiquiatra, psicoterapeuta ou psicanalista, na contratransferência, ser levado a contagiarse pelo afeto exagerado do paciente, em uma clara alusão à comunicação não verbal e ao risco inferido de atuação contratransferencial. O segundo aspecto refere-se à classificação proposta pelos autores de “caráter histérico” e “estados histeroides”. Entre os pacientes classificados no grupo “histeroide”, incluem-se aqueles com características orais/dependentes, muitas vezes diagnosticados como limitótrofos ou psicóticos. Chasseguet-Smirgel<sup>8</sup> também avança a hipótese de regressões importantes ao nível oral e a possibilidade da existência de uma psicose histérica, em que ficaria difícil delimitar o que pertence à histeria e o que pertence à esquizofrenia. Outro autor importante e atual, Brenman,<sup>9</sup> também enfoca a histeria como uma estrutura defensiva contra uma suposta catástrofe mental (psicose). Afirma que pacientes com caráter histérico criam e mantêm vínculos idealizados com pessoas significativas em suas vidas na tentativa de prevenir potenciais depressões graves.

Ao encerrar este tópico, convém salientar o fato de que a histeria tem sido descrita, do ponto de vista psicodinâmico, em duas perspectivas importantes, com flutuações frequentes entre elas, como mostra a Figura 31.1.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Lúcia é uma mulher jovem, profissional liberal, que exerce sua atividade tutelada ora pelo pai, ora pelo irmão. Tem nível intelectual elevado, o que contrasta com a dificuldade para a resolução de problemas práticos do seu dia a dia. É uma mulher bonita e sedutora, tanto na aparência quanto no gesto, promovendo

(*Continua*)



(Continuação)

uma continuada erotização das relações sociais, com a correspondente evitação da vida sexual genital com seus companheiros eventuais. Tem uma ânsia desmedida por ser vista, olhada e admirada, a bem da manutenção de sua autoestima, pois não reconhece sua beleza física, devido a uma autoimagem distorcida, o que provoca uma preocupação permanente com seu corpo, que considera feio e imperfeito. Desde os 12 anos, alterna períodos de bulimia e anorexia. Dependendo do momento em que se encontra no tratamento, sua comunicação por meio da mímica, do olhar e da expressão corporal ora traduz uma menina tímida, dependente, totalmente incapaz, ora uma mulher sedutora, dona de si mesma, desinibida. Nos episódios de anorexia, tenta atingir (retornar) um “peso ideal” de 38 quilos, que corresponde ao seu *status* ponderal dos 12 anos de idade. Fez cirurgia plástica (castração, mutilação) com aval dos pais e dos médicos que a atendiam na época, induzidos pela ideia e argumentação da paciente de reduzir o tamanho dos seios. Sua peregrinação por consultórios teve início em torno dos 14 anos de idade. Os impasses e as interrupções consequentes sempre ocorreram naqueles momentos em que predominavam sintomas depressivos, quando, então, o uso de medicação era privilegiado. Foi diagnosticada como portadora de depressão endógena, transtorno de pânico, psicose maníaco-depressiva, caráter narcisista, anorexia nervosa e transtorno compulsivo. Leu muito a respeito de suas possíveis patologias psiquiátricas e psicanalíticas.

Pode-se dizer que o tratamento de orientação analítica de Lúcia, que teve a duração de aproximadamente seis anos, transcorreu “em capítulos”. Ela o interrompeu em três momentos, sempre retornando após intervalos que variaram entre 15 e 180 dias. Na primeira interrupção, estava deprimida devido à natureza do processo psicoterapêutico, tendo tal situação sido potencializada por força de desencadeantes externos (perdas, separações). Nesses momentos, promovia ataques verbais a mim, ao vínculo, à psicoterapia e ao *setting*, bem como comunicações não verbais aos familiares de que, devido ao tratamento, estava afundando em uma depressão, cuja gravidade não estaria sendo percebida por seu psicoterapeuta – o que a estava fazendo marchar para uma possível autodestruição (suicídio). Tal comunicação era expressa pelo choro frequente, pelo comer ou não comer, por microacidentes, sempre marcada por seu jeito histriônico, a sugerir aos circunstantes a hipótese da consumação suicida iminente.

Configuração	Psicossexualidade- -padrão	Ansiedade mental	Funcionamento relacional
1ª) Triangular	Fálica/ genital/anal	Ansiedade	Neurose edípica de castração
2ª) Dual/fusional/ oral	Ansiedade de desintegração	Psicose pré-edípica (pânico, estados confusionais)	Perversão

Figura 31.1 Perspectivas descritivas da histeria.

Em razão de sua comunicação primitiva, não verbal, via ação (*acting out*), Lúcia deixou a mim, familiares e amigos inundados por seu temor suicida. Os telefonemas frequentes e os vários recados lacônicos (quando não falava diretamente comigo) causavam-me grande angústia, com sentimentos predominantes de impotência para tratá-la e insegurança quanto ao método empregado – a psicoterapia de orientação analítica.

A crise instalou-se após a ruptura com o companheiro com o qual vinha conseguindo, pela primeira vez, manter uma relação estável. A situação descrita coincidiu com uma interrupção da psicoterapia devido a uma viagem minha, da qual a paciente fora avisada com grande antecedência. Falei com os pais de Lúcia, com os irmãos e com outros médicos familiares, inadvertidamente coparticipando dessa verdadeira inundação do “*setting* psicoterápico”, em uma ampliação e distorção do campo psicoterápico, dentro do qual a paciente, de forma dissociada, também falava por meio de “prepostos” – isto é, por identificações projetivas – acionados pelas ansiedades que contagiavam a todos. Por momentos, sentia-me em dúvida quanto à capacidade da paciente e também quanto à minha de ajudá-la por meio de uma psicoterapia analiticamente orientada, predominando um sentimento geral de impossibilidade de contenção da paciente a não ser por medicação/repressão. Posteriormente, Lúcia foi medicada por outros dois colegas com antidepressivos, antipsicóticos e lítio.

Após o retorno das férias, e com o passar do tempo (quatro meses), como a paciente não apresentou melhoras, o movimento passou a tomar um sentido oposto, ou seja, as dúvidas (dissociação) eram

agora colocadas sobre o(s) tratamento(s) vigente(s), e recomeçava a tentativa de retorno à situação anterior, qual seja, a psicoterapia comigo. O tratamento medicamentoso e de apoio estava denegrido, e a psicoterapia, novamente idealizada. Os pais, bem como os demais circunstâncias já mencionados, foram induzidos por Lúcia a tentar, junto a mim (compondo uma verdadeira “comissão diplomática”, com pedidos de desculpas, representando a paciente pela identificação projetiva), seu retorno à psicoterapia – pois havia um consenso médico-familiar de que fora com ela o seu período de maior progresso pessoal. A própria paciente havia desenvolvido uma razoável capacidade de autoanálise (função analítica estabelecida em algum grau em sua mente), no sentido de perceber que sua intolerância às perdas e à dor psíquica levava-a a colocar em risco todas as conquistas anteriores, representadas por passos importantes que havia dado em sua vida pessoal: nível razoável de autonomia psicológica, independência econômica, crescimento profissional, controle da bulimia/anorexia e uma vida sexual com razoável capacidade de obter prazer dentro de um vínculo estável com seu companheiro da época.

Por meio dessa breve ilustração clínica, é possível perceber todo um movimento de uma paciente com transtorno da personalidade histriônica (caráter histérico): seu movimento regressivo dentro do tratamento, as comunicações primitivas, dramáticas, seus rompantes histriônicos, em que a ação substitui a palavra e aciona seus circunstâncias, médicos e familiares, produzindo momentos confusionais em todos e promovendo tratamentos que avançam de forma não linear, mas em “capítulos” interrompidos e retomados.

## OS TRATAMENTOS “EM CAPÍTULOS”: O PREDOMÍNIO DO REPETIR SOBRE O RECORDAR

Os pacientes que vemos hoje não são, em linhas gerais, os mesmos descritos por Charcot, Freud ou Breuer. A diferença clínica maior ocorre em razão de que os transtornos de caráter ou de personalidade são muito mais frequentes nos indivíduos que buscam tratamentos psicoterápicos, ao contrário das condições sintomáticas, bem mais raras.

Freud,<sup>10</sup> em um de seus raros trabalhos sobre a técnica psicanalítica, alerta para o fato de que, em muitos momentos de um tratamento, o paciente não consegue recordar e pôr em palavras o que esqueceu e reprimiu, podendo apenas se expressar pela ação, pelo gesto, pela conduta (*acting out*). A reprodução da vida anímica (inconsciente) não se dá como lembrança, mas como ação.

Com o paciente histérico, conforme a ilustração da vinheta clínica, é frequente a quebra do *setting* originalmente combinado, por meio das mais variadas formas de atuação.

A partir do exemplo clínico, podemos identificar várias modalidades de *acting out*, tais como:

- a) introdução de familiares no campo psicoterápico, em razão da conduta perturbada e perturbadora da paciente, gerando preocupações importantes em toda a família
- b) indução à necessidade de tratamentos paralelos

- c) como decorrência direta dos itens a e b, criam-se situações especiais, de exceção, contaminando o *setting* ou ampliando-o e exigindo a compreensão psicodinâmica necessária para reverter a situação terapêutica em favor da continuidade do processo psicoterápico

Todas essas variações possíveis são características daqueles tratamentos ditos combinados. Em tais circunstâncias, as interações com outro(s) colega(s) e com familiar(es) resultam no incremento dos mecanismos de dissociação (funcionamento esquizoparanoide), que se expressam pela idealização de um e pela desvalorização concomitante do outro, em um processo que se alterna com grande frequência. Pode ocorrer, também com frequência, uma pressão para substituir a terapia pela terapêutica medicamentosa. A possibilidade de lançar mão de acompanhantes qualificados, como egoauxiliares, e a dramática hipótese de internamentos breves, eventuais, são procedimentos gerados pela angústia do paciente, como consequência direta da contaminação do meio circundante e, em especial, da pessoa do psiquiatra/psicoterapeuta.

As hipóteses resumidamente descritas e potencialmente geradoras de impasses são, então, provocadas pela conjugação de variados fatores, pertinentes tanto ao caráter histérico do paciente quanto aos impactos produzidos na mente do profissional assistente. Elas resultam em respostas interativas do par terapeuta-paciente que nos remetem às interrogações de como e quando passaram a acontecer com maior intensidade.

Em essência, ocorrem quando os níveis de tensão transferencial e contratransferencial elevados promovem ou expressam um sofrimento emocional intenso,

tanto no paciente, por força da sua patologia, quanto no psiquiatra/psicoterapeuta, que, nos momentos críticos, confusionais, tem suas capacidades de entendimento e de contenção bloqueadas, sentindo dúvidas sobre sua competência e sobre o método em prática: a psicoterapia de orientação analítica ou a psicanálise.

Muitas dessas situações de impasse podem configurar apenas rupturas temporárias dos tratamentos, representando verdadeiras tomadas de fôlego e de tempo, fraudando a expectativa de um tratamento com um curso linear, ideal.

Os tratamentos “em capítulos”, com frequência, são as formulações possíveis e necessárias com tais pacientes, pois, nos momentos críticos destacados, desenvolvem-se estados transitórios semelhantes às psicoses. Nesses períodos, a comunicação é pré-verbal e faz-se de maneira mais primitiva, pelo gesto, pela ação; nem o paciente e, às vezes, nem o psiquiatra/psicoterapeuta conseguem respeitar as normas convencionais da comunicação verbal terapêutica, que se daria idealmente regida pelo domínio do processo secundário do pensamento. Tais reações explosivas, dramáticas, de cunho depressivo/paranoide, produzem uma ruptura delimitada com a realidade, ficando a função analítica do par borrada ou bloqueada por um tempo variável, em cada situação, que vai de minutos até algumas horas, ou mesmo dias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à amplitude do tema, uma série de questões naturalmente se impõe no sentido do que vem a ser o essencial na

configuração da patologia histérica e/ou histriônica. Na literatura psicodinâmica, cada autor, partindo de perspectivas teóricas diferentes, enfatiza um ou outro aspecto parcial referente à fenomenologia histérica, o que pode, muitas vezes, levar a uma falsa impressão de patologias diferentes. Poderão ser ressaltados a fixação fálica, sua estruturação triangular, a repressão como defesa predominante, as amnésias lacunares, as conversões/somatizações dos afetos, a ansiedade de castração e o nível edípico clássico razoavelmente delineado. Sob outro enfoque, será salientada a conduta sedutora, teatral, na qual a migração entre a inibição e o exibicionismo privilegia a comunicação por meio do corpo, do gesto, da ação, configurando uma estruturação caracterológica defensiva ante aquelas ansiedades mais primitivas, de cunho depressivo e paranoide, cujas bases orais também são evidentes na clínica psicanalítica.

Com base no material clínico descrito, é importante salientar que, nos tratamentos psiquiátricos ou nas abordagens psicoterápicas com ou sem orientação psicanalítica, pacientes com transtorno da personalidade histérica, nos seus momentos mais ansiogênicos, comunicam-se de forma mais primitiva, prevalecendo a magia gestual, quando o repetir predomina sobre o recordar. Tal predomínio da comunicação gestual e da ação (*acting out* e *acting in*) sobre a comunicação pela palavra traz repercussões importantes no campo de tratamento, que é representado, em sua essência, pelo psicoterapeuta e seu paciente, a partir da prevalência do mecanismo da identificação projetiva maciça. A capacidade de contenção/tolerância e de entendimento/tradução, por parte do terapeuta, é colocada à prova e delimitada por seu sofrimento emocional.

Assim, na dependência da acuidade clínica e da capacidade de tolerância do

psicoterapeuta para com a formulação prognóstica possível com seu paciente, este poderá ter seu tratamento apenas efetivado

“em capítulos”, caracterizados pela alternância de interrupções e retornos, e não da forma idealmente linear, desejada por todos.

### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Em pacientes com transtornos histriônicos de caráter, verifica-se a supremacia da necessidade da representação sobre o sentimento de incapacidade para viver e lidar com uma realidade que precisa ser evitada e/ou maquiada a qualquer preço.
2. O paciente, em seu histrionismo, não opta por essa forma de comunicação melodramática e infantilizada, ele apenas faz o que pode.
3. No caráter histérico, na fuga da realidade para a fantasia, está sempre presente a tentativa de dominar a ansiedade mediante uma representação dirigida a um auditório.
4. O sofrimento psíquico, intensificado pela teatralidade, pode desencadear reações contratransferenciais perturbadas, que podem induzir enganos diagnósticos, prognósticos e terapêuticos.
5. O uso desnecessário de variados psicofármacos pode reforçar, com esses pacientes, a dependência oral, que limita as funções egoicas e favorece ganhos secundários.
6. Com o paciente histérico, é frequente a quebra do *setting* originalmente combinado, por meio das mais variadas formas de atuação.
7. As psicoterapias podem configurar muitas situações de impasses, que se expressam por rupturas temporárias dos tratamentos, representando tomadas de fôlego e de tempo do par terapeuta-paciente e fraudando expectativas de um tratamento com um curso linear normal.
8. Frequentes reações explosivas, dramáticas, de cunho depressivo/paranoide, por parte do paciente, podem produzir rupturas delimitadas com a realidade, ficando a função analítica do par bloqueada por um tempo variável, que vai de minutos até algumas horas, ou mesmo dias.

## REFERÊNCIAS

1. Freud S. Estudos sobre a histeria (1893-1895). In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 2.
2. Freud S. Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 7.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
4. Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós; 1973.
5. Nogueira JA. As bases orais da histeria. Revista de Psicanálise da SPPA. 2000;7(2):251-66.
6. McDougall J. O psicossoma e a psicanálise. In: McDougall J. Em defesa de uma certa anormalidade: teoria clínica e psicoanalítica. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
7. Easser BR, Lesser SR. Hysterical personality: a re-evaluation. Psychoanal Q. 1965;34:390-412.
8. Chasseguet-Smirgel J. É a histeria o negativo da perversão? In: Conferência na Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre; 1978; Porto Alegre.
9. Brenman E. Hysteria. Int J Psychoanal. 1985; 66(4):423-32.
10. Freud S. Recordar, repetir e elaborar. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12.



32

## ABORDAGEM DO LUTO

Cláudio Laks Eizirik  
Cátia Olivier Mello  
Jair Knijnik

A morte é a única situação da vida humana que não dispensa um ritual,<sup>1</sup> tendo sido estudada tanto do ponto de vista do desenvolvimento normal como de expressão da cultura.<sup>2,3</sup> Isso, possivelmente, se deve ao fato de que nos é impossível representar a própria morte. Para Kóvacs,<sup>4</sup> a morte de outra pessoa se traduz na possibilidade de experiência da morte em vida.

Nas palavras de Green<sup>5</sup>

O homem não consegue saber o que é a morte, nem consciente, nem inconscientemente. Do mesmo modo que não concebe o infinito no espaço ou no tempo, o afeto não compreende aquilo que a razão acredita saber. Sei que a morte existe e que é o fim inelutável de toda vida, mas não acredito nisso.

O sentimento de pesar e falta de alguém que morreu, entretanto, pode ter um lugar no imaginário humano a partir da realização de um processo interno que se desenvolve após a morte de uma pessoa significativa.

### DEFINIÇÃO E DESCRIÇÃO DO LUTO NORMAL

Para Freud,<sup>6</sup> o luto é a reação normal e esperada nos humanos que ocorre quando da

morte ou perda de alguém amado ou importante emocionalmente ou da perda de uma situação, ocupação ou abstração ou lembrança igualmente relevantes, como, por exemplo, a perda da liberdade ou de um ideal de vida. O mundo parece empobrecido aos olhos do enlutado. É um processo que tem como objetivo incorporar à mente a perda ocorrida na realidade. Assim, pode-se esperar manifestações de luto sempre que algo for sentido pelo sujeito como “morte”, em grande ou pequena escala, como em separações conjugais ou de amigos próximos. Mudanças são também vividas, muitas vezes, como separações e, portanto, desencadeiam o mesmo tipo de processo, ainda que atenuado. Desse modo, é comum encontrarmos pessoas que mudaram de país, de cidade ou mesmo de casa e que, apesar de estarem contentes pela mudança, enfrentam, ao mesmo tempo, sentimentos semelhantes aos encontrados quando da perda de uma pessoa querida.

A parte perceptível desse processo se caracteriza, inicialmente, pela repetida rememoração da perda, sempre acompanhada do sentimento de tristeza e de choro, após o que a pessoa acaba se consolando. Com a evolução do processo, passam a ser rememoradas outras cenas, agradáveis

e desagradáveis, nem sempre seguidas de tristeza e choro, mas sempre com a consolação final. A duração desse fenômeno é variável, embora se constate que sua elaboração é sempre lenta e acompanhada de graus variáveis de falta de interesse pelo mundo exterior, de tristeza e de seus corolários, que vão diminuindo conforme o processo avança.

É comum, também, que, à medida que a pessoa vai retomando sua vida e o interesse por suas atividades habituais, se sinta, em algumas ocasiões, culpada por estar fazendo isso com prazer, sem a pessoa que morreu ou foi perdida de outra forma. Isso ocorre porque, a cada nova data que precisa ser vivida sem a pessoa perdida (aniversários, primeira semana no trabalho, primeiras férias, primeiro Natal, entre outras), é necessário constatar, sob o aspecto cognitivo e emocional, que a vida segue, a despeito da pessoa que não mais participa dela. Evidentemente, tal percepção precisa ser acompanhada de um equivalente emocional, de uma quantidade de emoção que localize a pessoa sobrevivente (pois, muitas vezes, é assim que se sente o enlutado) em um mundo para ela tão diferente, em que lhe falta algo fundamental. O processo vai se extinguindo de modo gradual, com a diminuição da tristeza e do choro e a volta do interesse pelo mundo exterior.

Ao final, a pessoa perdida passa a ser localizada no mundo interno do enlutado como uma lembrança; o sentimento de tristeza desaparece, e a vida afetiva retoma seu curso, sendo agora viável a possibilidade da existência de novas ligações afetivas.

Em função do enorme dispêndio de energia e esforço requerido para dar conta das representações, dos afetos investi-

dos e da autoimagem que deve se modificar agora que o mundo não abriga mais aquela pessoa, dá-se o nome de “trabalho de luto” ao processo de elaboração do luto normal. É um processo normal, segundo o qual, lentamente, a pessoa vai vivendo e colhendo informações das realidades externa e interna acerca de como viver sem o ser amado em todas as situações em que estava acostumada a viver com ele. Ao final do trabalho de luto, à custa de tempo e investimento nas lembranças relacionadas com o morto, a realidade costuma vencer, o ego se sente livre para reinvestir em outro objeto. A duração varia conforme a relação prévia entre o morto e a pessoa enlutada. Em *Notas sobre um caso de neurose obsessiva*, Freud<sup>7</sup> estimou de 1 a 2 anos o tempo que, em geral, o ego precisa para realizar o trabalho de luto.

As razões para que o trabalho de luto dure tempo devem-se, também, à natureza ambivalente de todas as relações humanas, natureza esta que leva, muitas vezes, o sobrevivente a se sentir culpado por não ter sido ele quem morreu, e sim a pessoa da qual gostava.

Isso ocorre em função dos momentos nos quais não gostou de estar na presença do (agora) morto. Uma das maneiras de acompanhar a evolução da elaboração do luto é, além da retomada das atividades cotidianas, acompanhar os sonhos. Neles, o sobrevivente vai, aos poucos, representando como sente a vida e o mundo sem o ente perdido; e a realidade externa, de forma gradual, vai se tornando mais parecida com a realidade externa, havendo a assimilação da morte.

Assim, no início, os sonhos são “sonhados” realizando o desejo de que a pessoa não tenha morrido. Ela é tão viva no

sonho como qualquer outra personagem. Gradativamente, ela pode passar a figurar como observadora, ou estar presente, mas não interagir como os outros, até que não figure mais, ou que, no sonho, se saiba que o morto não está ali porque morreu. Este é um processo lento, mas que possibilita a ocorrência de modificações internas, dando notícia para o sobrevivente de que o fato da morte é irreversível.

## DEFINIÇÃO E DESCRIÇÃO DO LUTO PATOLÓGICO

O luto patológico é o estado mental decorrente da não instalação ou da interrupção do processo normal do trabalho de luto. Resulta na cronificação dos processos normais que se seguem a tais perdas, não permitindo à pessoa enlutada retomar sua vida normal como era antes da perda. O fator tempo deve ser considerado, segundo Eizirik e colaboradores.<sup>8</sup> Segundo os autores,

[...] quando predominam resultados negativos por um tempo excessivo ou quando as proporções destes se tornam exageradamente grandes, complicadas, distorcidas ou atípicas, é evidente que um processo patológico está se estabelecendo, exigindo algum tipo de intervenção terapêutica.<sup>8</sup>

Tal como no luto normal, qualquer situação que signifique a “morte” de algo pode desencadear um processo de luto patológico e cronificar-se, não apenas a morte de uma pessoa.

Por incapacidade de integrar a perda (e suas consequências transformadoras) ao mundo mental, o processo normal do luto é interrompido pela identificação do enlutado com a pessoa morta. Existem várias formas e gradações de apresentação clínica dessa situação, todas relacionadas à

depressão e tendo na melancolia sua forma extrema. Se, no luto normal, era o mundo que se empobrecia, no luto patológico, é o ego que está mais pobre, segundo observa Freud, em *Luto e melancolia*:<sup>6</sup>

[...] a sombra do objeto cai sobre o ego, que pode então ser julgado por uma instância especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado.

## COMPREENSÃO PSICANALÍTICA

Freud atribuiu à hostilidade para com a pessoa perdida um papel central na transformação do luto normal em patológico.

Cabe lembrar que Abraham<sup>9</sup> foi pioneiro nesse tema, ao atribuir à repressão das fantasias sádicas e ao componente sádico da libido um papel central na gênese da melancolia. O melancólico sente-se inconscientemente incapaz de amar e de ser amado. O objeto amado é odiado por sua cruel deserção, e o ego, ao se perceber cheio de ódio, sente-se indigno de amor. Em *Totem e tabu*, Freud<sup>10</sup> ressalta que o luto tem uma missão psíquica muito específica – sua função é desligar dos mortos as lembranças e as esperanças dos sobreviventes. Quando isso é conseguido, o sofrimento diminui e, com ele, o remorso e as autoacusações, permitindo que um novo ciclo se inicie, inclusive porque parte do material componente da nova etapa da vida será composta pelas lembranças e identificações conseguidas mediante o convívio com a pessoa perdida.

Tais identificações, deve-se sublinhar, têm função estruturante, e não alienante, como ocorre na melancolia. Freud afirma, ainda, que, quando ocorre uma morte, a pessoa ligada ao morto experimenta sen-

timentos ambivalentes em relação a ele, sentindo, portanto, amor e ódio, afeição e hostilidade. A hostilidade, no entanto, permanece inconsciente, razão pela qual o sobrevivente experimenta tantos sentimentos de medo com relação a quem morreu. Como exemplo disso, podemos observar que, quando morre alguém, ouvimos muito mais de seus feitos e qualidades do que de seus defeitos e más ações, os quais, como qualquer pessoa, certamente realizou. Como bem diz o ditado popular, “Quem morre vira santo”, ou, como costumava citar Freud, “*De mortuis nihil nise bonum*” (“Dos mortos só se falam coisas boas”).

Além de ambivalente, a natureza da ligação com o objeto no luto patológico é narcísica, como aponta Freud em *Luto e melancolia*.<sup>6</sup> Sendo esta a sua natureza, em vez de poder enfrentar a perda e separar-se do objeto realizando o verdadeiro trabalho de luto, o enlutado instala-o dentro de si por intermédio de uma identificação narcísica: “agora eu sou o objeto”. Quinodoz,<sup>11</sup> inclusive, realça que a identificação narcísica implica “ser um com o objeto” e que amar o objeto é ser o objeto. Desse modo onipotente, não há separação nem perda. Tudo estaria bem se esse objeto, agora instalado no ego, não continuasse extraindo energia e investimento por parte do sujeito. É isso que Freud quis transmitir quando disse que “a sombra do objeto recai sobre o ego”.

Seguindo essa linha de raciocínio, perguntamo-nos em que medida a maior ambivalência da relação pode prognosticar o trabalho de luto. A resposta é que, em geral, quanto maior a ambivalência, mais difícil o trabalho de luto. O que está em jogo é a hostilidade dirigida ao objeto perdido por ele ter desertado, por ter deixado o *self* abandonado e desamparado. É uma injúria insuportável ao narcisismo de quem sobreviveu. Há uma verdadeira clivagem na

personalidade, na qual uma parte cheia de ódio (superego) ataca outra, que está identificada com um desertor. A impossibilidade de deixar esse desertor ir embora ocasiona uma relação infinita de ódio, agora contra si. Muitas pessoas com estrutura narcisista reagem a uma perda com a expressão: “Como ele pôde fazer isso comigo?”. Não predomina o sentimento de pena de quem morreu ou de falta por sua ausência, mas de uma injúria narcísica.

## LUTO VERMELHO E LUTO NEGRO

Para autores contemporâneos, como Ogden<sup>12</sup> e Sodré,<sup>13</sup> no melancólico, o ego é alterado não pelo calor do objeto, mas por sua sombra. Para Sodré,<sup>13</sup> dois sentimentos derivam da presença da ausência do objeto, por assim dizer. Isso equivaleria a dizer que há sempre, na melancolia, duas dimensões que convivem simultaneamente no ego. Uma delas pode ser representada pela cor vermelha, significando a raiva, a fúria, o desespero assassino a que o indivíduo submete seu ego-identificado-com-o-objeto. A segunda dimensão, negra, está mais ligada ao afeto de desolação e transmite um sentimento que é a ausência como presença de infinita escuridão. O ego se sente abandonado pelo objeto que morreu, ou melhor, se sente abandonado pelo superego que havia-se identificado com quem morreu como sendo algo protetor. O superego pelo qual se sente abandonado fora, anteriormente, o sucessor dos pais e do destino. Nesses momentos, não parece restar nada mais ao ego do que se deixar morrer, abandonado pelas forças protetoras do superego. São momentos de extremo sofrimento aos quais o terapeuta deve estar atento para identificar quando um ou ou-

tro estão presentes na sessão. A expressão comportamental dessas duas dimensões pode ser rastreada pela contratransferência do terapeuta, por identificar como se sente o paciente: se homicida (ódio vermelho) em relação ao objeto com o qual está identificado ou se indigno do amor e de viver (desolação sombria).

A fidelidade do indivíduo ao morto, a não aceitação da realidade da perda, implica que qualquer movimento em direção à vida seja atacado, o que se manifesta por sentimentos de culpa e desinteresse por qualquer assunto que não esteja ligado ou relacionado ao morto, agora morto-vivo, ou objeto moribundo. Os sonhos, em vez de, gradualmente, irem incorporando a realidade da perda, teimam em apresentar uma realidade onipotente, em que o morto está vivo.

## ESTÁGIOS INICIAIS DE PERDA NO DESENVOLVIMENTO

Melanie Klein<sup>14,15</sup> foi a primeira a estabelecer ligação entre os processos de luto ocorridos na primeira infância com o luto patológico em adultos.

Seu trabalho metapsicológico trouxe elementos para que pensássemos a mente como algo não unitário, descrevendo o mundo interno como composto por partes separadas e independentes, possibilitando relações de objeto parciais. Tais relações podem ser amistosas ou hostis. Acentuando o papel das relações objetais no primeiro ano de vida, e sempre sob a ótica da hostilidade presente nelas, atribuiu às experiências de perdas ocorridas nessa época e aos processos psicológicos que elas desencadeiam

(culpa e perseguição) um importante papel etiológico no luto patológico. O processo de luto e suas reações, sejam elas normais, sejam elas patológicas, não se iniciam no momento em que o sujeito perde alguém importante em sua vida.

No desenvolvimento com efeito, é possível traçar as raízes de por que alguém reage de forma mais ou menos saudável diante de perdas. Para Klein,<sup>15</sup> o bebê vive sentimentos de perda desde muito cedo. Para crescer e se tornar uma pessoa, ele precisa perceber-se diferente da mãe ou dos cuidadores iniciais, por exemplo, tendo que renunciar à ideia de que ele próprio seria suficientemente capaz de alimentar-se, cuidar-se, proteger-se, compreender o mundo. Da mescla de sentimentos adquiridos nesses primeiros meses de vida, advém a capacidade de, além de renunciar simbolicamente a todos esses cuidados, também ser capaz de renunciar concretamente a alguém.

John Bowlby<sup>16</sup> deu continuidade ao estudo iniciado por Melanie Klein em relação à ligação entre experiências infantis de luto e o desencadeamento de luto patológico em adultos e suas expressões psiquiátricas. Todavia, por não ter encontrado evidências de que a agressão seja expressão de uma pulsão de morte e de que o período de vulnerabilidade às experiências de perda esteja restrito ao primeiro ano de vida, a partir de sua observação clínica, Bowlby constatou que a perda de uma pessoa amada sempre desencadeia um forte desejo de reunião, um sentimento de hostilidade (de intensidade variável) pela partida e, no fim, certo grau de desaparego.

Todos os autores entendem que, quando o trabalho de luto não é efetivo, existe o que se chama de melancolia, estado no qual a pessoa sente que o que perdeu não foi o morto, mas uma parte sua. Se, no luto, o mundo estava empobrecido,

na melancolia, é o ego que se esvazia, como já mencionado. O objeto perdido é inconsciente, e a pessoa não sabe exatamente o que perdeu com a morte de um ente querido. Esse processo ocorre com algum custo para o ego, que se divide para dar conta da emoção que se lhe é exigida. Uma parte do ego se identifica com a hostilidade experimentada com relação ao morto e passa a criticar a outra parte que teima em viver livremente, sem ressentimentos ou culpa por ter sobrevivido à morte.<sup>17</sup>

Assim, para que se instale um processo melancólico e não normal de luto, é necessário que tenha havido, em vida, uma relação patológica de objeto entre as pessoas envolvidas, de tal forma que a escolha de objeto foi mais narcisista do que objetal. Ogden,<sup>12</sup> inclusive, enfatiza o papel da onipotência no luto patológico, na medida em se trava uma batalha entre o desejo de viver no mundo dos vivos e o desejo de ficar para sempre em uníssono com o objeto morto, habitando o mundo dos mortos.

## **O PROCESSO PSICOTERÁPICO NO LUTO**

Ainda que normal, muitas vezes, os terapeutas são chamados a acompanhar pessoas que passam por trabalho de luto. Nesses casos, a presença viva, interessada e compreensiva do terapeuta indicará como é possível tolerar momentos em que o paciente não se sente bem, talvez nem mesmo se sinta vivo, porém segue realizando suas atividades habituais. Em outros momentos, a pessoa enlutada terá prazer em viver novamente, mas sentirá culpa por fazê-lo, ou, ainda, não se sentirá culpada e poderá usufruir a vida. O objetivo do trabalho psicoterápico nesses casos será o de acompanhar

o caminho normal de falar, relembrar, lamentar o que não foi possível realizar com a pessoa morta, bem como alegrar-se pelos bons momentos passados em sua companhia. Identificar o que o morto representou em sua vida é também importante, a fim de que o paciente possa realizar sozinho, a partir de então, aquela tarefa psíquica ou, na impossibilidade de isso ocorrer, localizar outra pessoa que possa acompanhá-lo durante tal período.

O enlutado, em princípio, aceita o terapeuta como substituto parcial e temporário do vazio deixado pela perda, diferentemente do melancólico, que é intransigente quanto a isso, pois não aceita a realidade da perda.

É importante lembrar que a concepção contemporânea do que seja a relação terapêutica considera, necessariamente, a interação entre as duas personalidades no campo analítico,<sup>18</sup> entre os dois momentos do ciclo vital. Como consequência, a possibilidade de suportar e elaborar uma situação de luto (seja este normal, seja patológico) não pode ser desvinculada dessas variáveis. Assim, podemos imaginar uma situação de luto patológico tendo dois encaminhamentos diferentes, dependendo do tipo de campo analítico que se estabelece com um ou outro terapeuta (mais trófico ou mais resistencial).

Os sentimentos contratransferenciais do terapeuta devem ser igualmente monitorados por ele mesmo quando estiver atendendo situações de luto normal ou patológico, uma vez que eliciarão nele seus momentos de perdas anteriores, e sua capacidade de elaboração diante de perdas será solicitada. O terapeuta pode sentir sono, irritação, pena ou tristeza ao ouvir relatos detalhados dos pacientes enlutados ou

narrativas desaperançadas e raivosas dos melancólicos.

Em qualquer situação, é útil tentar identificar o que se perdeu na vida do paciente que procura auxílio por ocasião da morte de alguém: foi alguém da realidade externa ou algo do seu mundo interno? Nos casos de melancolia, uma especificidade deve ser levada em consideração no que tange à capacidade cognitiva da pessoa enlutada. Sabe-se que, na depressão,<sup>19</sup> as chamadas teorias da mente,<sup>20</sup> ou seja, a capacidade de inferir os estados mentais do outro ou identificar seus próprios, estão provisoriamente diminuídas, já que a libido está investida no ego, a fim de resgatar os aspectos narcísicos empregados na pessoa ausente. Como se sabe, essa habilidade, a qual, assim como o brincar, existe na escala evolutiva a partir dos primatas, está inativa nas crianças pequenas e é desenvolvida no contato interpessoal com os cuidadores iniciais. Todavia, fica muito prejudicada no trabalho de luto e na melancolia.

São períodos de maior distratibilidade, maior irritação e menor tolerância do que o paciente costumava ter, os quais podem durar meses. Em geral, ao fim do trabalho de luto, essa capacidade é recobrada, pois o mundo que parecia empobrecido volta a interessar, e, para tanto, é requerido do sujeito novamente tentar compreendê-lo, razão para que, mais uma vez, se tente colocar no lugar do outro, empatizando com as variadas situações novas que a vida apresenta.

Nesses contextos, é importante que o terapeuta tenha em mente, quando trabalhar com esses pacientes, que há uma diminuição da atenção e da capacidade cognitiva de empatizar com o outro. Pequenos atrasos e confusões de horário talvez falem mais sobre esse retraimento narcísico do que propriamente sobre um não envolvi-

mento com a terapia. Suportar sentir-se em parte abandonado pelo paciente faz parte da habilidade técnica e pessoal requerida para atendimento desses casos.

Além disso, é fundamental examinar o que o terapeuta representa na transferência: haverá casos em que o próprio paciente se verá no terapeuta, transferindo para ele todos os seus sentimentos e sentindo-se esvaziado, portanto. Em outras situações, será o objeto perdido que estará sendo transferido, fazendo o paciente poder reviver sua relação anterior com o morto por intermédio da análise da transferência com o terapeuta. Pode ocorrer, também, que identifiquemos esses dois aspectos em momentos diferentes do trabalho com o paciente, conforme avança o tratamento e as etapas do luto sejam vivenciadas. O superego mais brando ou mais severo também poderá ser identificado pelo colorido transferencial e pelo quanto o trabalho terapêutico conseguir servir como alívio e elaboração para o paciente.

Assim como se deve procurar rastrear o que está sendo transferido do paciente para o terapeuta, igual empenho deve ser empregado no sentido de identificar o que o contato com um paciente enlutado ou melancólico aciona na mente do terapeuta.

Este último também viveu situações de luto em sua vida, tenham sido elas desenvolvimentais (com relação ao seu próprio corpo e autoimagem) ou relativas ao seu ciclo vital, no que tange a pessoas importantes em sua vida que já tenham morrido. Isso é necessário na medida em que o campo analítico será forjado a partir da subjetividade dessas duas pessoas, e a análise da fantasia inconsciente compartilhada necessitará abordar todos esses aspectos.

Ambivalência, ódio narcísico, culpa do sobrevivente, identificações com o morto, sua sombra sobre o ego, tudo isso provocará sentimentos na mente do terapeuta, que, inevitavelmente, precisará entrar em contato com tais questões para poder auxiliar o paciente.

Muitas vezes, no curso de uma psicoterapia analítica ou análise, encontra-se um luto não elaborado, que não foi a causa da procura do tratamento, mas que se revela como um elemento patogênico que pode ser o fator que mantém e alimenta uma situação de sofrimento psíquico que o paciente (e, às vezes, terapeutas anteriores) não percebe ter um alto significado patogênico.

Nesses casos, processa-se uma espécie de exumação de um luto soterrado por camadas de outras manifestações ou variadas

defesas, e, de forma progressiva, passa-se a trabalhar com ele nos termos descritos anteriormente. Tanto nesses casos como nos de luto mais recente e identificável, há sempre um campo analítico em que os diferentes papéis e estados mentais serão repassados e vividos de modo sucessivo ou alternado, dentro das especificidades do caráter de cada paciente e das circunstâncias de sua perda e da quantidade de ambivalência com a pessoa perdida. A análise dos sonhos será um indicador para monitorar a evolução desse processo e as modificações das relações com o objeto perdido. É importante saber que tal objeto está na mente do paciente e, em pouco tempo, estará também no campo analítico e na mente do terapeuta, constituindo uma personagem que está ausente no mundo externo, mas que mantém sua vitalidade nas sessões, sob diferentes roupagens e apresentações.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

### Quando o luto revive aspectos evolutivos

Um homem de 40 anos buscou tratamento por ocasião da morte da esposa. Havia demorado para encontrar alguém com quem quisesse compartilhar a vida, e a relação do casal era boa. Veio para terapia porque os amigos insistiram, pois, apesar de ser um profissional já estabelecido, não estava conseguindo trabalhar bem e não tinha vontade de se relacionar socialmente. Nunca teve vontade de se tratar, mas, naquele momento, sabia que necessitava. Por isso, paciente e terapeuta combinaram um foco de trabalho, o qual seria a morte da esposa e os sentimentos daí decorrentes. Inicialmente, estava muito deprimido, e as sessões foram diárias na primeira semana. Nesse início, o terapeuta identificava-se e preocupava-se muito com o sofrimento do paciente, podendo sentir a intensidade da dor psíquica e do vazio vividos naquele momento e refletir sobre tal questão. À medida que tanto terapeuta quanto paciente puderam se sentir mais seguros de que o trabalho daria conta do imenso continente de tristeza, os encontros passaram a ser menos frequentes, até se reduzirem a duas vezes por semana. A possibilidade de medicação antidepressiva foi discutida, mas evidenciou-se desnecessária nesse caso.

O acompanhamento do trabalho de luto relembrou a perda de sua mãe, cuja morte não havia podido chorar. O trabalho psicoterápico concentrou-se em indicar como as duas mortes estavam ligadas em sua

*(Continua)*



(Continuação)

mente. Aos poucos, o paciente pôde chorar a morte da mãe, a qual ocorrera na infância. Como se pode perceber, uma situação de luto será vivida a exemplo das outras já experimentadas, tanto evolutivas quanto acidentais, tal como descreveu Klein. As primeiras experiências de perda servem de modelo para as seguintes, sejam os lutos por fatos reais, sejam eles imaginados ou de fases do desenvolvimento.

O terapeuta sentia, a essa altura do trabalho, que precisava ter paciência e acompanhar lado a lado o processo de luto com o paciente e que, aos poucos, as coisas voltariam ao normal. Muitas vezes, identificando-se com o assunto da traição por estar recobrando o gosto pela vida que surgia, identificou em si uma sensação de culpa por estar sendo a pessoa que trazia sentimentos agradáveis à mente do paciente, para, em seguida, pensar que não o acompanharia em sua vida fora das sessões. Conforme isso foi sendo compreendido, pôde também ser devolvido ao paciente como sendo algo seu, a fim de que, aos poucos, retomassem sua vida com menos culpa.

Nessa altura do trabalho, o paciente sonhou que encontrara um velho amigo de adolescência e ambos caminhavam juntos em um fim de tarde na beira da praia. O sonho foi entendido, naquele momento, pela dupla, como um início de retomada da sua caminhada de compreensão da situação de morte (fim de tarde), mas da retomada de sua vida (amigo adolescente) reencontrada, representando aspectos seus que pareciam perdidos, agora acompanhados pela experiência terapêutica. Retomou lentamente a vida profissional e as relações de amizade. Não quis seguir em tratamento naquele momento, dizendo precisar seguir sozinho um tempo. Voltaria mais tarde para concluir o tratamento.



**ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2**

**Quando o luto inclui aspectos transgeracionais**

A mãe de um menino de 4 anos procurou tratamento devido à dificuldade de lidar com seu filho, cujo pai havia morrido logo após ele nascer. Todos diziam que ele era fisicamente igual ao pai, o que a fazia lembrar-se do ex-marido todo dia, a cada vez que olhava para o filho. Os sintomas do menino incluíam alimentar-se exclusivamente de leite, acessos de birra e não conseguir se adaptar à escola. A mãe-esposa não conseguira retomar sua atividade profissional desde a morte do marido. A indicação foi o atendimento da dupla, já que as dificuldades eram compartilhadas e mesmo forjadas em dupla. Após meses, trouxeram uma fotografia do pai, e, para surpresa da terapeuta, pai e filho não se pareciam fisicamente. Trabalhou-se a dificuldade da mãe-esposa em fazer o luto pelo que ela considerava a última parte de seu marido em vida — o filho. O prejuízo para o menino poderia encaminhar-se para dificuldade ou mesmo confusão acerca de sua própria identidade. A psicoterapia consistiu em fazê-los se discriminarem emocionalmente, perceberem que eram duas pessoas, e não três em duas, como ambos queriam acreditar. Ao término, puderam visitar o túmulo do pai, o que não ocorrera ainda desde a morte. Isso criou, na mente do menino, uma representação para o espaço neste mundo destinado ao pai, liberando-o de abrigá-lo dentro de si.

(Continua)



### (Continuação)

Esse exemplo realça o aspecto transgeracional que pode estar presente em uma situação de luto patológico. Nesse caso, duas pessoas compartilhavam o processo de luto, sendo que uma delas tinha a missão de se identificar com alguém a quem não havia conhecido, praticamente restituindo-lhe a vida. A possibilidade de deixar o pai morrer (tanto pela mãe quanto pelo filho) viabilizou a retomada do desenvolvimento de ambos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao atender uma pessoa que sofreu uma perda devastadora, como a perda de um filho, do cônjuge, ou um jovem que perdeu seus pais, em um primeiro momento, as palavras parecem insuficientes para dar conta dessa experiência humana tão dolorosa.

Aqui, o primeiro princípio técnico é justamente não se defender nas teorias que, muitas vezes, evitam o contato emocional com a dor. O desafio é manter-se vivo em contato com alguém que, em geral, não se sente tão vivo assim. Uma atitude atenciosa e disponível, não onipotente.

Não é fácil deixar alguém que amamos ir embora, não é fácil deixar algo que fomos ou achávamos que éramos ir embora. Mas é somente por meio desse processo de luto que nos daremos a oportunidade de ser algo novo. Quanto mais narcisismo, maior a dificuldade de perder, pois perder implica aceitar a autonomia do outro, aceitar a alteridade. Em lutos complicados ou patológicos, é importante, como Freud já nos alertava, identificar, além de quem se perdeu, o que se perdeu naquela pessoa.

Nesse sentido, uma área da onipotência do paciente precisará ser reexaminada, mas com tempo, pois o tempo é um fator fundamental no trabalho de luto.

Se nos é difícil aceitar as perdas e a morte, imagine-se como seria um mundo sem ela: não haveria lugar para os filhos... A morte ou uma perda equivalente obriga cada pessoa a se defrontar com a realidade da finitude da vida, a própria e a das pessoas amadas.

No trabalho psicoterápico com situações de luto, cada terapeuta, inevitavelmente, terá que entrar em contato com seus próprios lutos e, de certa forma, revivê-los se, de fato, conseguir estabelecer um contato emocional genuíno com o paciente.

Para tanto, é muito importante haver espaço, na psicoterapia analítica, para a presença dos elementos culturais específicos a cada paciente, a cada família e a cada tradição em que se insere. Os rituais, como mencionados, desempenham um importante papel na elaboração do luto e devem ser observados como indicadores da evolução das relações com o objeto perdi-

do. Quando um luto consegue ser razoavelmente elaborado, haverá o momento em que o luto pelo próprio tratamento se instala, e este também será útil para a retomada da vida e das demais relações.

Quando o objeto perdido pode ser instalado no *self* com menor hostilidade e ambivalência, muitas vezes observa-se o surgimento de expressões da

criatividade, sob suas diversas formas, como uma maneira de continuar vivendo, relacionando-se com o mundo, desfrutando de suas imensas possibilidades, aceitando as inevitáveis frustrações e limitações e, mais do que tudo, contando, dentro de si, com a presença de figuras predominantemente protetoras, com as quais, durante um tempo, foi experimentado o mesmo amor que agora pode ser vivido nas relações com as demais pessoas.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. O luto é a reação normal e esperada em humanos que ocorre quando da morte ou perda de alguém amado ou importante emocionalmente ou da perda de uma situação, ocupação, abstração ou lembrança igualmente relevantes, como, por exemplo, a perda da liberdade ou de um ideal de vida.
2. O processo de luto e suas reações, sejam elas normais, sejam elas patológicas, não se iniciam no momento em que o sujeito perde alguém importante em sua vida. No desenvolvimento, é possível traçar, com efeito, a raiz que leva alguém a reagir de forma mais ou menos saudável diante de perdas.
3. A parte perceptível desse processo se caracteriza, inicialmente, pela repetida rememoração da perda sempre acompanhada do sentimento de tristeza e de choro, após o que a pessoa acaba se consolando. Ao término, a pessoa perdida passa a ser localizada no mundo interno do enlutado como uma lembrança; o sentimento de tristeza desaparece, e a vida afetiva retoma seu curso, sendo agora viável a existência de novas ligações afetivas.
4. As razões para que o trabalho de luto leve tempo devem-se, também, à natureza ambivalente de todas as relações humanas.
5. O luto patológico é o estado mental decorrente da não instalação ou da interrupção do processo normal do trabalho de luto. Resulta na cronificação dos processos normais que se seguem a tais perdas, não permitindo à pessoa enlutada retomar sua vida normal como era antes da perda.
6. Dois sentimentos derivam da presença da ausência do objeto. Um deles pode ser representado pela cor vermelha, significando a raiva, a fúria e o desespero assassino a que o indivíduo submete o seu ego-identificado-com-o-objeto. A segunda dimensão, negra, está mais ligada ao afeto de desolação. Nesses momentos, não parece restar nada mais ao ego do que se deixar morrer. A expressão comportamental dessas duas dimensões pode ser rastreada pela contratransferência do terapeuta, por identificar como se sente o paciente: se homicida (ódio vermelho) em relação ao objeto com o qual está identificado ou se indigno do amor e de viver (desolação sombria).
7. O objetivo do trabalho psicoterápico é acompanhar o caminho normal de falar, lembrar e lamentar o que não foi possível realizar com a pessoa morta, bem como alegrar-se pelos bons momentos passados em sua companhia. Identificar o que o morto representou em sua vida é também importante, a fim de que o paciente possa realizar sozinho, a partir de então, aquela tarefa psíquica ou, na impossibilidade de isso ocorrer, localizar outra pessoa capaz de acompanhá-lo nesse processo.
8. O enlutado, em princípio, aceita o terapeuta como substituto parcial e temporário do vazio deixado pela perda, diferentemente do melancólico, que é intransigente quanto a isso, pois não aceita a realidade

da perda. É útil tentar identificar o que se perdeu na vida do paciente que procura auxílio por ocasião da morte de alguém: foi alguém da realidade externa ou algo do seu mundo interno?

9. É importante lembrar que a concepção contemporânea do que seja a relação terapêutica leva, necessariamente, em consideração a interação entre as duas personalidades no campo analítico, entre os dois momentos do ciclo vital. Como consequência, a possibilidade de suportar e elaborar uma situação de luto (seja este normal, seja patológico) não pode ser desvinculada dessas variáveis.
10. Os sentimentos contratransferenciais do terapeuta devem ser igualmente monitorados por ele mesmo quando estiver atendendo situações de luto normal ou patológico, uma vez que eliciarão nele seus momentos de perdas anteriores, e sua capacidade de elaboração diante de perdas será solicitada. O terapeuta pode sentir sono, irritação, pena e tristeza ao ouvir os relatos detalhados dos pacientes enlutados ou as narrativas desesperançadas e raivosas dos pacientes melancólicos.
11. O terapeuta deve considerar, ao trabalhar com esses pacientes, que há uma diminuição da atenção e da capacidade cognitiva de empatizar com o outro. Pequenos atrasos e confusões de horário talvez falem mais sobre esse retraimento narcísico do que propriamente sobre um não envolvimento com a terapia. Suportar sentir-se em parte abandonado pelo seu paciente faz parte da habilidade técnica e pessoal requerida para o atendimento desses casos.
12. A análise dos sonhos é um indicador para monitorar a evolução desse processo e as modificações das relações com o objeto perdido.
13. Um princípio técnico fundamental é não se defender nas teorias que, muitas vezes, evitam o contato emocional com a dor. O desafio é manter-se vivo em contato com alguém que, em geral, não se sente tão vivo assim. Uma atitude atenciosa e disponível, não onipotente.

## REFERÊNCIAS

1. Frazer JG. O ramo de ouro. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1978. Versão ilustrada.
2. Mabilde LC. Caracterização do luto patológico e diagnóstico diferencial com o luto normal. *Rev Psiquiatr RS*. 1987;9(3):185-93.
3. Mello CO. Inibição, sintoma e luto: a lenda da mulher esqueleto. *Rev Psiquiatr RS*. 2002; 24(2):157-62.
4. Kovács MJ, coordenador. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
5. Green A. Postface. In: Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris: Minuit; 2007.
6. Freud S. Luto e melancolia. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1970. v. 14. p. 271-91.
7. Freud S. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1970. v.10. p. 159-258.
8. Eizirik CL, Michels AMMP, Gazal CH. Psicoterapia do luto normal e patológico. In: Cordioli AV. Psicoterapias: abordagens atuais. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 293-9.
9. Abraham K. Notas sobre la investigacion y tratamiento psicoanaliticos de la locura maniaco-depressiva y otras condiciones asociadas. In: Abraham K. Psicoanálisis clínico. Buenos Aires: Paidós; 1959. cap 6. p. 104-18.
10. Freud S. Totem e tabu. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1970. v. 13. p. 20-191.
11. Quinodoz JM. Teaching Freud's "mourning and melancholia". In: Fiorini LG, Bokanowski T, Lewkowicz S, International Psychoanalytical Association. On Freud's "mourning and melancholia". London: International Psychoanalytical Association; 2007. p. 179-92.

12. Ogden TH. A new reading of the origins of object relations theory. In: Fiorini LG, Bokanowski T, Lewkowicz S, International Psycho-Analytical Association. On Freud's "mourning and melancholia". London: International Psychoanalytical Association; 2007. p. 123-45.
13. Sodr e I. A ferida, o arco e a sombra do objeto: notas sobre "luto e melancolia", de Freud. In: Perelbeg RJ, Veronese MAV. Freud: uma leitura atual. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 126-42.
14. Klein M. Uma contribui o   psicogênese dos estados maniacodepressivos. In: Klein M. Amor, culpa e repara o e outros trabalhos (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago; 1996. (Obras completas de Melanie Klein, v. 1). p. 301-32.
15. Klein M. O luto e suas rela es com os estados maniacodepressivos. In: Klein M. Amor, culpa e repara o e outros trabalhos (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago; 1996. (Obras completas de Melanie Klein, v. 1). p. 385-412.
16. Bowlby J. Apego e perda. São Paulo: Martins Fontes; 1985.
17. Freud S. O ego e o id. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edi o standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1970. v. 19. p. 23-83.
18. Baranger M, Baranger W. La situación analítica como campo din mico. Rev Uru Psicoanal. 1961;4(Pt 1):1-54.
19. Wang YG, Wang YQ, Chen SL, Zhu CY, Wang K. Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: a componential view. Psychiatry Res. 2008;161(2):153-61.
20. Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? Behav Brain Sci. 1978;1(4):515-26.

## LEITURA SUGERIDA

---

Machado SCE, Schestatsky SS. Abordagem psicodinâmica do paciente deprimido. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky S. Psicoterapia de orienta o analítica: fundamentos teóricos e clínicos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 541-52.

## ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE OBSESSIVO

Julio J. Chachamovich  
Ivan Sérgio Cunha Fetter

*[...] eis que o pacífico, o dócil, o submisso, de repente desaparecem da cena e em seu lugar, desconcertante e incompreensível para os que da alma humana já supunham saber tudo, surge o ímpeto cego e arrasador da ira dos mansos. O mais normal é que dure pouco, mas dá medo quando se manifesta.*  
(José Saramago, em *O Homem duplicado*)<sup>1</sup>

O objetivo deste capítulo é desenvolver o tema da abordagem psicodinâmica do paciente de personalidade obsessiva. Inicialmente, chama-nos a atenção a ausência, em nosso meio, de trabalhos sobre o assunto, tanto nas revistas de psicanálise como nas de psiquiatria e psicoterapia, em comparação ao volume de publicações sobre outros transtornos da personalidade, como histéricos, evitativos, *borderline*.

O que se observa é a facilidade para identificar os traços e os sintomas do agrupamento obsessivo, devido a sua característica singular. No entanto, defrontamo-nos com dificuldades importantes para tratar esse tipo de paciente, tanto pela intensidade das resistências mobilizadas como pelos desafios técnicos. Os tratamentos tendem a limitar-se ao nível do entendimento intelectual, com melhoras aparentes, o que leva à questão: como sabermos quando estamos, de fato, promovendo mudança psíquica?

Com a evolução das teorias psicanalíticas – base da psicoterapia psicanalítica –, ocorreram mudanças na maneira de o terapeuta trabalhar, o que gera outro problema a ser considerado. Podemos pensar em especificidade da técnica, ou seja, é possível diferenciar a maneira de intervir conforme o tipo de transtorno da personalidade, ou existe uma abordagem-padrão? Essas questões já pertencem à área da pesquisa em psicoterapia.

### DIAGNÓSTICO DO PACIENTE OBSESSIVO

#### Critérios clínicos

Existe uma confusão histórica entre neurose obsessivo-compulsiva e transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva.

O que se chamava neurose obsessivo-compulsiva foi substituído por transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). O TOC é caracterizado pela necessidade egodistônica de realizar rituais de forma compulsiva, com o objetivo de aliviar a ansiedade provocada por pensamentos obsessivos. O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva caracteriza-se por traços que são egossintônicos e que pertencem mais ao escopo do pensamento. Ainda que a incidência do transtorno da personalidade seja maior em pacientes com TOC, tais patologias podem não estar associadas.

Tem sido mais comum que sejamos procurados por pacientes com problemas de personalidade do que por aqueles com TOC. Por isso, ao nos referirmos a paciente obsessivo, estaremos nos atendo ao transtorno da personalidade. Entretanto, é importante mencionarmos os aspectos emocionais também presentes no TOC.

Gabbard, em *Enfoques de orientação analítica para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo*,<sup>2</sup> ressalta que os sintomas, determinados biologicamente, têm significados inconscientes e que os fatores psicodinâmicos podem estar envolvidos ao provocar o desencadeamento dos sintomas e mesmo exacerbá-los. Os traços de caráter dos indivíduos com TOC tendem a debilitar os esforços terapêuticos. A compreensão psicodinâmica do significado desses sintomas pode ser de grande ajuda para melhorar os programas de tratamento com fármacos (aumentaria a adesão ao tratamento).

O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*,<sup>3</sup> da American Psychiatric Association (APA), propõe critérios objetivos para o diagnóstico de transtorno da personalidade obsessiva. São eles:

1. preocupação tão extensa com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou

horários que o ponto principal da atividade é perdido

2. perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas
3. devoção excessiva ao trabalho e à produtividade, em detrimento de atividades de lazer e amizades
4. excessiva conscienciosidade, escrúpulos e inflexibilidade em assuntos de moralidade, ética ou valores
5. incapacidade de desfazer-se de objetos usados ou inúteis, mesmo quando não têm valor sentimental
6. relutância em delegar tarefas ou trabalhar em conjunto com outras pessoas, a menos que estas se submetam a seu modo exato de fazer as coisas
7. adoção de um estilo miserável quanto a gastos pessoais e com outras pessoas
8. rigidez e teimosia

Para fazermos o diagnóstico, pelo menos quatro desses oito critérios deverão ser encontrados. É importante mencionar que tal classificação é puramente descritiva e não considera os aspectos dinâmicos envolvidos.

## Critérios psicodinâmicos

Para entender a psicodinâmica do paciente obsessivo, é necessário fazer um breve histórico de sua evolução teórica no contexto psicanalítico. De acordo com Meltzer,<sup>4</sup> a trajetória da compreensão do paciente obsessivo vem desde o relato clínico de “O Homem dos Ratos”, de Freud, até nossos dias, salientando que o marco histórico mais significativo do trabalho de Freud consiste no estabelecimento do conceito de *ambivalência*. Em seu notável trabalho, Freud, pela primeira vez, reconheceu o conflito entre amor e ódio como uma possível base para a

neurose, dando um grande passo no sentido de constatar o conflito interno em sua origem, e não apenas em seu desenvolvimento. O segundo marco, para Meltzer, é o reconhecimento da *onipotência* (Freud a percebe como onipotência dos desejos).

Em 1913, Freud<sup>5</sup> descreveu uma primitiva organização pré-genital da libido, caracterizada pela preponderância dos componentes instintivos anais e sádicos, e considerou que os sintomas do paciente obsessivo eram o resultado da regressão da libido a esse estágio anal como tentativa de evitar a ansiedade de castração.

Em sua descrição do que denominou *caráter anal*, Freud<sup>6</sup> destacou três traços importantes: amor à ordem (leva ao formalismo), parcimônia (leva à avareza) e obstinação (pode tornar-se uma irada rebeldia).

Reich<sup>7</sup> denominou essa primitiva organização pré-genital descrita por Freud como “rigidez” ou “couraça”, desenvolvida como resultado crônico do conflito entre as demandas instintivas e o mundo externo frustrante. Abraham<sup>8</sup> partiu da ideia de Freud da regressão aos níveis pré-genitais da libido e do uso do mecanismo de introjeção, constatando haver uma íntima relação entre a melancolia e os quadros obsessivos. Destacou, porém, que, na melancolia, é a perda do objeto que desencadeia os sintomas, enquanto os obsessivos apresentam uma atitude ambivalente em relação ao objeto. Têm medo de perdê-lo, mas o mantêm.

Com base no motivo da relação entre impulsos sádicos e erotismo anal, encontrados na primitiva fase para a qual regressa o paciente obsessivo, Abraham defende que tanto o erotismo anal como os impul-

so sádicos contêm duas fontes de prazer opostas. Na fase anal, o indivíduo trata seu objeto como trata o conteúdo de seu corpo (fezes). Nessa visão, o objeto pode ser retido ou expulso. A perda do objeto é percebida como um processo de destruição (componente sádico) ou como um processo anal de expulsão (prazer libidinal). Esse grupo de instintos, que visa à destruição e à expulsão do objeto, é mais primitivo. Como tendência oposta, em um nível posterior, predominam impulsos conservadores de reter (prazer libidinal) e de controlar o objeto (componente sádico). Entre esses dois níveis, Abraham sugere uma linha divisória, em que, pelo domínio da tendência de preservar o objeto, surge o amor por ele.

Ao descrever o caráter anal, Abraham<sup>9</sup> enfatiza que o treinamento esfinteriano precoce da criança expõe seu narcisismo primitivo, tão necessário para o desenvolvimento, a um primeiro e severo teste. Quando a criança não consegue elaborar esse teste, forma-se o cenário básico do caráter obsessivo.

Fenichel<sup>10</sup> acrescenta que o erotismo anal é sempre de natureza bissexual, porque o ânus é, ao mesmo tempo, um órgão excretor ativo e um orifício que pode ser estimulado por um objeto que o penetra. Para o autor, o conflito típico do obsessivo é a vacilação entre a atitude ativa masculina e a atitude passiva feminina. O objetivo dos desejos femininos, no homem, não seria o de ser castrado, mas o de ter algo introduzido e retido dentro do seu corpo, situação geradora de angústias e defesas.

Analisanda de Abraham, com aguda sensibilidade clínica, Melanie Klein destacou o papel das primeiras ansiedades na gênese das neuroses, das psicoses e dos transtornos de caráter.

Em seu clássico livro de 1930, *Psicanálise da criança*, no tópico *As relações entre a neurose obsessiva e os primeiros estágios do superego*, Klein<sup>11</sup> descreve, na criança, a passagem do sadismo oral para o sadismo anal, tomando como referência os dois períodos do estágio anal descritos por Abraham como linha demarcatória entre neurose e psicose.

Klein apresenta os mecanismos fóbicos, referindo que, na fobia, ocorre o medo do superego, havendo uma modificação da angústia relacionada aos estágios mais precoces do desenvolvimento. Sugere que a neurose obsessiva está relacionada a modificações que ocorrem com a fobia, sendo que, nesta, elas atuam no estágio anal primário, enquanto, naquela, começam a atuar no estágio anal secundário. Salienta que a neurose obsessiva é uma tentativa de curar o estado psicótico que ela encobre. Segundo Klein:<sup>11</sup>

Em minha opinião, o verdadeiro ponto de partida para a neurose obsessiva, ou seja, o ponto em que a criança desenvolve sintomas obsessivos e mecanismos obsessivos, situa-se no período da vida governado pelo estágio anal secundário.

A dúvida decorrente da incerteza sobre o destino dos objetos atacados contribui para a formação do caráter. Klein destaca que o controle do obsessivo sobre as pessoas é o resultado de uma projeção múltipla. Em primeiro lugar, procura desfazer-se da intolerável compulsão que o acomete, tratando seu objeto como se fosse seu id ou superego, colocando sobre ele a coerção exercida pelas duas instâncias. Dessa forma, atormentando seu objeto, exerce seu sadismo primário.

Em segundo lugar, projeta sobre os objetos externos o medo de ser destruído pelos objetos introjetados. Esse medo suscita a necessidade compulsiva de tentar controlar suas imagos, o que, não sendo possível, cria a tirania sobre os objetos externos.

Essa descrição de Melanie Klein é fundamental para entender a pressão que o paciente pode exercer sobre o terapeuta, podendo mobilizá-lo a atuar, uma vez que este, possivelmente, representa um papel em seu mundo interno.

Sob esse ponto de vista, Klein afirma que as fantasias masturbatórias que acompanham o começo do conflito edípico são completamente dominadas pelos instintos sádicos, centralizando-se na cópula dos pais, e dizem respeito a ataques sádicos dirigidos contra estes, convertendo-se em uma das fontes mais profundas de culpa da criança. Nesse sentido, a culpa estaria ligada aos instintos destrutivos, e não aos libidinais e incestuosos.

Abraham destacou o aparecimento do objeto de amor no segundo nível da fase anal, pela tendência de preservá-lo.

Klein, ao descrever a passagem da posição esquizoparanoide para a depressiva, mostra, em nosso entender, a íntima relação com essas ideias, pois, na chamada posição depressiva, existe a preocupação com o destino do objeto, que é visto como total, surgindo sentimentos de culpa.

Se o objeto é considerado total, tendo vida própria, cria-se a possibilidade da presença de um terceiro. Como consequência, entramos na esfera do Édipo, havendo uma inter-relação entre complexo de Édipo e posição depressiva. No caso do paciente

obsessivo, seus impulsos sádico-anais, com toda a constelação de defesas, protegem-na da percepção da cena primária (Édipo) e das ansiedades concomitantes (de castração).

## CONTRIBUIÇÕES DE OUTROS AUTORES

Liberman<sup>12</sup> descreve o que chama de “estilos” (modos de interação) e estuda sua relação com as estruturas psicopatológicas. No paciente obsessivo, descreve a chamada “pessoa lógica” ou “paciente narrativo”. Segundo ele, o estudo da comunicação humana pode ser feito por três pontos de vista: o sintático, o semântico e o pragmático. O que o terapeuta busca com o paciente é entender sua linguagem para poder se comunicar melhor. O primeiro ponto de vista relaciona-se com os problemas acerca da transmissão da informação. O significado é a preocupação central da semântica, e a comunicação afeta o comportamento, visualizando o aspecto pragmático.

Liberman<sup>12</sup> enfatiza as mudanças no vínculo transferencial usando critérios de estilo. O modelo estilístico se torna perceptível no paciente por determinadas formas de sintaxizar, semantizar e interatuar no vínculo transferencial. Nenhum paciente usa um estilo único, mas apresenta um estilo de fachada, que corresponde ao mecanismo de defesa predominante, com elementos de dois ou três subcomponentes estilísticos, nos quais estão contidos os conflitos motivacionais patogênicos. Quando procuramos descobrir significados inconscientes, estamos exercendo uma atividade semântica. A pragmática é a relação existente entre o emissor e o receptor. Ao interpretar um paciente obsessivo, dizendo-lhe

que tenta controlar nossos pensamentos porque teme ser objeto de castigo do terapeuta, estamos fazendo uma intervenção que tende a modificar a área pragmática, pois fazemos o paciente entender o que existe por trás do que está dizendo (emissor da mensagem e o que ele teme). Por exemplo, o paciente pode sentir o silêncio do terapeuta como uma mensagem atemorizante que deve controlar. A estrutura sintática da frase pode nos dar a chave de tudo isso.

Zimerman,<sup>13</sup> além de relembrar os problemas básicos do obsessivo, tais como a conflitiva edípica, com a ansiedade de castração, a homossexualidade latente e o masoquismo erógeno, também descreve a multifatoriedade etiológica: fatores externos (pais que impuseram um superego rígido e punitivo), constitucionais (exagerada carga de agressão que o ego não consegue processar) e intrapsíquicos (conflitos estruturais, com o ego submetido a um superego cruel e pressionado pelas demandas do id, ou conflitos nas representações objetais). Segundo o autor, os mecanismos de defesa são bem conhecidos (anulação, isolamento, formações reativas, racionalização e intelectualização), e o obsessivo utiliza um sistema de pensamento cavilatório, ruminativo, pelo emprego do “ou” disjuntivo no lugar do “e” integrativo.

Nacht<sup>14</sup> aponta que o vínculo entre fobia e neurose obsessiva está próximo, mas que as manifestações diferem em algumas formas. Os mecanismos de defesa do obsessivo são controlados por um ego cujas funções estão mais evoluídas do que no paciente fóbico.

O obsessivo se defende, fundamentalmente, por meio do pensamento expresso nas obsessões.

A proteção para o medo é assegurada por dúvidas obsessivas. Tanto no obsessivo como no fóbico, o fator que ativa essas reações é sempre o mesmo: o medo, tanto dos impulsos libidinais como dos impulsos agressivos.

Schimmel,<sup>15</sup> em *Análise do diálogo do obsessivo*, divide o diálogo que ocorre na relação terapêutica em quatro itens:

- a) **Separação das próprias afirmações.** O paciente tende a responder à “aspereza” das interpretações, e a tarefa analítica é sensibilizá-lo para esse estilo defensivo. Pelo mecanismo de isolamento, o obsessivo usa o afeto para separá-lo de suas próprias comunicações. Isso é particularmente verdadeiro com sentimentos como escárnio, zombaria, depreciação, sarcasmo e desvalia dirigida contra si. Os aspectos transferenciais incluem a percepção, consciente ou inconsciente, das possíveis tendências do terapeuta e das tentativas para identificá-las. O paciente percebe o terapeuta como um agressor e o rejeita. Essas operações podem ser experienciadas como evidenciando culpa ou vergonha.
- b) **Adjetivos, advérbios e outras modificações.** O obsessivo vive em um mundo de esforços para ser uma pessoa correta. Não tolera erros e tem uma predileção por adjetivos, o que contrasta com o histerico, que sofre a doença dos advérbios (está “horivelmente” doente; “abismalmente” deprimido; “completamente” exausto; “fantasticamente” interessado e come em “divinamente requintados” restaurantes). As preocupações do obsessivo com a acurácia dos fatos são parte de sua meta para encobrir o afeto, não para gozá-lo, perseguindo a não existência de ansiedade e a manutenção de uma frágil autoestima, via expressão de poder so-

bre a realidade. A linguagem e o humor estão presentes sem inflexão, golpeando o interlocutor com um entorpecido, monótono e repetitivo discurso, exceto quando está raivoso.

- c) **Contradições, inconsistências e outras questões.** Em vista da necessidade de “ser correto”, tem uma preocupação com as contradições. Esse é seu calcanhar de Aquiles, bem como o do terapeuta. O paciente monitora sua própria verbalização, editando ou corrigindo, enquanto fala, uma frase ou palavra que possa ser entendida como errada. A preocupação do obsessivo com as contradições não aparece somente enquanto está pensando ou falando, mas também quando está ouvindo. As interpretações do terapeuta ou não estão completamente certas, ou não vão diretamente ao ponto (o paciente responde: “Sim, mas...”). O termo “ambivalência” denota a existência simultânea de sentimentos opostos, atitudes e tendências dirigidas a outra pessoa, coisa ou situação. A agonia do obsessivo sobre a tomada de decisões parece estar relacionada a essa ambivalência.
- d) **Uma nota sobre despersonalização.** O fenômeno pode aparecer regularmente nos pacientes que estão progredindo no tratamento. É crucial atentar para os aspectos transferenciais de medo, vergonha e desânimo que surgem nas comunicações do sentimento de despersonalização e que fazem parte dos medos dos pacientes de serem vistos como doentes, ou mais doentes, do que, de fato, são. Isso deve ser considerado como um aspecto animador do processo de mudança de um estágio para outro.

Kainer<sup>16</sup> alerta para o risco de que, muitas vezes, as dúvidas, os labirintos lógicos e a aparente falta de movimento do

obsessivo podem ficar agravados pela inabilidade do terapeuta, que acredita que esse distanciamento faça parte, unicamente, de algo induzido pelo paciente. Além disso, o autor encontrou uma situação comum entre seus pacientes, que chamou de “o estilo parental”.

Guardadas as particularidades de cada caso, os pacientes tiveram pelo menos um dos pais extremamente crítico. Trata-se de uma crítica que começa cedo e da qual a criança não pode escapar.

Os comentários dos pais, em geral, iniciam-se com a aparência física, persistem com o desempenho escolar (mesmo que vá bem) e estendem-se a todos os aspectos do ser da criança. Ao mesmo tempo, esta tem o sentimento de que fez algo errado, mas nunca tem a clara ideia de qual o procedimento certo. Não surpreendentemente, os pais são ansiosos, obsessivos e, muitas vezes, afetivamente distantes. O autor acredita que essa constelação é mais importante como base na gênese do obsessivo do que o complexo de Édipo. Considera a “voz crítica” como o conceito que pode ajudar a compreender e tratar o paciente obsessivo.

Gostaríamos de destacar o papel do superego na estrutura obsessiva. Weissman em seu artigo *Ego e superego no caráter e na neurose obsessiva*,<sup>17</sup> descreve o grande poder do superego sobre o ego, o que causa uma reação interna de dependência e rebeldia semelhante à atitude da criança diante de seus educadores. No caso do obsessivo, a regressão ao sadismo anal modifica o superego, que se torna mais sádico, apresentando traços arcaicos automáticos, operando de acordo com a lei de Talião e obedecendo a regras mágicas. Na situação

clínica, percebemos que o temor mágico está ligado a sentimentos de ser invadido por um objeto que o controlará, manipulará e comandará, o qual, por identificação projetiva, corresponde a seus impulsos invasivos e controladores.

O autor descreve um superego arcaico cuja função seria a de assemelhar-se ao poder parental na proteção contra suas demandas instintivas pré-fálicas. Esse superego difere do que chama de superego genital, que ajudaria na resolução do complexo de Édipo.

O superego arcaico (pré-edípico) forma-se pela introjeção, no ego, de imagens e proibições parentais. Quando este não dá lugar aos objetos que podem estruturar o superego maduro, tal predominância torna-se de suma importância na gênese da neurose obsessiva.

Referindo-se à contratransferência, Eizirik<sup>18</sup> destaca seis sentimentos comuns em relação ao paciente obsessivo:

1. Sentimento de irritação: manifestação defensiva do terapeuta diante da angústia que lhe provoca sua dificuldade de penetrar na rigidez do controle, do isolamento afetivo e da formação reativa.
2. Sentimentos de desânimo, desinteresse, sonolência e de estar em uma rotina monótona: expressam um terapeuta controlado por seu paciente.
3. Sentimento de desafio e provocação: a onipotência do pensamento obsessivo pode provocar reações igualmente onipotentes, o que, possivelmente, leva a uma luta por controle e poder dentro da sessão.
4. Sentimento de vitória, sucesso e domínio da situação: muitas vezes, o pensamento obsessivo pode ser confundido com *insight*, e a cavilação, com um progresso do ego. O paciente aciona a negação e

estimula a vaidade do terapeuta como uma forma de manter o controle.

5. Sentimento de compaixão e solidariedade: desejo de fazer algo pelo paciente, defendê-lo ou protegê-lo, e de indignação contra terceiros. De repente, o terapeuta sente-se tomado por uma intensa reação emocional, podendo chegar a manifestá-la, dando razão ao paciente e até encorajando-o a reagir e a se defender (terapeuta acionado por identificação projetiva).
6. Sentimentos de satisfação e identificação com o paciente: quando, após o trabalho árduo com o paciente, consegue chegar a uma maior compreensão de seus conflitos, mesmo que de forma passageira. O surgimento de sentimentos amorosos pelo paciente, quando vinculados ao real progresso no tratamento, é um indicador de que as capacidades reparadoras estão sendo mobilizadas no paciente e de que o foco está sendo adequado.

## A ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE OBSESSIVO

Discutiremos algumas sugestões técnicas preconizadas por autores que trabalham com psicanálise e psicoterapia e daremos exemplos da prática clínica para complementar o que, pensamos, seja o mais indicado no manejo desses pacientes.

Em geral, a sessão começa com a tática de tentar controlar os pensamentos do terapeuta, por meio de um longo silêncio inicial, cuja finalidade é induzi-lo a introduzir um tema. Assim, o obsessivo tenta livrar-se da responsabilidade de expor o que está presente em sua mente.

Facilmente, o terapeuta pode entrar nessa armadilha, por angústia de não tolerar o silêncio ou por achar que o paciente deve ser estimulado a falar. De modo inconsciente, assume o papel da pessoa “desejante” na sessão, o que serve como defesa para o paciente.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

#### A abertura-padrão de sessão

José tem 35 anos e sente enorme violência por dentro, o que o leva a envolver-se em brigas na rua quando se sente agredido ou injustiçado. Começa a sessão dizendo: “E aí, doutor?”. O terapeuta permanece em silêncio, até que o paciente sorri, constrangido, e pergunta: “Você vai me judiar?”. Esse tipo de pressão pode levar o terapeuta a perguntar, como ocorreu nessa sessão: “Como foi a sua semana?”.

Essa manobra defensiva é comum, pelo medo de que o paciente tem de entrar em contato com seus desejos amorosos ou agressivos. Estimula o interesse do terapeuta por ele, como forma de controlar a situação, tornando este último responsável pelos desejos do paciente.

Uma forma de tentar mudar esse padrão é mostrar ao paciente que essa atitude deixa o terapeuta sem saída: se falar, tira o espaço do paciente de ser espontâneo e trazer o que realmente o incomoda; se não falar, o paciente se sente “judiado”, como se estivesse sendo colocado em uma posição de humilhação (na história, havia uma mãe que o colocava de joelhos sobre grãos de milho).

O obsessivo, com frequência, vê o terapeuta como um desafiador constante contra sua onisciência e onipotência e re-

jeita toda nova consciência que o faça admitir, para si e para os outros (inclusive o terapeuta), que existem questões sobre as quais não tem conhecimento (controle obsessivo). Por esse motivo, o processo é longo, até que a confiança necessária na relação terapêutica possa ser atingida e não seja preciso evitar tanto os medos. Essa característica confere ao tratamento o que podemos denominar de “movimento pendular”, em que se alternam momentos (sessões ou parte delas) de aproximação e afastamento. A dependência é ativamente evitada, porque expõe a falência da onipotência, ocasionando sentimentos de fracasso e fraqueza. Como o obsessivo está sempre procurando “fazer a coisa certa”, expõe suas dúvidas (ambivalência), contrapontos e outras manobras, tentando induzir o terapeuta a encorajá-lo a tomar esta ou aquela decisão.

Este é um cuidado que o terapeuta deve ter em mente: o paciente é quem deve tomar suas próprias decisões, e as intervenções do terapeuta não devem conter racionalizações ao examinar as dúvidas obsessivas. Em outras palavras, o terapeuta não deve tomar partido.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2

### Construindo alternativas

Paulo tem planos de fazer um curso importante para sua atividade profissional e precisaria de uma licença e ajuda de custo da sua empresa. Fica temeroso de falar com o chefe, pois a possibilidade de receber um não propiciará “um afastamento raivoso”.

Nesse momento, o terapeuta pode mostrar-lhe que está sempre limitado entre esses dois caminhos (sim e não) e que não arrisca outra possibilidade, por exemplo, questionar “por que não?” ou “por que sim?”.

Essa abertura o deixa aliviado, estimulando-o a pensar em outras possibilidades se ouvir um não. Durante a sessão, ocorrem argumentos, respostas e a discussão imaginária com o chefe, que representa a figura paterna, surgindo pontos obscuros a serem esclarecidos em sua história pessoal. O obsessivo tende a ter duas respostas para suas indagações: sim ou não. Ao escutar um sim, sente-se autorizado, valorizado e pode se aproximar. Escutando um não, afasta-se imediatamente, com o sentimento de fracasso. Desse modo, fica caracterizado o “movimento pendular” que precisa ser desfeito.

MacKinnon e Michels<sup>19</sup> descrevem o indivíduo obsessivo como aquele que se encontra envolto em um conflito entre obediência e desafio.

O medo que provém do desafio conduz à obediência, e a ira que provém da obediência conduz novamente ao desafio, fechando um círculo vicioso.

Segundo eles, a maior parte dos traços de caráter que definem, classicamente, a personalidade obsessiva pode derivar desse conflito central.<sup>19</sup>

Essas ideias são importantes na prática clínica, pois observamos o quanto o paciente obsessivo tem dificuldade de arriscar, já que vivencia qualquer atitude sua como um desafio. Quando é obrigado a escutar um não, isso acaba gerando um tipo de submissão ao outro que desencadeia reações de ódio interno, estimulando mais desafios.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 3

#### O círculo vicioso

Pedro está em psicoterapia com duas sessões semanais e demonstra visível chateação por ter solicitado passar para uma sessão por semana e o terapeuta não ter aceito, sugerindo que o assunto fosse mais bem examinado. Ele não expressou seu descontentamento, mas faltou à sessão seguinte, sem avisar.

Pedro: “Não sei o que houve comigo, acabei dormindo e não vim. Queria saber se poderíamos recuperar a sessão e, aproveitando o ensino, quero dizer que vou seguir fazendo duas sessões, desde que sejam em outro horário”.

Aqui, aparece claramente a vivência de que está desafiando o terapeuta ao querer mudar a frequência das sessões. Quando o terapeuta propõe examinar o assunto, o sentimento é o de ter recebido um não; isso gera a atitude de submissão ao continuar com as duas sessões, mas também de raiva, provocando uma falta, além de querer submeter o terapeuta ao seu horário, mantendo esse círculo vicioso indefinidamente.

A necessidade do obsessivo de ser perfeito torna sua comunicação plena de qualificações, o que dificulta o processo, porque, em vez de clarificar, obscurece as questões. Mesmo que isso possa parecer uma tentativa de confundir e bloquear o pensamento do terapeuta, deve-se levar em consideração que o paciente está tentando ser mais preciso e evitar cometer “erros”, e não, simplesmente, sabotar o tratamento. Essa atitude acaba conferindo uma característica “ruminativa”, “cavilatória”, às comunicações do paciente e, na verdade, constitui uma “falsa associação livre”.

Nesse aspecto, o terapeuta deve ser mais ativo, interrompendo o detalhamento e enfocando os aspectos mais relevantes, ainda que o paciente não os veja assim.

Pensando que a associação livre faz parte da técnica preconizada em qualquer tratamento de orientação analítica, podemos observar que, na medida em que o terapeuta é sentido como o pai (ou pais) que sobrecarrega a criança com exigências prematuras, o paciente tem como único recurso cumprir formalmente com a “regra fundamental”. Esta, porém, conspira com as técnicas obsessivas, uma vez que as emoções – ingrediente necessário em todo tipo de interação – são equiparadas a excrementos que têm de ser retidos. Em alguns momentos, essas defesas obsessivas podem fracassar, e o paciente consegue evacuar conteúdos emocionais, desenvolvendo estados catárticos na sessão (revelando verdades secretas).

O obsessivo tem grande habilidade para escapar de qualquer envolvimento com o terapeuta, apesar de falar intensamente sobre o assunto, pois o faz com uma sucessão de palavras sublinhadas por uma compreensão intelectual e afastadas de qualquer resposta emocional. Dessa maneira, nossas intervenções devem considerar a extraordinária capacidade do obsessivo de evadir-se, desviar-se, ofuscar e deslocar, a fim de evitar que qualquer intervenção reforce ou encoraje essas defesas.

Estão sempre presentes mecanismos de onisciência e onipotência. Devido a eles, o obsessivo desenvolve atitudes que se expressam como beligerância ou condescendência em relação ao terapeuta. Secretamente, sente-se superior (grandiosidade) e despreza o terapeuta. Sente-se “acima” de

tudo o que está acontecendo. Procura listar todas as deficiências da técnica e do consultório do terapeuta para utilizá-las posteriormente como forma de hostilidade. É necessário muito tempo para que o paciente expresse suas dúvidas sobre o tratamento. Sua onisciência não permite reconhecer dificuldades e resiste às interpretações que o confrontam com isso. A grandiosidade o faz esperar saltos mágicos e avanços maciços no tratamento.

É impaciente com pequenos ganhos e espera interpretações magistrais, que serão seguidas por grandes avanços ou pela cura, ficando desapontado quando lhe são mostradas repetições de antigos padrões. Critica intensamente a psicoterapia e a si próprio por essa falha (“nada mudou, é uma perda de tempo e de dinheiro”).



#### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 4

##### Ego a serviço de um superego sádico

Carlos é um profissional bem-sucedido que está retornando das férias e vem mantendo algumas sessões em atraso (nunca consegue pagar em dia). Relata que deixou para a última hora a entrega de um trabalho para um cliente, pondo em risco essa relação profissional.

Diz Carlos: “Acabei passando um bom fim de ano na praia, senti-me motivado para trabalhar, mas foi só voltar que ficou tudo como era antes, sem motivação... tenho pensado nisso porque me dei conta de que existe algo que impede a execução, mas não é dificuldade de fazer, consigo planejar tudo e até poderia executar... não consigo entender o que me bloqueia, o que me deixa sem iniciativa e me impede de terminar os trabalhos...”.

Esse início de sessão deixa o terapeuta desanimado, com um sentimento de impotência. Aparecem, aqui, o controle e a dificuldade de colaborar com o tratamento. Essa agressão sutil é percebida pelo terapeuta, contratransferencialmente, ao sentir-se esvaziado e desmotivado.

O terapeuta interpreta: “O que temos visto é que isso acontece porque também existe um objetivo indireto de manifestar sua raiva para com outras pessoas, como ocorreu com o trabalho para o cliente que quase não conseguiu fazer”.

O paciente adota uma posição visivelmente defensiva, explica que deixou para entregar o trabalho na última hora e diz: “Consigno entender que existe uma dificuldade minha que acaba atingindo os outros, mas não consigo sentir isso”. No decorrer da sessão, fala que seu *laptop* foi roubado na praia e que isso o impediu de trabalhar.

Nesse fragmento de sessão, aparecem claramente a dissociação ideofetiva e o grande temor do obsessivo, que é o da castração (ter seu *laptop* roubado). A agressão do paciente aparece nas relações sociais e familiares e na transferência, criando situações nas quais ele provoca sofrimento aos outros.

Uma interpretação que poderia ser usada para não deixar o paciente em posição tão defensiva seria a centrada no terapeuta – por exemplo, mostrar como o paciente o deixa imobilizado como forma de não demonstrar suas fragilidades e seus temores.

Como afirma Liberman,<sup>12</sup> ao descrever a sessão de um paciente obsessivo, uma vez que o paciente atribui ao terapeuta o papel do pai exigente que inspira temor e, a partir de sua percepção, considera-o alguém que impõe que “conte tudo”, a verbalização tem as características de uma narração centrada em sequências tempo-

rais ou espaciais. A hostilidade despertada por esse tipo de interação comunicativa deve ser separada e controlada, deixando-a fora do vínculo transferencial. O paciente organiza um discurso tal que nos impressiona, como se o estivesse ditando. À medida que, por um lado, a hostilidade e o medo e, por outro, o desejo de agradar e acalmar forem se separando ainda mais, o discurso irá, gradualmente, se ordenando, e a tensão muscular, crescendo (descrição da formação reativa).

O paciente se concentra nos elementos verbais da comunicação e sente uma grande atração pelos aspectos sintáticos e semânticos. Por causa disso, desprivilegia a finalidade pragmática da comunicação.

O paciente se caracteriza pela habilidade de desarticular, por meio da análise crítica, o significado coerente das interpretações.

A lógica formal se constitui, assim, em um instrumento que tende a contra-atacar a lógica das emoções, ou seja, a tradução verbal dos processos primários que o terapeuta percebeu e verbalizou por meio da interpretação.

Quanto à abordagem, podemos notar que a capa defensiva na qual o paciente obsessivo se refugia está solidamente construída e parece impenetrável a um ataque frontal. Sobressai, muitas vezes, a teimosia, com a qual obtém satisfação nas discussões com o terapeuta, pela erotização do próprio pensamento. É fundamental que o terapeuta não entre no jogo proposto e tente construir uma relação em que o importante seja uma conduta verdadeira e espontânea, sempre buscando a emoção escondida.

Pensando pelo modelo clássico, o foco estará na agressividade latente, e mesmo os sentimentos amorosos podem ser vistos

como defesa contra a hostilidade (formação reativa). O conteúdo dos rituais, as dúvidas, as indecisões e os impulsos perfeccionistas devem ser observados e interpretados como evidência de intenções e desejos relacionados a pessoas significativas de sua vida. Dessa forma, o processo terapêutico deve apontar, interpretar e rever tais atitudes, enfatizando a agressividade e relacionando-a a sua origem libidinal e ao período anal-sádico do desenvolvimento psicosssexual da personalidade. Esse tipo de abordagem valoriza a historicidade do paciente.

Tecnicamente, deve-se evitar responsabilizar o paciente pelo andamento lento do processo ou por cooperar pouco. Quando o progresso é lento ou ausente, não se deve atribuir isso à resistência do paciente ou a uma resposta negativa ao tratamento.

Deve-se ter em mente que muitos impasses terapêuticos podem ser o resultado de manejos inadequados, por parte do terapeuta, das defesas obsessivas.

Fenichel,<sup>10</sup> descrevendo os mecanismos de defesa, refere que a formação reativa provoca uma satisfação narcisista à qual o paciente não quer renunciar. O isolamento é responsável pela dificuldade em associar livremente, para não entrar em contato com o que já esteve unido; a anulação aparece na repetição que ocorre ao longo do tratamento.

O autor descreve situações que podem impedir a evolução do tratamento:

- a) a contínua atenção censora que impede a associação livre (o paciente não consegue expressar suas experiências subjetivas, valorizando o relato objetivo)
- b) o mecanismo de isolamento, no qual o ego está dividido e tem uma parte in-

- consciente, mágica, que não é atingida pelas interpretações
- c) a necessidade de a terapia atingir camadas mais profundas
  - d) relações objetais regidas por tendências sádico-anais
  - e) a dissociação ideofetiva
  - f) o pensamento sexualizado, que é o instrumento de cura (curar pelas funções que se encontram afetadas)
  - g) ganhos secundários com o narcisismo das formações reativas
  - h) o surgimento de sintomas físicos durante o tratamento, os quais o paciente não suporta

Tudo isso demanda um trabalho que pode durar muito tempo.

Segundo Nacht,<sup>14</sup> uma aproximação terapêutica com o paciente obsessivo requer técnicas especiais, principalmente ao se considerar a ambivalência. O ritual obsessivo tem o propósito de impedir qualquer expressão concreta de manifestações dos dois impulsos opostos. A angústia surge a partir da confusão inconsciente que faz o paciente externar amor e ódio ao mesmo tempo, provocando sentimentos de dar e recusar.

Assim, o terapeuta tem de ajustar, com precisão, a distância a ser estabelecida na relação com o paciente.

Se a relação for estreita, e o paciente for incapaz de tolerá-la, isso será sentido como um ataque ao seu isolamento, e o medo consequente será intenso. Se for muito distante, o paciente se sentirá frustrado e incompreendido.

O terapeuta deve operar em dois níveis ao mesmo tempo: o nível do caráter e o nível mais primitivo das primeiras relações objetais. O autor sugere que se evite a aná-

lise da fixação no estágio anal-sádico (característica clássica do paciente obsessivo), pois, ao incentivar a atenção nesse estágio de sua evolução, o paciente estará evitando o confronto crucial da conflitiva edípica, da qual se originou seu temor inconsciente de castração.

O uso excessivo dos mecanismos de defesa que impedem manifestações espontâneas (sentidas como perigosas) gera o sentimento de uma falsa identidade. Durante um longo tempo, o paciente necessita de reassuramento para ser capaz de exteriorizar pensamentos e afetos. Precisa confiar, amar sem ser rejeitado, sentir-se entendido sem ser julgado, para, aos poucos, perceber e revelar sua verdadeira identidade.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 5

#### O problema da identidade

Trata-se de um médico que, na sessão, descreve sua conduta diante de um paciente com doença grave, “assumindo o papel de professor, dizendo tudo que um professor diria”. Dessa maneira, parece livrar-se dos sentimentos angustiantes suscitados pela proximidade da morte. Depois, passa a falar na dificuldade em tolerar frustrações, ter de esperar em filas, encontrar pessoas desorganizadas, não conseguir vaga no estacionamento.

Diz ele: “É o desperdício de tempo que me incomoda, e acho que não vou mudar nunca... perco muito tempo quando vou fazer alguma coisa, como, por exemplo, viajar... reviso o carro, troco o óleo, encho os pneus, reservo hotel e então posso ir... não consigo fazer coisas sem programar, mas perco muito tempo fazendo isso. Uma vez fui a um congresso, cheguei ao hotel, e não tinha reserva no meu nome... Os funcionários estavam de má vontade e não ajudaram... Minha sorte foi que encontrei um colega de outro país que achou as reservas em outro nome, e, então, deu tudo certo... mas, e se eu não tivesse encontrado o colega?”.

Aqui, aparecem o prejuízo com a estrutura defensiva e o sentimento de uma falsa identidade. Existe uma alusão transferencial ao referir-se à ajuda do colega para tentar encontrar a verdadeira identidade. No entanto, trata-se de uma pessoa que está sempre impondo a si um grau importante de sofrimento, e sua história revela um pai alcoolista, a quem desvalorizava, um personagem histórico que depois irá aparecer sob a forma persecutória e idealizada no professor e na relação com o terapeuta.

Outro aspecto que provoca ansiedade quando o paciente e o terapeuta são homens é a chamada angústia homossexual, decorrente da natureza bissexual do erotismo anal.

São situações nas quais o terapeuta pode ficar perturbado e, defensivamente, interpretar o material em termos da agressividade, não compreendendo o conteúdo sexual infantil amoroso que está implícito. Existe também a possibilidade de o terapeuta bloquear o nível de comunicação do paciente quando faz uma interpretação incompleta, colhendo a agressividade e não os sentimentos amorosos, o que pode levar o paciente a expeli-la ou usá-la no jogo sadomasoquista, sentindo-se maltratado ou estimulado a uma atitude de revide, por exemplo.

De qualquer forma, quando as defesas obsessivas começam a ficar atenuadas, passa a revelar-se outro tipo de ansiedade, ligado a uma fase mais evoluída da sexualidade genital: as angústias em torno da percepção da cena primária (Édipo) e a ameaça de castração.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 6

### O controle da cena primária

Maria é uma moça do interior que veio morar na capital para cursar a universidade. Ficou em uma pensão gerenciada por religiosas, compartilhando o quarto com outras colegas. Recentemente, mudou-se para um apartamento próprio e iniciou relacionamento sexual com o namorado, o que provocou uma crise de angústia e a busca do tratamento. Desde o início, ficou caracterizada uma estrutura obsessiva de personalidade, pelo grau excessivo de exigências quanto ao desempenho na faculdade, os medos de punição, as preocupações com detalhes e com o tempo, além das culpas por sentir sua sexualidade como proibida. Chama a atenção o grau de controle sobre os pais, especialmente sobre a mãe, para quem liga todos os dias para conversar, sem motivo aparente. Existe a valorização excessiva dos aspectos intelectuais e o intenso controle interno e externo; a paciente já manifesta, na transferência, a relação com esse objeto exigente e perseguidor. Trata-se de uma pessoa com intenso sofrimento e limitações em sua vida.

Durante alguns meses de psicoterapia, costumava deixar o telefone celular ligado, justificando que “os pais podem precisar falar comigo e tenho de estar disponível”.

Aparecem o controle que exerce sobre os pais e a necessidade de ser controlada por eles, não podendo ficar a sós com o terapeuta. Esse padrão marca o processo cujo foco está no controle da cena primária.

Durante uma sessão, ocorre o seguinte diálogo:

Maria: “Não sei o que vou dizer hoje, não aconteceu nada de novo. Quando acontece algo, já venho com um assunto.”

Terapeuta: “Fica mais fácil quando você tem algo preparado.”

Maria: (*rindo*) “É, esses dias, fiz provas que não foram difíceis, e foi tudo bem. Às vezes, acho que mudou alguma coisa no meu modo de pensar. Nessa sexta-feira fiquei aqui, resolvi não ir para a casa dos meus pais. O meu namorado também ficou. Na verdade, fiquei porque quis. Antes, eu só ficava por obrigação.”

Terapeuta: “Também está tolerando ficar mais tempo aqui.”

Maria: “O meu namorado tem me ajudado nisso. Fico me comparando com a F., que era a minha companheira de viagem, e vejo como a situação está diferente. Eu sempre viajava com ela para o interior e comprava a passagem para o horário mais próximo do término das aulas, eu não parava para pensar. Eu ainda tenho vontade de ir lá, mas não é como antes. Mas continuo ligando para a minha mãe, mesmo sem necessidade. Tem vezes que fico contando os minutos para chegar a noite, quando o horário é mais barato.”

Terapeuta: “Ao mesmo tempo que está conseguindo ficar mais tempo aqui, tem uma parte sua que ainda quer manter o controle dos seus pais.”

Maria: “Eu não entendo bem, eu não determino o que eles fazem.

Controlar... só se é porque quero sempre saber o que eles estão fazendo.”

Terapeuta: “O que estariam fazendo à noite, sozinhos?”

Maria: (*rindo*) “Confesso que, quando ligo para casa e eles não estão, fico triste, parece que eles sempre têm que estar lá. Mas não preciso falar com os dois, às vezes só falo com minha mãe.”

Terapeuta: “Sim, falar só com um é uma garantia de que não estão juntos.”

Maria: “Você acha que é isso, que fico controlando os momentos íntimos deles? Nunca tinha pensado nisso, penso mais na dificuldade de me distanciar deles.”

Maria tem aspectos fóbicos, mas predomina a estrutura obsessiva, que, aos poucos, vai sendo atenuada, fazendo o entendimento dos seus conflitos permitir melhor rendimento nos estudos e aproveitamento da vida afetiva

Fiorini,<sup>20</sup> em seus trabalhos de pesquisa em psicoterapia, tenta discriminar a técnica adequada para as estruturas obsessivas, defendendo que as dissociações ideia-afeto, mente-corpo, representação-impulso constituem os problemas fundamentais a serem trabalhados.

Descreve sete movimentos básicos:

a) **Inverter a perspectiva do ego obsessivo.**

O paciente parte do pressuposto de que seu problema é a falta de perfeição, e não a aspiração a essa perfeição. O ego ideal narcisista, próprio da estrutura obsessiva, espera encontrar essa perfeição por meio do tratamento, e o papel do terapeuta é

mostrar que esse ideal é seu verdadeiro inimigo. A tentativa de alcançar esse ideal é frustrada, e o paciente se deprime, se desilude e não sabe para onde dirigir sua raiva. Parte dela é dirigida a si próprio, tomando a forma de uma exigência implacável (tem de dar tudo de si).

- b) **Criar noções e experiências de sujeito e de subjetividade.** Na estrutura obsessiva, o ego ideal tiraniza o sujeito e estabelece um implacável sistema de exigências. O terapeuta tem de pôr em evidência o temor do paciente de expressar um sujeito que possa escolher caminhos, sempre expondo suas necessidades em confronto com o que pensa ser a vontade dos outros. Diz Fiorini:<sup>20</sup>

A busca incessante de um objeto desejante para o sujeito desejado encobriu a existência de um sujeito também desejante (este ficou rigidamente encerrado no sistema de desejar ser o objeto de desejo do outro).

Esse parece ser um ponto crucial na abordagem do obsessivo, pois, no meio do seu relato, é importante que o terapeuta saiba quais os seus desejos e necessidades.

- c) **Mobilizar comportamentos expressivos e desejanter.** O terapeuta pode confrontar o paciente, no sentido de aumentar sua capacidade de reconhecer as próprias emoções, além de expressá-las. Fiorini sugere que, além do reconhecimento e da expressão das emoções, o paciente deve ser estimulado a vivenciá-las, sendo essa vivência um fator de crescimento emocional. Quando o paciente percebe a possibilidade e a necessidade de expressar estados emocionais que aprendeu a reconhecer, revelam-se melhor as angústias e as defesas estruturadas, provocando elaborações.
- d) **Dar ensejo ao surgimento do terapeuta no lugar do terceiro.** A tendência do pa-

ciente é a de colocar o terapeuta no papel do outro que faz exigências, formando uma díade especular (pressiona o terapeuta a falar no que deseja, preocupa-se se o está agradando, e assim por diante). Essa é a marca da transferência do paciente obsessivo. Do ponto de vista técnico, somente a interpretação das projeções de uma figura superegoica não altera esses automatismos transferenciais.

O terapeuta deve colocar-se em uma posição não desejante e, até onde for possível, exercer esse papel.

Se essa posição for sustentada, poderá ocupar o efetivo lugar do terceiro, o que introduzirá no psiquismo do paciente uma novidade em matéria de organização de vínculos, algo que não é regido pelas pressões de uma exigência de espelho.

- e) **Desenvolver relações de integração entre diferentes níveis e tipos de pensamento e linguagem.** O obsessivo usa o processo secundário de pensamento como defesa, apresentando um mundo objetivo e estados de coisas mais do que significados. O terapeuta, ao empregar noções conceituais, irá apenas ampliar a defesa de racionalizações. O objetivo é introduzir uma linguagem capaz de aproximar o paciente do processo primário de pensamento.

Em vez de recorrer a uma linguagem de ideias, é preciso recorrer a uma linguagem plástica, poética, dramática. O terapeuta deve evocar, com a palavra, o mundo da ação.

- f) **Desenvolver condições para a reconstrução da história pessoal.** Quando o

processo avança, o paciente pode revisar seu lugar em sua história, desejos, rivalidades, posições no triângulo edípico, fantasias de triunfo e agressão, bem como o jogo de identificações familiares aos quais se sujeitou. A elaboração de tudo isso o levará a revisar a “história oficial”, surgindo o observador crítico.

- g) **Produzir abertura a experiências profundas de castração, assumindo seu caráter liberador.** Há uma perda da imagem de si, passagem necessária para a libertação do sujeito. Ocorre mudança de papéis, podendo o paciente mudar de uma atitude passiva para uma ativa, deixar de ser bem-comportado, adquirir tolerância a contrair dívidas, aceitar a dependência. Muda a postura de estar sempre “posando para a posteridade”.

No processo de tratamento, a incessante busca dos eventos do passado fica facilitada quando o paciente pode ver as distorções e as atitudes defensivas em circunstâncias nas quais fica difícil colocar dúvidas. Para tanto, sugere Fiorini, é mais efetivo examinar os acontecimentos recentes, no “aqui e agora”, que, em geral, contêm menos distorções.

Enfocando os eventos recentes, temos a possibilidade maior de explorar as emoções evitadas.

Algumas considerações, ainda que sumárias, nos parecem importantes ao tema. São as que se referem aos modelos teóricos que têm relevância em relação às mudanças na técnica da psicoterapia. Recomenda-se a leitura de alguns autores, como Bion,<sup>21,22</sup> pelos seus conceitos de capacidade de *rêverie* e elementos alfa e beta; Money-Kyrle,<sup>23</sup> com as ideias sobre os estágios da abordagem da doença mental; e Ferro,<sup>24,25</sup> pelos

modelos de escuta, pelo uso do termo “narrações” e pelas ideias sobre interpretações saturadas e não saturadas (questiona o valor de uma interpretação que sature o significado em determinado momento).

Pensando no obsessivo, a saturação pode ser uma situação esperada, na medida em que o terapeuta busca atingir o superego ou o ideal de ego. No entanto, Ferro salienta que essa operação de decodificação de uma “verdade verdadeira” lembra as interpretações dos críticos que têm a pretensão de desvendar o verdadeiro significado de uma obra de arte e pode tolher a criatividade da dupla. A transformação conarrativa e a conarração transformativa, que acontecem como uma verdadeira cooperação entre paciente e analista, são filhas da mente de ambos e geram significados novos e abertos.

Isso tem importância na clínica, pois o modelo de Bion associa as patologias a uma carência ou ausência de função alfa e a uma hiperpresença de elementos beta, que, não encontrando possibilidade de transformação, são constantemente evacuados, segundo várias modalidades. O ponto focal é, portanto, não tanto o acúmulo de elementos beta, mas a carência de função alfa, um dano derivado da falência muito precoce nas relações “sociais”, que não permitiu uma introjeção da função alfa, primeiro constituinte de qualquer forma de mentalidade.

No caso das estruturas obsessivas, haveria acúmulo de fatos não digeridos (elementos beta), que ameaçam transbordar, provocando um reforço dos “pilares dos diques” (defesas) para controlar a ameaça de inundação.

Utilizando o modelo de Bion, integrado às contribuições de Money-Kyrle e Ferro, poderíamos considerar a importân-

cia de se avaliar o quanto de função alfa está íntegra no paciente para ver a melhor estratégia a seguir. Por exemplo, com um paciente em início de tratamento, seria importante não usar tanto interpretações saturadas e permitir que elementos beta do campo se tornem menos tóxicos. Ferro<sup>25</sup> alerta ser importante que o terapeuta não assuma o papel de intérprete do que está acontecendo com o paciente, pois reflete narcisismo. Isso é muito diferente de o terapeuta, com seu segundo olhar, ser o intérprete do que está acontecendo com a dupla.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 7

#### O paciente assinalando o que acontece na relação

Roberto é um homem com típica estrutura obsessiva, que se caracteriza por intenso temor de expressar os sentimentos agressivos e ser espontâneo, associado a um desejo de grandiosidade em sua atividade profissional. Inicia a sessão dizendo que conseguiu falar do seu descontentamento com a esposa e que isso os aproximou muito. No entanto, precisa enfrentar uma pessoa no ambiente de trabalho e não sabe se vai conseguir “falar coisas que a pessoa pode não gostar”.

Lembra, mais adiante, a história de duas amigas (história que escutou em sua infância) que deixaram de se encontrar porque uma delas, ao visitar a outra, atropelou seu gato. A amiga do gato atropelado assistiu à cena, mas não falou nada. Deixaram de se visitar por um tempo, até que uma delas tomou a iniciativa e resolveu falar sobre o acidente, criando condições para o reatamento da amizade. O sentimento gerado entre elas foi o causador do afastamento.

Essa seria uma maneira de o paciente assinalar que, na relação entre ele e o terapeuta, existe um acidente ou uma violência

que fica encoberta pelo distanciamento na sessão.

Uma interpretação baseada no modelo intrapsíquico consistiria em mostrar, na transferência, o medo que o paciente tem de seus sentimentos agressivos, de fazer alguma crítica ao terapeuta, por exemplo.

Outra abordagem, baseada em um modelo interacional e procurando não ser saturada, seria assinalar o quanto é desagradável ter coisas a dizer para alguém e ter medo de que a pessoa fique magoada, o que abarcaria as duas possibilidades da história.

Quando duas pessoas ficam receando falar dos sentimentos ou da realidade que percebem, ocorre um afastamento. Quando podem manifestar seus sentimentos abertamente, ocorre uma aproximação. No caso, o terapeuta considera que o paciente já está podendo exercer a função alfa de maneira mais efetiva quando diz que conseguiu aproximar-se da esposa ao falar do seu descontentamento para com ela.

Voltando ao tema da função contida de Bion, podemos afirmar que todo terapeuta que acolhe os sentimentos e as angústias dolorosas de seus pacientes a está exercendo plenamente. É perceptível que isso ocorreu desde o início da psicanálise, com Freud e com todos os analistas e terapeutas que tiveram a sensibilidade de tentar entender o mundo interno que estava a sua frente. É evidente que aconteceram mudanças técnicas e que outras ainda ocorrerão, mas a base sempre será uma relação pessoal fundamentada na verdade e na curiosidade de entender o que se passa nas duas mentes em interação.

Um exemplo disso pode ser encontrado no trabalho de Freud<sup>26</sup> referido no início do capítulo, quando “O Homem dos

Ratos” não entende como podia sentir-se um criminoso em relação ao pai, sendo que, na realidade, jamais cometera crime algum contra ele. Durante a sessão, o paciente dá-se conta do que chama de “desintegração da personalidade”. Freud responde que estava de acordo com essa noção de uma divisão (*splitting*) da sua personalidade. Sugere que o paciente deveria assimilar esse novo contraste, entre um “eu moral” e um “eu mau”, como o já mencionado entre o consciente e o inconsciente. O paciente afirma, então, que, embora se considerasse uma pessoa moral, podia lembrar-se, não obstante, com bastante determinação, de haver feito coisas em sua infância que provinham do seu “outro eu”. Relata Freud:<sup>26</sup>

Observei que aqui, incidentalmente, ele havia atingido uma das principais características do inconsciente, ou seja, a relação deste com o infantil. O inconsciente, expliquei, era o infantil; era aquela parte do eu (*self*) que ficara apartada dele na infância, que não participara dos estádios posteriores do seu desenvolvimento e que, em consequência, se tornara reprimida. Os derivados desse inconsciente reprimido eram os responsáveis pelos pensamentos involuntários que constituíram a sua doença.

Nessa intervenção, Freud vincula os temores de seu paciente ao “infantil”, proporcionando-lhe um grande alívio. Poderíamos dizer que se estabeleceu uma função *rêverie*. Isso é corroborado por Kanzer,<sup>27</sup> que salienta que a atitude tranquilizadora de Freud para com “O Homem dos Ratos” não foi, em absoluto, uma exceção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo terapêutico requer um cuidadoso exame dos padrões defensivos que o

paciente mantém de forma compulsiva e dos quais reluta em abrir mão. Também exige, por parte do terapeuta, tolerância e habilidade em se manter interessado ao enfrentar aborrecimento e o comportamento repetitivo, que parece contínuo, apesar das clarificações, das interpretações e das concordâncias do paciente sobre suas dúvidas, destrutividade e negativismo. Essa é, precisamente, a natureza do sintoma obsessivo, que é repetido sem nenhuma alteração, apesar do conhecimento de sua inadequação.

As estruturas obsessivas obrigam-nos a uma profunda busca clínica para encontrar eficácia técnica pela articulação de recursos que resultam da convergência de contribuições e de experiências de várias correntes psicoterapêuticas. A estrutura da sessão segue o padrão geral, isto é, com o terapeuta verificando a transferência, a ansiedade predominante, as defesas acionadas e o que elas estão protegendo, e também exige alguns cuidados especiais, por exemplo, a necessidade de discriminar o que é relevante ou irrelevante na comunicação do paciente. Considerando que “tudo é relevante”, estaremos reforçando as defesas. Não podemos perder de vista que é o terapeuta quem gerencia o processo, e o que selecionamos depende de muitos fatores, como o referencial teórico e a natureza do foco principal que está sendo examinado e das lembranças reativadas.

Pensamos ser de extrema importância dar uma atenção especial ao contrato terapêutico. Com o paciente obsessivo, no momento do contrato, temos uma situação ímpar para observar as manifestações de seu caráter.

É comum o paciente criticar – em geral de forma velada – todo o contexto da psicoterapia, percebendo o terapeuta como

um ditador de regras, ao qual deve se submeter. Devemos estar atentos a esses movimentos para não assumirmos um papel passivo, deixando o paciente no comando do processo, ou para não nos colocarmos em uma atitude autoritária, querendo que o contrato seja cumprido rigidamente. O mais importante é mostrar ao paciente que esse padrão de relacionamento já está presente nos sentimentos transferenciais.

Outro problema importante é: como observamos as mudanças? Para Salzman,<sup>28</sup> isso ocorre quando o obsessivo se torna capaz de compreender sua estrutura neurótica como defesa contra o reconhecimento de suas “fraquezas”, podendo começar a construção de um novo sistema de segurança, em um nível mais produtivo.

Tentando integrar as várias correntes psicanalíticas citadas, é possível afirmar que ocorre uma mudança psíquica no paciente obsessivo quando este consegue, na teoria freudiana, se estabelecer com mais como-

didade na etapa fálica, não precisando usar defensivamente a regressão à etapa anal para se proteger da ansiedade de castração. Na teoria kleiniana, o paciente deverá restringir o uso dos mecanismos de cisão, o que propiciará a integração do objeto interno aterrorizador, que é o superego, acionando mecanismos reparadores, típicos da posição depressiva. Pensando em Bion, a mudança ocorreria com o uso da função alfa, desenvolvida na relação terapêutica, criando condições para o paciente ser continente dos próprios sentimentos e desenvolver sua capacidade para pensar. Todas essas possibilidades podem evitar, como bem descreveu Saramago, o surgimento do “ímpeto cego e arrasador da ira dos mansos”.

Mesmo sem a pretensão de esgotar o tema, tentamos oferecer ao leitor algumas sugestões de intervenções que podem servir de guia, tanto para a sessão como para o processo psicoterápico, nessa difícil tarefa que é tratar o paciente obsessivo.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Ainda que a incidência do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva seja maior em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo, essas patologias podem não estar associadas.
2. Na descrição do que denominou *caráter anal*, ou o atual transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, Freud<sup>6</sup> destacou três traços importantes: amor à ordem (que leva ao formalismo), parcimônia (induz à avareza) e obstinação (rebeldia).
3. O obsessivo se defende, fundamentalmente, por meio da atividade do pensamento expresso nas obsessões: a proteção para o medo dos próprios impulsos é assegurada pelas dúvidas obsessivas.
4. O obsessivo vive em um mundo de esforços para ser uma pessoa correta e que não tolera erros.
5. A linguagem e o humor estão presentes, mas sem inflexão afetiva, transmitindo ao interlocutor um entorpecido, monótono e repetitivo discurso (exceto quando está raivoso).
6. O paciente monitora com cuidado o próprio discurso, editando ou corrigindo uma frase ou palavra que possa ser entendida como errada.
7. O paciente teve pelo menos um dos pais extremamente crítico: trata-se de uma crítica que começa cedo e da qual a criança não consegue escapar.
8. Com o paciente obsessivo, no momento do contrato, temos uma situação ímpar para observar as manifestações de seu caráter.
9. As características obsessivas do paciente costumam provocar, no terapeuta, sentimentos de irritação, desânimo, desafio e provocação. Em fases mais adiantadas da psicoterapia, e diante das melhoras do

paciente, podem surgir sentimentos de compaixão, solidariedade, satisfação e identificação com o paciente.

10. Na psicoterapia, o paciente é quem deve tomar as próprias decisões, e as intervenções do terapeuta não devem conter racionalizações ao examinar as dúvidas obsessivas.
11. Quando o paciente se estende em seu discurso ruminativo, o terapeuta deve ser mais ativo, interrompendo o detalhamento e enfocando os aspectos mais relevantes do material.
12. Devido aos sempre presentes mecanismos de onisciência e onipotência, o obsessivo desenvolve atitudes que expressam beligerância ou condescendência em relação ao terapeuta, que devem ser assinaladas.
13. Deve-se evitar responsabilizar o paciente pelo andamento lento do processo ou por ele não estar cooperando, entendendo-se isso como parte de suas resistências caracterológicas.
14. O processo terapêutico requer um cuidadoso exame dos padrões defensivos que o paciente, compulsivamente, mantém e dos quais reluta em abrir mão.
15. Exige do terapeuta tolerância e habilidade em se manter interessado ao enfrentar o aborrecimento e o comportamento repetitivo, apesar das clarificações, das interpretações e das concordâncias do paciente sobre suas dúvidas, destrutividade e negativismo.

## REFERÊNCIAS

1. Saramago J. O homem duplicado. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.
2. Gabbard GO. Psychoanalytically informed approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychoanalytic Inquiry*. 2001;21(2):208-21.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
4. Meltzer D. O homem dos ratos (neurose obsessiva). In: Meltzer D. O desenvolvimento kleiniano: desenvolvimento clínico de Freud. São Paulo: Escuta; 1989. v. 1.
5. Freud, S. A disposição à neurose obsessiva: uma contribuição ao problema da escolha da neurose. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12. p. 393-409.
6. Freud S. Caráter e erotismo anal. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 9. p. 173-81.
7. Reich W. Analisis del carácter. Barcelona: Paidós; 1980.
8. Abraham K. Breve estudo do desenvolvimento da libido visto à luz das perturbações mentais. In: Abraham K. Teoria psicanalítica da libido. Rio de Janeiro: Imago; 1970.
9. Abraham K. Contribuições à teoria do caráter anal. In: Abraham K. Teoria psicanalítica da libido. Rio de Janeiro: Imago; 1970.
10. Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós; 1966.
11. Klein M. As relações entre a neurose obsessiva e os primeiros estágios do superego. In: Klein M. Psicanálise da criança. São Paulo: Mestre Jou; 1969.
12. Liberman D. Psicopatologia. Rio de Janeiro: Campus; 1982.
13. Zimerman DE. Neuroses. In: Zimerman DE. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed; 1999. cap. 17.
14. Nacht S. The interrelationship of phobia and obsessional neurosis. *Int J Psychoanal*. 1966;47(2):136-8.
15. Schimel JL. Dialogic analysis of the obsessional. *Contemporary Psychoanalysis*. 1974; 10(1):87-101.
16. Kainer R. The critical voice in the treatment of the obsessional. *Contemporary Psychoanalysis*. 1979;15(2):276-87.

17. Weissman P. Ego and superego in obsessional character and neurosis. *Psychoanal Q.* 1954;23(4):529-43.
18. Eizirik CL. A contratransferência e sua utilização no tratamento de pacientes obsessivos. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
19. Mackinnon RA, Michels R. El paciente obsesivo. In: MacKinnon RA, Michels R. *Psiquiatria clínica aplicada.* México: Interamericana; 1973.
20. Fiorini HJ. Marcos e linhas diretrizes no processo terapêutico das estruturas obsessivas. In: Fiorini HJ. *Estruturas e abordagens em psicoterapia.* Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1986.
21. Bion WR. Uma teoria sobre o processo de pensar. In: Bion WR. *Estudos psicanalíticos revisados: second thoughts.* Rio de Janeiro: Imago; 1994. p. 101-9.
22. Bion WR. O aprender com a experiência. In: Bion WR. *Os elementos da psicanálise: o aprender com a experiência.* Rio de Janeiro: Zahar; 1966. p. 7-113.
23. Money-Kyrle R. Desenvolvimento cognitivo. In: Money-Kyrle R. *Obra selecionada.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
24. Ferro A. Um rápido zoom sobre os modelos teóricos. In: Ferro A. *A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista: da relação ao campo emocional.* Rio de Janeiro: Imago; 1995.
25. Ferro A. Narrações e interpretações. In: Ferro A. *A psicanálise como literatura e terapia.* Rio de Janeiro: Imago; 2000.
26. Freud S. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 10. p. 157-317.
27. Kanzer M. La neurosis de transferencia del "hombre de las ratas". In: Massota O, Jinkis J, editores. *Los casos de Sigmund Freud.* Buenos Aires: Nueva Visión; 1979. p. 171-9.
28. Salzman L. Psychotherapy with the obsessive personalities. In: Karasu T, Bellak L. *Specialized techniques in individual psychotherapy.* New York: Brunner & Mazel; 1980.

## ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE FÓBICO

Hector Ferrari

*O conteúdo de uma fobia tem para com ela mais ou menos a mesma importância que possui para o sonho sua fachada manifesta.*

(Freud, 1916)

O ser humano nasce e se desenvolve em um mundo cheio de perigos, para os quais não está preparado adequadamente. O medo é um sentimento que acompanha essa situação e, de forma habitual, indica a procedência externa do perigo. Entretanto, durante o desenvolvimento emocional, o sujeito deve, inevitavelmente, atravessar e elaborar zonas de conflito e situações internas que percebe como perigosas e às quais responde com angústia.

Designa-se uma pessoa como *fóbica* se sofre de medos muito intensos em relação a objetos ou a situações externas que, em princípio, não deveriam ser considerados perigosos. Antecipa-se a eles, evita enfrentá-los ou os repele. Reconhece o inapropriado de seu sentimento e a irracionalidade de sua conduta, mas sente-se obrigada a comportar-se assim, porque, do contrário, seria exposta a uma angústia incontrolável.

Na fobia, o medo e a angústia se alimentam com reciprocidade. Freud se deu

conta de que o objeto externo temido é um pretexto equivocadamente interpretado como o que “causa” angústia e compreendeu que a razão desta são conflitos derivados da vida sexual infantil, e não acontecimentos acidentais externos. Estes podem provocar medo, mas o medo que gera o objeto fóbico oculta a angústia, serve para encobri-la. Mesmo havendo uma vivência inicial externa que gerou o medo, é a permanente intensidade da angústia, mais do que o primeiro sobressalto, o que caracteriza a fobia.

O tratamento psicanalítico é o recurso terapêutico fundamental para as fobias. Todavia, nem sempre existem as condições para sua plena utilização. Nesse caso, a abordagem pode consistir em uma psicoterapia de orientação psicanalítica, sobretudo quando em situações agudas ou de emergência. A psicoterapia psicanalítica deve ser realizada por um profissional bastante familiarizado com os mecanismos psicodinâmicos e a clínica da fobia. Por essa razão, tais componentes são descritos, em detalhes, a seguir.

## DEFINIÇÃO: SINTOMA OU PSICONEUROSE?

O termo “fobia” deriva do grego *phobos*,\* que significa medo, terror ou pânico. Denomina-se *psiconeurose fóbica* quando o sintoma se estabiliza, se reitera e abarca, de modo progressivo, outros temores, estruturando um estado emocional característico de alerta tenso, em uma exploração permanente de situações imaginadas pela pessoa como potencialmente perigosas.

A psicanálise descobriu que a fobia, assim como outras estruturas psiconeuróticas, funciona como uma *defesa* que trata de evitar que a pessoa seja vítima do *desenvolvimento da angústia* ou de ataques de *pânico*, em geral acompanhados de sintomas psicofisiológicos. O medo fóbico conduz à angústia, e esta, à cena inconsciente que a gera. A fobia leva, por um lado, a diferenciar medo, angústia e pânico e, por outro, coloca a angústia, antiga preocupação humana, no centro das considerações clínicas e metapsicológicas.

A fobia exige que o terapeuta se ocupe, necessariamente, da angústia do paciente, a qual não se justifica pelo estímulo que a provoca e é desproporcional em relação à situação temida. Por outra parte, a pessoa tem consciência da irracionalidade de sua reação, mesmo que tenda a justificá-la com racionalizações. Por isso, pode ser difícil decidir se a resposta à situação temida é, de fato, compreensível ou irracional.

\* Fobos era um deus reconhecido e temido. Era filho de Ares (o deus da guerra por excelência) e Afrodite. Também é o Pânico, o medo que faz o guerreiro bater em retirada. Irmão de Deimo, o Temor é o medo que paralisa. Os dois são companheiros inseparáveis e, às vezes, conduzem o carro do deus Ares até a batalha. Fobia se opõe a filia.<sup>1</sup>

Tal condição se relaciona com as demais psiconeuroses. Com a histeria, divide a utilização do mecanismo da repressão como defesa contra o conflito. Porém, o retorno do reprimido na histeria é a *conversão ao corpo*, enquanto, na fobia, é o *deslocamento e a projeção em um objeto externo* que se teme. A neurose obsessiva se afasta de ambas: diante do conflito, predominam as formações reativas e ficam comprometidas atividades do *pensamento* (ideias obsessivas). Às vezes, os sintomas fóbicos podem adquirir um caráter obsessivo: assim, a fobia de sujeira ou de contaminação se associa à compulsão de se lavar; a fobia social, ao desenvolvimento de rituais sociais, e assim por diante.

Além da neurose clinicamente estabelecida, sintomas fóbicos isolados podem aparecer em todas as outras psiconeuroses, inclusive em algumas psicoses. Nestas últimas, reconhece-se a presença de conflitos pré-edípicos.

## NOTA HISTÓRICA

Freud descobriu os mecanismos clássicos das fobias. Um breve olhar sobre seu pensamento a respeito do tema mostra vários aspectos. Nos primeiros tempos da psicanálise, ele se ocupou intensamente das fobias. Nessa etapa, reconheceu, na variedade de medos de todo tipo, a máscara multiplicada da angústia. Esclareceu a clínica do sintoma fóbico: diferenciou as fobias e as obsessões sobre a base dos diferentes mecanismos,<sup>2</sup> situou as fobias próximo da histeria e, junto às obsessões, agrupou-as como psiconeuroses de defesa;<sup>3</sup> utilizou na clínica sua primeira teoria da angústia<sup>4</sup> e considerou as fobias parte das psiconeuroses, um grupo diferente daquele das chamadas neuroses “atuais” (mesmo tendo esclarecido que estas também podiam apresentar sintomas fóbicos).<sup>5</sup>

Após um intervalo de alguns anos, voltou ao tema, dedicando à fobia um de seus relatos clínicos mais famosos, o caso do “pequeno Hans”.<sup>6</sup> Com ele, aparece o *sujeito* da fobia, e não apenas seus mecanismos.

Freud formalizou o estreito vínculo que une a fobia à angústia e à histeria, renomeando a fobia como *histeria de angústia*. Nesse relato, com a famosa história do “pequeno Hans”, tematizou a angústia da castração, o lugar do pai e da mãe e os principais mecanismos defensivos presentes na fobia: repressão, deslocamento, projeção, evitação, identificação, entre outros. Além disso, relacionou as fobias com o totemismo, a magia e o animismo.

Em seguida, no relato do “Homem dos Lobos”,<sup>7</sup> ofereceu a mais completa elucidação sobre a fobia e sua estreita relação com a infância. Mais tarde e em outro grupo de trabalhos, tratou da problemática da angústia diante da fobia. Nos artigos sobre a *metapsicologia*,<sup>8</sup> em *Inibição, sintoma e angústia*<sup>9</sup> e em *Novas conferências introdutórias à psicanálise*,<sup>10</sup> reelaborou as fobias a partir de sua nova teoria da angústia.

## VARIEDADE E CARACTERÍSTICAS DO OBJETO FÓBICO

Todos os objetos do mundo podem se prestar à fobia, mas essa diversidade infinita oculta sua secreta monotonia. O fóbico tem um objeto de aversão preferido, que o intimida e o ameaça com todo tipo de perigos. Com ele, sofre um pavor que começa com um ataque de pânico e logo se manifesta por uma atitude de fuga e evitação desse objeto de horror.

Freud<sup>11</sup> distinguiu três grupos de situações ou objetos considerados perigosos pelo paciente fóbico. No primeiro, agrupou algumas fobias que têm algo de assustador para a maioria das pessoas e, por isso, não parecem inconcebíveis em si mesmas, e sim pela intensidade exagerada do temor. Por exemplo, a fobia de cobras ou de aranhas. No segundo grupo, incluiu casos em que há certa sensação de perigo, em que se pode minimizar, mas não antecipar, o perigo: entre eles encontram-se as fobias situacionais, como viajar de avião, sentir solidão, cruzar uma ponte, presenciar temporais. Não causa tanto assombro seu conteúdo como sua intensidade. Por fim, considerou as fobias incompreensíveis: animais inofensivos, espaços abertos ou fechados, altura, entre outras.

O fóbico se sente ameaçado pelo objeto, esse fragmento do mundo externo, com um sentimento sinistro – *um-heimlich*. O paciente tem certeza de que tal objeto quer lhe fazer mal, mesmo que não possa dizer que tipo de mal. Sendo o produto de deslizamentos substitutivos do objeto reprimido, que não substituiu de todo, o objeto fóbico tem uma espécie de elemento concreto, direto, “real”. Como os objetos proibidos da fobia não estão de todo reprimidos, o sujeito chega a se vincular, apesar do deslocamento, a esse reprimido, que conserva uma relação direta com o impossível, o incestuoso. Em relação ao falo imaginário, o objeto fóbico tem características de hiperpresença real. No caso do “pequeno Hans”, por exemplo, a boca do cavalo o persegue porque “é” a própria boca investida pela pulsão oral. Dessa maneira, o fóbico vive uma experiência de angústia e impossibilidade de qualquer prazer: o desejado objeto que retorna da repressão é pavoroso, não pode estar perto dele porque o horror segue tornando-o impossível. A única coisa que o fóbico pode fazer é afastá-lo, controlá-lo

com o olhar ou estabelecer regras de distanciamento.

O sujeito fóbico se sente “olhado” pelo objeto e “olha aquilo que o olha”. Não pode ver, nem deixar de ver, o objeto temido sem que isso desperte angústia. Trata-se de uma aversão polarizada sobre um objeto que o sujeito não quer e não tolera mais ver, declara que deve estar fora de sua vista. “Se vejo isso, se isso me olha, sou um homem morto... alguma coisa vai me acontecer e, se algo acontece, tal como vejo ou pressinto, estou perdido”. Porém, de forma paradoxal e simultânea, o paciente procura esse objeto o tempo todo com o olhar. O “pequeno Hans” dizia: “Tenho que olhar para o cavalo e, então, tenho medo”. Com um simples olhar, reconhece-se o objeto do qual não se pode tirar os olhos e a partir do qual se prevê o perigo. Por isso, Lacan refere que a fobia está na ordem do desejo “pré-visto”.

O fóbico não duvida de seu objeto como o obsessivo: tem certeza de sua existência. Mantém com ele uma distância e uma espacialidade calculadas. Se não o vê, procura-o, mas uma proximidade maior desencadeia uma passagem ao ato ou um ataque de angústia. No tratamento psicanalítico, observa-se a distância como uma dificuldade associativa em relação ao objeto da fobia e à possibilidade de revelar plenamente seu conteúdo manifesto.

O objeto fóbico é ordenado segundo certo controle visual do mundo (organizar o campo visual, calcular distâncias, afastar-se, fugir, atravessar um caminho estreito) e com certas qualidades orais (relacionadas ao materno e ao primário). O paciente procura uma distância “útil” do objeto fóbico e necessita disso: nin-

guém desenvolverá uma fobia de alturas se não houver alturas.

Como no objeto fetiche, o fálico está presente no objeto, tangível, real, de algum modo alcançável. Mas, ao contrário do rechaço ou da evitação que gera a *fobia* ao objeto, na perversão fetichista, sob o signo da atração, vivencia-se extrema excitação e gozo com o objeto que afugenta a ameaça de castração. A psiquiatria se ocupou de dar nomes específicos aos incontáveis objetos da perversão e das fobias, e, em ambos os casos, Freud foi em busca do significado que subjaz à multiplicidade desses nomes.

## ALGUMAS DEFINIÇÕES DE ANGÚSTIA

Muitas vezes, antes da instalação de uma fobia, constata-se um período prévio caracterizado por forte disposição à angústia, que pode chegar ao pleno desenvolvimento de uma *neurose de angústia* ou se manifestar como *ataques de pânico*. Em seguida, algo mobiliza ou intensifica o conflito inconsciente; a defesa tenta resistir, mas falha, desencadeando-se um ataque de angústia que rapidamente se liga a um objeto ou situação para se transformar na *histeria de angústia* ou *fobia*. Desse modo, a angústia difusa, generalizada ou episódica, pode se atenuar e se limitar a uma situação específica. Assim que essa situação puder ser evitada, alivia-se a angústia. Se o paciente é forçado a enfrentá-la, sobrevém o desenvolvimento da angústia, que culmina novamente no *ataque de pânico*. Dessa forma, dada a estreita relação entre angústia e fobia e entre angústia, temor e pânico, convêm algumas definições.

A angústia, *Angst*, termo usado com frequência por Freud em alemão, signifi-

ca, literalmente, medo (sentir-se *apertado*, *pressionado*, *sufocado*). Descreve um sentimento de grande inquietude ante uma ameaça de dano, real ou imaginário, específico ou inespecífico, que varia de receio ou temor até pânico e terror. Como estado afetivo, é uma vivência desprazerosa, um mal-estar inquietante, a sensação de um perigo ameaçador, desconhecido, como uma fatalidade iminente, acompanhado de tensão motora e hiperatividade vegetativa. A angústia está vinculada a opressão e constrição (sensação de “aperto no peito”), por sua vez relacionadas à angina (e aos conhecidos sintomas cardíacos). A angústia é, assim, de maneira encoberta ou manifesta, um dos principais motivos de consultas na medicina. Convém diferenciá-la da ansiedade, que é uma espécie de incômodo, necessidade ou aspiração tensa de cumprir o desejo e que, em geral, não é englobada na psicopatologia.

A atual teoria da angústia em psicanálise data de 1926. A angústia se apresenta na perspectiva da reação do ego ao perigo ou da preparação para este. O ego é tratado não apenas como o lugar da angústia como também como sua possível causa:

- a) No curso de seu desenvolvimento, quando era fraco e indefeso, o ego estava exposto a sensações de angústia ante situações típicas: separação do objeto, perda de seu amor, mutilação ou castração e perda do amor de sua própria consciência ou superego. Nessas situações, sentia-se inundado, passiva e automaticamente, pelo desenvolvimento da angústia. A *angústia automática* se reitera cada vez que o sujeito se encontra em uma situação traumática, submetido à influência de excitações de origem interna ou externa que é incapaz de dominar.
- b) A favor de uma maior capacidade de integração, o ego aprende, de forma ativa, a repetir a angústia por sua própria conta, como sinal de situações presentes ligadas àquelas que, no passado, viveu como perigosas. A *angústia-sinal* deve ser vista como outra experiência angustiante que repete uma anterior, ao mesmo tempo que luta contra seu retorno. Reproduz, de forma atenuada, a reação de angústia experimentada primitivamente na situação traumática, o que permite deflagrar operações defensivas. Pode funcionar como “símbolo mnemônico” de uma situação vivida de modo passivo no passado e que agora se quer evitar ativamente. Segundo Freud, a angústia, seja automática, seja sinal de alarme, deve ser considerada produto do estado de desamparo psíquico da lactante, que, evidentemente, constitui a contrapartida de seu estado de desvalimento biológico. A angústia, como sinal, permite ao ego iniciar operações defensivas para não ficar exposto a uma situação traumática. Sob a perspectiva clássica, considera-se que a fobia utiliza, a princípio, um mecanismo de defesa, como a repressão, que impede que os desejos proibidos provenientes do complexo de Édipo cheguem à consciência ou alcancem a ação específica. Em um primeiro momento, a repressão, se vitoriosa, pode conter o conflito. O normal é que o conflito se renove e a repressão não baste; nesse caso, uma angústia mais pronunciada que um mero sinal pode ser a primeira manifestação de seu fracasso, revelando-se como angústia *livremente flutuante*, sem estar ligada a nenhuma representação em particular ou a algum mecanismo adicional de defesa. Quando adquire proporções clínicas importantes, configura-se o

estado de *neurose de angústia*. O fracasso da repressão pode significar o *retorno do reprimido*, no caso da fobia com *mecanismos* defensivos adicionais que culminam na instalação do objeto fóbico. Se o ego não contiver a situação temida com suas defesas habituais ou não estiver preparado em um estado de expectativa ansiosa, pode acabar inundado pelo desenvolvimento de angústia, que, pela magnitude, é conhecida como *pânico* ou *espanto*. O pânico inclui a falta de preparação, o fator surpresa e a ideia de transbordamento; para o ego, é voltar a suportar uma situação traumática. Freud considerou também a angústia como *desenvolvimento*. O desenvolvimento de angústia ainda se verifica quando o paciente é forçado a romper suas defesas e a enfrentar o objeto fóbico à força.

- c) O temor a um acontecimento real (*real-angst*) se desenvolve ante um perigo exterior, que constitui para o sujeito uma verdadeira ameaça. A experiência demonstra que as coisas nem sempre terminam aí: depois do medo do real, pode aparecer o desenvolvimento de angústia; o medo desemboca em algo indomável, incontrolável, cuja presença excede os objetivos adaptativos e assinala a existência de componentes irracionais, fantasmagóricos. Em geral, atrás de cada medo do “real” está uma angústia mais arcaica, ligada a fantasias inconscientes. Por exemplo, um paciente pode temer “razoavelmente” uma grande cirurgia, mas nunca deixarão de estar presentes fantasias primitivas de ameaça a sua integridade corporal, mutilação, castração, entre outras. Todo temor ante o real, aparentemente com motivos, teria, na verdade, um fundo de angústia, a ameaça de seu desenvolvimento.

## CLÍNICA DAS FOBIAS

O cenário inicial da fobia clínica aguda é o de um terror intenso, enlouquecedor, ligado a uma situação-limite, em que o sujeito sente perder drasticamente o domínio de seu ser. É como se, de repente, passasse a outra cena e entrasse no centro da solidão mais intensa. O objeto causador do pânico é algo inesperado, mas pressentido desde sempre, que se acerca do sujeito de forma instantânea e gera um medo monstruoso.

A angústia toma corpo no medo referido a um objeto externo e se atenua se este é evitado. É a coalizão brutal entre a angústia e o real (ver o caso clínico descrito no fim do capítulo).

O ataque inicial de angústia, acompanhado de um temporal de reações corporais, gera sensação de “morte iminente”. No núcleo, o paciente vive um estado de desamparo: é um sujeito desprotegido, indefeso, sozinho, sem ajuda. Depois de ocorrido, o ataque ameaça repetir-se. Uma vez instalado o temor, o paciente recorre a uma variedade de medidas defensivas para não enfrentar a situação temida, mas faz parte da dinâmica fóbica não se afastar totalmente. Há que evitar o perigo, mas ele nunca deve estar longe demais. Por exemplo: um paciente com fobia de cachorros sentia o impulso de provocá-los sempre que passava perto de um que estivesse tranquilo. Assim, ganhava a atenção do cachorro e sentia um medo tremendo, com repercussões corporais neurofisiológicas se o cão respondesse à provocação.

Com frequência, atrás da fobia se esconde um cenário que implica conteúdos referentes aos desejos reprimidos da sexualidade infantil e ao perigo ou ameaça de castigo.

A seguir, mencionamos alguns exemplos.

Às vezes, o que uma pessoa mais teme é o que deseja de modo inconsciente. A situação temida pode representar claramente uma tentação ou um castigo esperado se ela se realiza. Uma pessoa talvez sinta medo em situações em que poderia sentir excitação sexual. Ou, em situações sociais que supõem tentação sexual, pode se sentir atemorizada ou inibida. Em cada fobia, o paciente se previne, se antecipa, se adianta ao perigo ou ao possível castigo, cuja origem desconhece, mas que está ligada a desejos sexuais reprimidos.

Em outros casos, como na fobia de facas, tesouras, brigas, não é medo da tentação, mas do castigo, representado como perda de amor ou castração em resposta aos seus impulsos agressivos.

A pessoa com fobia de alturas se defende de um impulso irrefreável de se lançar no vazio, o que representa a realização de desejos passivos masoquistas e o medo da castração. Às vezes, o medo de lugares altos se transforma em sintoma conversivo: sensação de vertigem ao olhar para baixo. O medo do “pequeno Hans” de ser mordido por um cavalo supunha a ameaça de ser castrado por seus desejos incestuosos. No caso do “Homem dos Lobos”, conjugam-se o temor à tentação, pela satisfação de seus desejos femininos passivos diante do pai, e à castração, produzida pelo castigo.

O fóbico parece estar sempre se movendo em um espaço de tentações perigosas e convenientes reassuramentos. Qualquer função ou sensação corporal pode ser erotizada, sinalizada com angústia, passando a ser temida. Freud<sup>12</sup> destaca: “A análise de casos de perturbação neuró-

tica da marcha e de agorafobia não deixa dúvidas sobre a natureza sexual do movimento”. Há fobias relativas a comida ou a certos alimentos que podem passar despercebidas e se misturar a dietas vegetarianas, macrobióticas ou outras. O temor ao ambiente pode ser o resultado de impulsos exibicionistas reprimidos. A eritrofobia é o temor a expor vergonhosamente a intimidade corporal, e o enrubescimento o denuncia. Na fobia de exames, mobilizam-se temores diante da autoridade e necessidades narcisistas de ser aceito ou rechaçado. No temor de infecções ou bacilos, manifesta-se o medo da castração e de desejos passivos femininos, ligados a fantasias de impregnação ou, mais profundamente, a temores à introjeção de objetos com um caráter destrutivo.

Às vezes, as fobias se mascaram com *atitudes contrafóbicas*, em que o sujeito, com frequência de forma obsessiva, procura situações de perigo para enfrentá-las, em vez de evitá-las. A distância que a fobia impunha diminui, e o *objeto temido agora é desafiado*. A angústia fóbrica pode estar oculta em atitudes ou pautas que representem uma negação da situação temida.

Quando um sujeito nessas condições, por exemplo, um amante de esportes perigosos, descobre tal situação em um processo analítico, pode começar a se acidentar.

Em outros casos, o paciente fóbico recorre a um objeto que o acompanhe para enfrentar seus temores. Muitas vezes, um genitor ou o próprio cônjuge é usado para controlar de maneira tirânica as angústias fóbricas, na medida em que a companhia oferece uma sensação ilusória de proteção. Dessa forma, o paciente fóbico pode chegar a se comportar como uma criança assusta-

da que precisa ser custodiada pela mãe para superar seus medos. O acompanhante, que protege o agorafóbico das situações perigosas e também das tentações, muitas vezes é marido/mulher ou um parente. Porém, a ambivalência com o objeto acompanhante, que pode representar não só o genitor amado como também o odiado, é muito intensa. Na clínica, manifesta-se um trato despótico e opressivo com o acompanhante. Conseguir que o paciente agorafóbico se desligue do acompanhante e vá sozinho ao consultório é um problema técnico importante durante o tratamento analítico e psicoterápico.

Depois de sua instalação, a fobia tende a se estruturar utilizando os múltiplos mecanismos defensivos anteriormente descritos. Como toda neurose, representa um equilíbrio instável com um sério empobrecimento do funcionamento da personalidade e perigo constante de ressurgimento da angústia. Constituída a fobia, os medos tendem a se estender de forma progressiva a uma crescente quantidade de objetos, situações, lugares ou pessoas, em uma paulatina e dramática limitação das possibilidades vitais do sujeito. A couraça fóbica vai se expandindo progressivamente. Diante dessa situação, o paciente pode reagir com perda de sua autoestima, realçando-se um elemento de depressão.

As manobras de evitação com que o paciente tenta controlar seus medos podem se ritualizar ou tornar-se obsessivas. Costumam surgir ideias compulsivas ou atos motores que se impõem como uma tentativa secundária de controlar suas fobias. Representam modos de passagem à neurose obsessiva. Hoje, as fobias se distinguem com clareza das obsessões. Todavia, há uma série de sintomas que se confundem. A fobia de sujeira pode ser acompanhada de rituais obsessivos de limpeza. É mais um exemplo de que a neurose apela a mecanismos

de defesa diversos e necessários para tentar sua estabilização.

O paciente fóbico tem consciência do caráter irracional dos medos de que sofre, compreende seu significado mórbido e luta contra eles, mas não pode evitá-los. Isso permite a discriminação em relação a alguns delírios, em que o paciente psicótico tem medos terríveis, que considera provenientes de perigos reais, sem possibilidade de crítica ou retificação imediata.

Podem aparecer fobias como elementos que chamam a atenção, mas secundários em outros quadros, como o começo de uma esquizofrenia, melancolia involutiva, arteriosclerose ou outra condição. Também é necessário diferenciá-la da denominada *personalidade evitativa*.

Nem sempre o começo de uma fobia é dramático. Às vezes, toda a vida do paciente esteve vinculada a situações que considera perigosas e a procedimentos para evitá-las. Os medos são tão generalizados e universais que abarcam praticamente qualquer tipo de objeto ou situação. Os temores irracionais e as fobias são conhecidos há muito, diversas vezes acentuados na infância pelos próprios pais. Conforme Emilce Dio Bleichmar,<sup>13</sup> alguns pais atemorizam repetidamente a criança:

“Não se aproxime de desconhecidos, fique do meu lado”: isso não apenas é uma ordem, mas indica que as pessoas podem ser perigosas, que a criança é irremediavelmente indefesa e que quem avisa é o único protetor.

Na linha da participação familiar nas fobias, Glen Gabbard<sup>14</sup> destaca:

Esses pacientes têm figuras internalizadas de pais, guardiães ou irmãos

que os ridicularizam, criticam, humilham, abandonam. Esses objetos introjados são estabelecidos cedo e repetidamente projetados em pessoas próximas, que são logo evitadas.

## **VARIEDADES CLÍNICAS: A AGORAFOBIA, A FOBIA SOCIAL, AS FOBIAS ESPECÍFICAS, O ATAQUE DE PÂNICO**

A seguir, mencionamos as fobias clinicamente mais difundidas.

### **Agorafobia**

Constitui a forma mais comum e grave, começando no fim da adolescência ou na idade adulta. O traço central é um medo irracional de abandonar um lugar familiar, por exemplo, a casa, dando lugar a uma sensação de desamparo antecipatório na rua ou em outros espaços abertos. Por isso, leva a uma crescente limitação das atividades, até os medos chegarem a dominar a vida inteira. Muitas vezes, o paciente requer um acompanhante para sair à rua, estabelecendo-se uma relação ambivalente de extrema dependência. Ao mesmo tempo, podem estar presentes componentes claustrofóbicos, como temores referentes a estar longe de casa, preso na multidão, no elevador, viajando de trem ou avião sem poder sair. Com frequência, a agorafobia é acompanhada de ataques de pânico ou começou com um.

Na agorafobia, o medo toma corpo no próprio indivíduo, domina-o subjetivamente e, assim, provoca a desorganização ou o temor aos espaços. O agorafóbico limita seus deslocamentos; a locomoção é acompanhada de vertigens. Portas e jane-

las causam problemas, porque, na fantasia inconsciente, representam o trânsito apertado e forçado entre o dentro e o fora. Se o caminho é muito aberto, a sensação é agorafóbica; se é muito fechado, claustrofóbica. A ideia de estar confinado é mais tolerável se houver uma via de escape aberta. O paciente é torturado pela impossibilidade de sair quando deseja e pelo temor de ficar preso pela própria excitação de não poder escapar.

Uma paciente, cada vez que entrava no consultório do terapeuta, pedia para este abrir um “pouquinho” a janela, porque, do contrário, “faltava-lhe o ar”. Somente assim a sessão podia se realizar. Durante a psicoterapia, por uma possível enfermidade somática grave, teve que realizar uma série de exames, entre os quais uma ressonância magnética. No hospital, ao se colocar dentro do aparelho, teve um ataque de pânico, porque ia ficar presa, não podia suportar a imobilidade nem os ruídos do equipamento. Teve que sair, praticamente fugir, impossibilitando um procedimento indispensável para o diagnóstico. Mais tarde, com o acompanhamento de seu terapeuta, pôde reingressar na máquina, mas este teve que acompanhar todo o procedimento. Ela somente suportava permanecer na cápsula se pudesse localizar-se espacialmente, conseguindo enxergar o que descrevia como “a saída, o fim do túnel”.

Como, na agorafobia, a angústia é associada a um acesso de vertigem, a locomoção é negada em situações como solidão, ruas estreitas, entre outras. A fobia de transportes se agrava se o veículo para ou há engarrafamento. Ou seja, mesmo que tema o deslocamento, o agorafóbico necessita que o veículo se ponha em movimento.

O agorafóbico sofre na presença de muita gente, de muita luz, de muito ruído. A contrapartida é uma fobia de situação, a fobia de solidão. Freud<sup>15</sup> assinalou que “as

primeiras fobias de situação das crianças são a fobia a escuridão e a fobia a solidão”. Pergunta-se: “de onde nasce a inquietante estranheza do silêncio, da solidão, da escuridão?”. Este parece ser o lugar de origem do fóbico: desolado, preso no silêncio e devorado pela escuridão. Solidão em que tem a si mesmo como outro; é o temido encontro do sujeito consigo mesmo que abre o caminho ao desamparo. Paradoxalmente, a solidão, em seu aspecto mais doloroso, é a experiência aguda da aglomeração: sozinho entre os outros, inconsistente, perdido na multidão, intercambiável. Na crise agorafóbica, o paciente está submerso na multidão e totalmente solitário. Para escapar dessa solidão insuportável, tenta fugir para algum lugar em que possa estar só e se reencontrar.

O agorafóbico está em companhia de muita gente, mas soberanamente sozinho, sentimento que remete ao desamparo. O mal-estar da solidão provém não da diminuição das relações de objeto, mas do fato de que, no espaço deserto, vem ao seu encontro a figura do duplo, desse “ele mesmo”, do qual pode se distrair cada vez menos. Na solidão, que tanto teme, o sujeito termina por compartilhar a intimidade e o leito com seu próprio duplo.

Do silêncio, da solidão e da escuridão, podemos tão somente dizer que são realmente elementos que participam da formação da ansiedade infantil, elementos dos quais a maioria dos seres humanos jamais se libertou inteiramente.<sup>16</sup>

Pela perspectiva do autoerotismo, estar sozinho, no escuro e em silêncio é vivido como uma tentação ao onanismo solitário. A masturbação choca o fantasma

edípico com a ameaça de castração. A solidão expõe a um perigo tão anônimo como impreciso. Mas também há um chamado à pessoa amada: originariamente, a angústia das crianças não é outra coisa que a expressão de que lhes falta a pessoa amada.

## Fobia social

É característica do adolescente ou do adulto jovem: é um medo persistente e irracional, às vezes exposto à observação dos demais de maneira humilhante ou embaraçosa. A pessoa sente que sua conduta, por exemplo, falar em público, ou suas funções corporais, como comer ou urinar, serão foco de atenção de quem a rodeia. Relaciona-as com tremer, fazer papel de ridículo, falhar, enganar-se, ser criticado, ridicularizado, observado, avaliado. A pessoa reconhece que seu temor é excessivo ou irracional. A situação temida é evitada, o que interfere em seu rendimento profissional, acadêmico, de trabalho ou em suas relações sociais. A angústia não melhora com o começo da atividade ou os preparativos para ela. Ao contrário, pode piorar. Às vezes, coexiste com os ataques de pânico.

Uma mulher solteira, inteligente e atraente tem sérios problemas para se relacionar com alguém. Uma amiga íntima mais jovem lhe conta que vai casar, esperando que ela tenha papel primordial na organização da festa. Ao começar os preparativos, nota que está muito ansiosa, as mãos com um suor frio que teme ser detectado por quem a cumprimenta. Por fim, precisa evitar estar na festa. Uma breve abordagem psicoterapêutica posterior revelou um grande conflito com a amiga, repetição da relação com uma irmã mais

nova, sentida como muito bem-sucedida e preferida pelo pai.

Um exemplo do pânico ante o auditório é o pânico de “entrar em cena”. Um empresário vitorioso passou a se sentir angustiado quando tinha que falar em público. A situação começou quando o filho ingressou na empresa familiar e iniciou uma carreira meteórica. O paciente temia que sua voz “faltasse devido à emoção”, que perdesse o controle de si mesmo, que sua fraqueza fosse percebida, que os demais ficassem com pena dele. Ele, que era muito bom orador e improvisava seus discursos, agora os preparava e os lia. Porém, essa atitude falhou quando começou a temer que não pudesse ler, que não conseguiria distinguir as letras, até que, por fim, deixou de falar em público. Com algumas sessões, manifestou desejos exibicionistas e impulsos desafiantes muito controlados, vinculados, em sua origem, a um irmão menor e revividos com seu filho.

## **Fobia específica**

Denomina-se *fobia específica* a que manifesta um medo marcado e persistente, excessivo e sem razão, desencadeado pela presença ou pela antecipação de um objeto específico ou situação (a altura, o vazio, os animais, voar, tomar injeção, ver sangue, entre outras). Conhecida anteriormente como *fobia simples*, é um temor irracional a um objeto específico, como aranhas ou serpentes, ou a situações, como escuridão. A de animais ocorre com frequência na infância e reaparece na idade adulta.

É comum entre os estudantes de medicina o desenvolvimento de fobia a alimentação, especialmente carnes, depois das habituais visitas ao necrotério. Nessa situação, mobilizam-se defesas ante impul-

sos orais canibalísticos, que se manifestam como rechaço a comida e, às vezes, anorexias profundas.

## **Ataque de pânico**

Os ataques de pânico podem constituir uma entidade própria, sem relação com as fobias. Entretanto, como já mencionado, é possível que as fobias comecem com um primeiro ataque de pânico ou que este seja a culminação de uma descompensação defensiva de uma fobia, em especial a agorafobia. Portanto, ele merece algumas referências por seu valor clínico. Um paciente com ataque de pânico pode acreditar que sofre de um sério problema médico e consultar o clínico ou até uma emergência, com sensação de morte iminente. O médico até pode realizar complexos procedimentos diagnósticos, os quais, invariavelmente, chegarão a resultados negativos. O papel do clínico é importante e crucial para orientar o paciente nesses primeiros momentos.

Os sintomas do ataque são: palpitações, taquicardia, transpiração, tremores e calafrios, falta de ar, dor no peito, náusea, tontura, sensação de “estar no ar” e de despersonalização, medo de perder o controle, de enlouquecer, de morrer. Muitas vezes, o ataque começa durante o sono. Uma vez produzido, o paciente torna-se temeroso das situações associadas ao ataque, como ficar preso de maneira claustrofóbica, não poder escapar, ficar sem ajuda ou exposto diante dos demais.

Algumas pessoas já tiveram sintomas fóbicos prévios; em outras, a fobia segue o primeiro ataque de pânico. É comum terem constante preocupação sobre quando e onde ocorrerá o próximo ataque. O ataque de pânico pode parecer se desencadear sem conteúdo psicológico manifesto, como

surgindo do nada, sem motivos internos ou externos. O próprio paciente pode contribuir para essa impressão. Contudo, ele se deve a fatores psicodinâmicos e se beneficia de uma intervenção psicoterapêutica. A recomendação é que o clínico faça uma pesquisa minuciosa em sua busca para determinar os fatores psicológicos relevantes.

## OS PSICODINAMISMOS NA FOBIA

É útil ilustrar o processo “clássico” de formação de sintomas nas fobias recorrendo ao “pequeno Hans”, um garoto de 5 anos tratado por seu pai com a supervisão de Freud. O caso revela uma criança que se recusava a sair às ruas com medo de ser mordida por cavalos. Na análise de sua fobia, por meio de entrevistas com o pai, Freud encontrou um conflito entre seus desejos e as defesas do ego. Os desejos eróticos pela mãe e a forte hostilidade em relação ao pai davam lugar a intensos temores de ser castigado, interpretados como angústia de castração, o que transformava tudo em sintomas: medo de ser mordido por cavalo, de que o cavalo caísse sobre ele, e assim por diante. Em outras palavras, o cavalo substituiu o pai como ameaça, e um perigo proveniente do interior foi trocado por um perigo externo. Freud destacou a vantagem do sintoma fóbico: é melhor defender-se de um perigo externo oriundo de um objeto específico do que da angústia procedente de uma fonte interior pulsional desconhecida.

No caso do “pequeno Hans”, os desejos de morte do pai e o temor por esses desejos foram reprimidos, porque, por coincidência, eram inaceitáveis e incompatíveis com os intensos desejos amorosos que, ao mesmo tempo, sentia por ele. Tais desejos ressurgiram na forma de um temor de que

os cavalos caíssem sobre ele e o mordersem. Como em toda fobia, o deslocamento trouxe dupla vantagem: ele pôde seguir amando o pai enquanto a angústia original se transformava em medo de um objeto que podia ser evitado no mundo externo.

A escolha do cavalo como objeto fóbico não foi acidental nem proveio de um incidente prévio. Estava multideterminada: antes da fobia, o “pequeno Hans” mostrava intenso interesse pelos cavalos, observava seus genitais, comparava-os com o do pai e o seu próprio e pensava também na mãe e na irmã. De maneira similar, seus desejos sexuais pela mãe estavam presentes na fobia, como temor à castração e castigo por esses sentimentos.

Um paciente fóbico “clássico” como o “pequeno Hans” alcançou o nível fálico. Diante dos impulsos eróticos e hostis inconscientes reprimidos, derivados do complexo de Édipo, que lutam para atingir a consciência, é alertado a fortalecer suas defesas. A angústia, componente central da fobia, é uma reação do ego a um perigo interno, de natureza pulsional, percebido como inaceitável e ameaçador. Tem como função indicar ao ego o fato de que uma moção pulsional inconsciente proibida tenta se tornar consciente e chegar à ação específica. A angústia alerta o ego para renovar a repressão, mas, fracassando diante da ameaça do *retorno dos desejos reprimidos*, o ego busca defesas auxiliares: repressões secundárias, deslocamento, identificação, regressão, entre outras.

Por meio do mecanismo de *deslocamento*, o conflito libidinoso é mudado do objeto incestuoso primitivo a uma situação ou a um objeto externo, o que, a partir desse momento, tem o poder de provocar a constelação completa de emoções, incluindo a angústia como sinal. Mediante a análise, pode-se chegar a determinar como uma situação foi substituída por outra a que está

associativamente conectada. O grau de deslocamento depende da fobia: há algumas muito próximas ao desejo proibido (p. ex., fobia de briga, de alimentação, de sexualidade) e outras tão distantes que requerem muito trabalho analítico para seu esclarecimento.

Nas fobias, o mecanismo de deslocamento mostra que a defesa não se limita ao desenvolvimento de angústia ou à evitação das situações temidas, mas também utiliza substitutos para seu reforço. A “realidade” sinistra do objeto fóbico provém, em parte, do efeito do deslizamento metonímico (o metafórico supõe substituições mais distantes do objeto incestuoso reprimido). O objeto fóbico segue sendo parte daquele objeto que ele não substituiu de todo.

No caso do “pequeno Hans”, a boca do cavalo ameaçador não é apenas uma metáfora proveniente de seus desejos orais. É uma boca projetada no cavalo, em que se sente a intensidade pulsional. Não é um “como se”, mas está aí de maneira “concreta”, sem valor alegórico.

Também se produzem *repressões secundárias*, que fazem a fobia apresentar um conteúdo nebuloso, indefinido, comparável ao conteúdo manifesto de um sonho. Dá muito trabalho analítico estabelecer do que o paciente tem medo. O trabalho defensivo do ego se concentra agora, secundariamente, no sintoma. Por isso, na análise e na psicoterapia analítica, há necessidade de trabalhar com base nas circunstâncias em que apareceu a fobia pela primeira vez.

De forma simultânea, com o deslocamento, produz-se a projeção da situação temida interna em uma externa, que a substitui simbolicamente.

O “pequeno Hans” projetava seus impulsos agressivos contra seu pai, e estes eram logo transferidos ao animal, que lhe provocava angústia. A defesa fóbica contra a angústia cria um mundo externo à imagem do ameaçador mundo interno. A projeção na fobia é diferente da do paranoico, em que não há deslocamento a outros objetos ou coisas.

A *identificação* pode ser um mecanismo adicional nas fobias. Certos casos de fobia de animais revelaram, no trabalho analítico, ser precedidos por um período de identificação primitiva com eles. O “pequeno Hans” queria ter um pênis tão grande como o dos cavalos que temia.

A identificação pode tomar uma forma mais primitiva: a ideia de ser devorado por animais se deve à *regressão* à etapa oral de devorar, como no caso clássico de Freud de ser devorado pelo lobo. As fantasias de devorar intervêm em certas fobias, segundo as quais o paciente teme ser “tragado” por um animal ou pelos espaços abertos. A regressão leva a pessoa a uma situação infantil e gera a possibilidade de ela necessitar de um acompanhante. Traços regressivos fazem parte do simbolismo nas fobias: os impulsos edípicos do “pequeno Hans” refletem o período fálico, mas o temor de ser devorado pelo cavalo aponta para componentes orais sádicos característicos da etapa oral mais prematura.

O *simbolismo* do sintoma fóbico está multideterminado e expressa diferentes significados, condensados de forma simbólica. A fobia do “pequeno Hans” resultava da combinação de vários elementos. Ele não temia simplesmente qualquer cavalo, mas os cavalos que via na frente de casa, incluindo os de carga, temia que o mordessem ou que caíssem. A angústia se transportou, em um segundo momento, para os outros cavalos e se fixou naqueles

elementos que se mostravam passíveis de certas transferências. O temor aos cavalos caídos expressava o desejo pela morte do pai. O medo de ser mordido pelo cavalo era o castigo por tal desejo. Os carros carregados representavam gravidez, e a queda do cavalo, sua mãe tendo um bebê.

O conteúdo da fobia é como o conteúdo manifesto do sonho. Lewin<sup>17</sup> destaca que o sintoma fóbico, como o sonho, sofre os efeitos dos mecanismos do processo primário, como a condensação e o deslocamento.

Em resumo, contra os desejos edípicos incestuosos e a angústia de castração, o ego utiliza a repressão em primeiro lugar; quando esta falha, há um retorno do reprimido, substituindo um perigo interior por um exterior, que precisa ser evitado. Em geral, esses mecanismos não são suficientes, e requerem-se novos deslocamentos; o círculo dos temores segue se ampliando. A luta passa a ser contra o sintoma. O temor fóbico pode ter um matiz “persecutório” que denuncia sua vinculação com mecanismos mais primitivos, como a dissociação esquizoide apontada por Melanie Klein.

## DESENVOLVIMENTOS PSICANALÍTICOS POSTERIORES SOBRE AS FOBIAS

Melanie Klein aprofundou a compreensão da angústia nas fobias relacionando-a às suas fontes primitivas e ao seu conteúdo fantasmagórico. Em especial, descreveu cruamente o efeito dos ataques infantis ao corpo da mãe e o temor à retaliação. A teoria das “posições” permitiu distinguir as ansiedades paranoides, ligadas à ameaça de desintegração do ego, das ansiedades depressivas, associadas à perda do objeto

interno. O sadismo e o instinto de morte são parte essencial dessas questões.

Sobre as fobias, referiu Melanie Klein:<sup>18</sup>

[...] as angústias persecutórias e depressivas favorecem as fobias primitivas, que incluem dificuldades com a alimentação, pavor noturno, angústia ante a ausência da mãe, medo de estranhos, perturbação da relação com os pais e das relações de objeto em geral. A necessidade de externalizar os objetos persecutórios é um elemento intrínseco no mecanismo das fobias.

Klein tratou das fobias primitivas, que têm uma função essencialmente defensiva contra as angústias de desintegração do ego. Os mecanismos que intervêm são a dissociação e a projeção; o conteúdo do projetado é um superego terrorífico, e a ação é representada por meio de fantasias oral-canibalísticas.

Hanna Segal<sup>19</sup> representa a mais moderna concepção kleiniana sobre as fobias. Introduziu o mecanismo da identificação projetiva e ilustrou o parentesco entre as fobias, os mecanismos paranoides e os processos psicóticos. Acredita que, sendo essas fobias neuróticas, para tratá-las, é necessário analisar os medos psicóticos subjacentes.

A partir de uma posição totalmente diferente, Lacan<sup>20</sup> tratou das fobias e, por seu próprio esquema referencial, fez interessantes observações, em especial sobre o caso do “pequeno Hans”. No *Seminário VIII*,<sup>20</sup> destacou que “A fobia representa a forma mais radical de neurose”, no sentido de que é uma resposta ao problema do estabelecimento da metáfora paterna, que, presente na fobia, tem um estatuto precário. O “pequeno Hans” toma o significante “cavalo” como uma espécie de substituto paterno, a fim de apoiar o pai.

Diferentemente de outras neuroses, que aplacam a angústia com a formação dos sintomas (como a histeria de conversão ou a obsessivo-compulsiva), a fobia tem uma relação contínua e firme com a angústia, apesar da criação do sintoma. A angústia é um ponto traumático inquietante sobre o qual se constitui a fobia. O objeto fóbico conserva uma relação com o que o causou; é algo que, para o sujeito, dá conta do real. O objeto da fobia, ao carecer de dispositivo fantasmagórico, mantém-se como um modo particular de contato com a realidade.

A fobia está próxima da histeria e tem certa afinidade com a perversão. Fobia e perversão dividem “a metonímia do falo materno” no lugar da metáfora paterna. Na perversão, em que a mãe rechaça o pai, o fetiche é o resultado do resto metonímico do falo materno; na fobia, em que, pelo contrário, ela respeita o pai, o resto metonímico é o objeto fóbico.

Para Lacan, no caso do “pequeno Hans”, o cavalo não é escolhido por ser um bom símbolo do pai, mas porque, ao estar “engatado”, passa por metonímia do carro. Freud<sup>6</sup> destacara que a homofonia entre *Wägen* (carro) e *vegen* (por causa de) se mistura com o circuito dos veículos e logo provoca a metonímia de veículo por cavalo. O resultado é a fobia: o “pequeno Hans” tem medo “por causa” do cavalo. Lacan privilegia a concatenação estritamente significativa e não tanto simbólica do sintoma.

Com o desenvolvimento da fobia, a angústia no “pequeno Hans” se liga ao significativo “cavalo” como um substituto do pai, de seu nome, ou do “não”, e se atenua. Dessa maneira, a fobia tem como propósito frisar o nome do pai. O objeto fóbico passa a ser o falo, que toma o valor de todos os significantes, o do pai, se necessário. O cavalo é um intento sintomático de colocar “outra coisa” entre o “pequeno Hans” e a mãe (já

que o pai não serve) e, dessa maneira, reduzir a angústia de ser ele apenas o objeto do afeto materno.

Todavia, não é uma solução permanente. O “pequeno Hans” encontra outra que não é metafórica (que a mãe possa referir algo que lhe falta), mas metonímica: dar à mãe um bebê, outro “pequeno Hans”, que se interponha entre ele e a mãe. O “pequeno Hans” fantasia que se casa com sua mãe, e o pai, com a dele, criando uma nova genealogia. Para se separar da mãe e livrar-se dela, quer lhe dar outra criança. Mas ele ainda é o “pequeno homenzinho” de sua mãe.

O “pequeno Hans” nunca pode confrontar o desejo materno, porque não tem nome, apenas enfrenta sua demanda por um objeto específico: ele mesmo. O fracasso do pai de oferecer-lhe um princípio explicativo que considere também seu próprio desejo e o papel do pai no desejo da mãe, de transformá-lo em um desejo materno enigmático, deixam o “pequeno Hans” em uma posição perversa. Lacan<sup>21</sup> conclui que ele se torna perverso, não neurótico.

## **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS: DAS NEUROSES DE TRANSFERÊNCIA AO DSM-5**

Em sentido nosográfico, Freud incluiu como *psiconeuroses de transferência* a fobia (ou histeria de angústia), a histeria de conversão e a neurose obsessiva, porque nelas a libido se refere a objetos reais ou imaginários, em vez de estar “distante” do eu. O resultado é que, diferentemente das psicoses, elas são mais acessíveis ao tratamento psicanalítico, já que se prestam à constituição, durante a análise, de uma “neurose de transferência”.

Freud<sup>22</sup> referiu ainda que:

Parece seguro que as fobias devem ser consideradas síndromes que podem formar parte de várias neuroses e que não necessitamos classificá-las como processos patológicos independentes.

A chamada neurose de angústia é, na nomenclatura freudiana, uma neurose atual, caracterizada pelo acúmulo de excitação sexual que se transforma diretamente em sintoma sem mediação psíquica (não há conflito). Quando Freud separou-a da neurastenia, foi para centrá-la em torno do sintoma da angústia. Mesmo quando, hoje, se fazem reparos sobre o mecanismo freudiano “atual”, ele conserva seu valor nosográfico na clínica: é uma neurose em que predominam uma angústia massiva, sem objeto claramente manifesto, e o papel dos fatores atuais, mais do que o dos históricos. Diferencia-se claramente da fobia, ligada a um objeto substitutivo.

No DSM-IV e, agora, no DSM-5, as psiconeuroses de transferência foram lamentavelmente sacrificadas e recolocadas em outras categorias, uma das quais denominada *transtornos de ansiedade*. Esse grupo engloba: pânico sem agorafobia, pânico com agorafobia, agorafobia sem história de transtorno de pânico, fobia específica e fobia social. Todos foram abordados neste capítulo. A denominação de transtorno de ansiedade gera um equívoco: leva a pensar que a angústia é uma doença, em lugar de um sintoma determinado por um conflito inconsciente, como considera a psicanálise. O grupo de transtornos de ansiedade inclui o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno de ansiedade generalizada, tratados em outros capítulos deste livro.

A histeria foi “dividida” entre transtornos somatoformes e dissociativos.

Dado que a angústia é um componente fundamental nas fobias, vale a pena recordar, para o diagnóstico diferencial, que ela está presente na maioria dos quadros psicopatológicos, em maior ou menor grau: depressões reativas, melancolia ansiosa, começo da melancolia involutiva, psicose pós-parto, estados de delírio e arteriosclerose cerebral, período inicial de esquizofrenia, ante a vivência de desintegração do mundo e mudanças profundas na personalidade que o paciente vive com uma ansiedade extrema e catastrófica, acompanhada de sentimentos de perplexidade, estranheza e mudança.

É importante que o psiquiatra e o clínico se familiarizem com os componentes corporais da angústia, que podem complicar certos diagnósticos, como o de infarto do miocárdio. São 25% os pacientes que vão ao clínico com problemas emocionais e que sofrem de angústia, e esse mesmo grupo constitui 10% das consultas aos cardiologistas. Cabe recordar que a dor precordial da crise de angústia pode ser acompanhada de alterações no eletrocardiograma (ECG) e que o infarto incipiente de miocárdio também é acompanhado de imensa ansiedade. Outros diagnósticos diferenciais com sofrimentos somáticos com importante componente de angústia são feocromocitoma, hipertireoidismo, síndrome de Menière, doença de Addison, doença de Cushing, porfiria aguda intermitente.

## OUTROS RECURSOS TERAPÊUTICOS

As fobias têm na angústia um sintoma central, muitas vezes incapacitante para o

paciente. Os psicofármacos constituem, nos dias atuais, uma ferramenta adicional na abordagem desses estados, contribuindo para aliviá-los. Quando são indicados, devem ser administrados somente como complemento da abordagem psicoterapêutica, e nunca como recurso exclusivo. O drástico controle da crise de ansiedade às vezes basta para permitir que os pacientes retomem suas atividades e melhorem a sintomatologia. Isso pode facilitar a abordagem inicial da psicoterapia, que deve se mover na direção de uma psicoterapia psicanalítica profunda, enquanto os psicofármacos são abandonados. Os detalhes sobre sua utilização são desenvolvidos no Capítulo 25.

Nos últimos anos, ampliou-se o uso das chamadas *terapias cognitivo-comportamentais*, em especial para os transtornos de ansiedade, entre os quais as fobias. A expressão, com frequência, refere-se a “pacotes” ou protocolos de tratamento que introduzem um número de técnicas que pretendem modificar a conduta sintomática do paciente por procedimentos *de conduta*, como exposição, relaxamento, *biofeedback* e treinamento social, ou por meio de técnicas *cognitivas*, dirigidas a mudar as expectativas, corrigir e reduzir as crenças irracionais e as percepções errôneas, modificar interpretações, obter autoeficácia, identificar distorções de pensamentos, interromper pensamentos preocupantes e substituí-los por outros. A teoria que sustenta esses métodos é a da aprendizagem: o desenvolvimento da personalidade, normal ou patológico, e das experiências da aprendizagem no meio familiar.

Com essas técnicas, procura-se gerar a aprendizagem de novas condutas. Uma é expor o paciente fóbico aos estímulos que lhe causam terror. O procedimento reside

em estabelecer um protocolo de situações, das menos temidas até as mais temidas. A exposição pode ser tentada de forma gradual, *ao vivo* ou fazendo o paciente *imaginar* a situação temida. Ou, de maneira mais drástica e selvagem, expondo-o de forma brusca (*inundação ao vivo* ou *por estímulo imaginário*). A ideia é que vá se acostumando gradualmente ao estímulo que o atemoriza, “dessensibilizando-se”. Foram utilizadas a exposição gradual na fobia simples e na social e a exposição *ao vivo* na agorafobia e no ataque de pânico.<sup>23</sup>

Nessas teorias, a conduta manifesta do paciente é o foco de atenção. Ela não é vista como determinada por processos intrapsíquicos (muito menos inconscientes), mas como efeito de aprendizagens patológicas, reforços inapropriados, contingências correntes. Considera fatores ambientais, como antecedente e consequente, estímulo e resposta. Dessa maneira, a abordagem de conduta enfatiza os aspectos atuais, mais do que os históricos. É um tratamento que procura ser “objetivo”, com base no método empírico. Foi formulado e pesquisado de modo experimental.

A esses métodos podem ser feitas as seguintes críticas: que são reducionistas e simplificam a complexa conduta humana, minimizando o valor dos processos psicológicos internos; que os resultados são superficiais, sugestivos, e, muitas vezes, os sintomas são substituídos por outros; que não consideram a singularidade do paciente; que suas técnicas são mecanizadas e de aplicação universal; que não procuram promover a compreensão do sintoma e da pessoa que o sofre, buscando apenas uma mudança de comportamento, não a subjetividade do paciente.

Ao contrário, o modelo psicanalítico se propõe a entender as causas latentes

ou inconscientes da conduta manifesta: o sintoma neurótico, a fobia, neste caso, é a expressão simbólica de um conflito inconsciente. As experiências infantis (históricas) são significativas para compreender os mecanismos do sintoma. O tratamento baseia-se nesses princípios e no valor da relação de transferência com o analista, e a interpretação tem um efeito crucial.

É possível que alguns resultados favoráveis de técnicas de conduta remetam à equação pessoal: todas elas são administradas por um terapeuta; o valor de sua presença e seu acompanhamento podem ser decisivos para entender alguns dos resultados favoráveis. Esse elemento se potencializa quando tais técnicas se combinam em sessões grupais. Também é possível que se trate com êxito os sintomas fóbicos que Freud observou como derivados de uma neurose de angústia (atual).

## PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DA FOBIA

A psicanálise e a psicoterapia analítica constituem o tratamento de escolha para as fobias. Permitem o esclarecimento dos conflitos e dos dispositivos básicos utilizados pela fobia, em especial o mecanismo de deslocamento a objetos e situações externas.

O estabelecimento pleno do dispositivo analítico clássico supõe alta frequência de sessões, associação livre, atenção flutuante, uso do divã, emprego predominante da interpretação de transferência, análise das resistências, entre outros elementos. Quando, por diversas circunstâncias, internas ou externas, não se pode instalá-lo completamente, ou quando é necessário

um alívio sintomático relativamente rápido, pode-se recorrer à *psicoterapia psicanalítica*.

Mais do que retomar o lendário e interminável debate sobre as semelhanças e diferenças entre a psicanálise clássica e a psicoterapia psicanalítica, o autor deste capítulo propõe seu ponto de vista sobre o tema. A psicoterapia psicanalítica das fobias fundamenta-se nos postulados da teoria psicanalítica e é implementada tecnicamente sobre a base das *condições possíveis a determinada situação*. Assim como a psicanálise clássica, tende ao esclarecimento ou à descoberta das cenas inconscientes ocultas nos sintomas manifestos e desdobra-se em um vínculo poderoso com o analista, que oferece ao paciente uma forte contenção emocional para a angústia. Portanto, a psicoterapia psicanalítica busca o *insight*, ao usar a interpretação como ferramenta fundamental para obtê-lo, para trabalhar na transferência (positiva ou negativa) e para superar as resistências. Também para manter a regra de abstinência, evitar estabelecer metas ou focos (o próprio paciente o fará) e não introduzir certezas verbais baseadas na sugestão.

É possível que as sessões sejam menos frequentes do que o desejável, que tenham um ritmo assistemático, que não seja possível usar o divã, que o tempo de tratamento esteja delimitado, que não existam as condições para o estabelecimento de um processo analítico clássico ou que o analista tenha que ter “mais presença” ou atividade. Contudo, a psicoterapia analítica tem com a análise clássica mais semelhanças do que diferenças. Entretanto, a psicoterapia psicanalítica diferencia-se drasticamente da psicoterapia de apoio baseada somente na sugestão.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Um jovem estudante de medicina, que começara recentemente sua residência em um hospital universitário, foi mandado ao Serviço de Psicopatologia para uma consulta de urgência. Já há alguns meses tinha dificuldades para participar das situações de aprendizagem médicas ou cirúrgicas, em especial das experiências que envolviam pacientes em situações de dano corporal, hemorragias, cortes. Foi ficando cada vez mais claro que evitava tais situações, e seu acesso a alguns serviços do hospital era cada dia mais difícil. O hospital, suas diferentes partes, começou a representar “o corpo ferido”. Durante um tempo, encobriu essas dificuldades, mas dava-se conta de que evitava ir às aulas, fugia da atenção a certos pacientes, não participava da aprendizagem de procedimentos cirúrgicos que implicavam dano corporal e evitava facas, bisturis ou qualquer instrumento cortante. Tendo sido aluno exemplar, sua carreira estava seriamente afetada, o que levou seus orientadores a exigir a consulta.

Nas entrevistas iniciais, contou que, meses antes, enquanto presenciava, na sala de cirurgia, um procedimento delicado, começou a ter uma sensação de estranheza, instabilidade, suor abundante, tontura, palpitações, falta de ar, mal-estar precordial, vertigem, fraqueza nas pernas. Aos poucos, foi sentindo medo de perder o controle, de enlouquecer, morrer (há um traço associativo entre o pânico e a sensação de morte iminente). Queria fugir, escapar, desaparecer. Teve esse sentimento de dilaceramento interior, profundo e penetrante, que se apoderava de seu corpo e se refletia em uma tempestade psicofisiológica de sintomas corporais. Quase desmaiando, “presa” do pânico, foi parar na emergência do próprio hospital. Apesar de o diagnóstico de ataque de pânico ser mais do que evidente, os clínicos preferiram “descartar” patologias orgânicas. Como os exames de laboratório foram negativos, os médicos receitaram psicofármacos, que o aliviaram rapidamente. Mesmo assim, sugeriram uma consulta com um psicanalista, a qual adiou até o limite. Como as condutas fóbicas prosseguiram, teve que procurar ajuda para não enfrentar de novo aquela angústia terrível.

Para atender seu desejo de continuar com uma vida normal, na medida do possível, foram propostas três sessões semanais, em horários livres. Apesar das resistências iniciais a estabelecer qualquer contato terapêutico, aderiu imediatamente ao tratamento. O fóbico, mais do que qualquer outro paciente neurótico, pode ser um rápido aliado do terapeuta, porque este é capaz de lhe oferecer um pronto alívio sintomático, mantendo uma firme atitude analítica, com a qual contém e alivia a angústia. A necessidade do paciente de dependência e proteção contra a sensação de desamparo que a angústia provocava tornou possível que se vinculasse estreitamente ao analista, quase como a um objeto acompanhante. Dessa maneira, o paciente se instalava rapidamente na terapia enquanto se estabelecia um plano para suprir gradualmente os remédios. (Alguns pacientes podem necessitar de medicação para controlar seus sintomas, mas não se aventuram a sair e enfrentar o mundo sem ajuda psicológica. Com outros, deve-se trabalhar para que aceitem a medicação que rejeitam. Esta pode ser parte do objeto fóbico, a que se teme de forma irracional.)

Como é normal, levou certo tempo para esclarecer o conteúdo manifesto de alguns sintomas. Quando o analista considerou que a relação com o paciente estava estabelecida com solidez, pôde levá-lo a trabalhar verbalmente detalhes das situações temidas. Em contato com a angústia do paciente, o analista deve poder modular, com sua palavra, uma distância adequada para que o paciente consiga ter contato (verbal) com o objeto temido, sem que a angústia o impeça. Antes de iniciar a psicoterapia, o paciente revelou, de maneira casual, que ia às sessões com um colega. Depois, confessou que não poderia ir sem ele.

Relatou que, pouco antes do início dos sintomas, começara a sair com uma colega que lhe interessava bastante, mas com quem teve certas dificuldades sexuais. Uma vez, enquanto tinham relações, percebeu

*(Continua)*

*(Continuação)*

que ela estava menstruando e não conseguiu continuar. Durante um tempo, as relações sexuais com ela não se completavam por falhas na ereção. Começou a se dar conta, na análise, de que o sangue o “horrorizava”, de que o relacionava com “ferida, perda, mutilação, morte” e, o mais surpreendente, com sexualidade. Lesões corporais sempre o haviam atemorizado, e ele sabia que a medicina iria colocá-lo em contato com esse tipo de situação. Começou a lembrar-se do conflito da adolescência diante da escolha da carreira. Pensava que estava superado, mas agora via que não. De fato, nos últimos tempos, questionava-se se tinha condições de ser médico. Ao passar pelo necrotério, começou a rejeitar os alimentos (em especial carne), o que superou com dieta vegetariana. Foi ficando evidente que as fantasias que tinha sobre o interior do corpo, secreções, orifícios, geravam todo tipo de angústias relacionadas ao sadismo.

O paciente tem duas irmãs mais velhas, casadas, com filhos, mas diz ser o favorito da mãe. O pai era médico e faleceu quando ele tinha 6 anos; o paciente não se recordava de nada sobre a morte, nem sobre a relação com ele, “salvo que tinha o pressentimento de que o pai o castigava”. Sabia, pelo relato da mãe, que a morte fora causada por um acidente de automóvel, que o pai fora levado “destroçado” a um hospital, onde morreu horas depois, sem que o paciente chegasse a vê-lo. Mas lembrava que, depois disso, não podia se separar da mãe e até dormia com ela. Logo em seguida, apareceu uma fobia da escola, superada com o tempo. Lembrava também de “manuseios sexuais” por parte das irmãs até o começo da adolescência, os quais incluíram masturbação mútua. Essas lembranças apareciam em sua memória com uma mistura de prazer e medo de castigo. Relatou ter sonhado várias vezes, na adolescência, que era perseguido por um homem que queria matá-lo.

Foi ficando evidente que, desde pequeno, tinha não apenas desejos incestuosos, mas também intensos impulsos agressivos, provavelmente derivados do sofrimento pela prematura morte do pai. Por algumas associações, detectavam-se desejos de morte do pai, sentimentos de culpa e autocastigo como base de sua atitude masoquista. O trabalho terapêutico foi dirigido a familiarizá-lo com os impulsos incestuosos e sádicos e com a tendência ao castigo. Mostrou-se a ele que a ameaça de castração (sem ser dita nesses termos) derivada desses impulsos era deslocada ao corpo e vivida como presença ou possibilidade de dano, ferimento ou mutilação. Um sonho desse período: “Estava em um lugar lúgubre, asséptico, escuro, estendido sobre uma cama ou maca; via como me operavam, abriam meu tórax, tiravam tudo, mas eu não sentia nada, e acordei muito angustiado”.

Pelo meio do segundo mês de tratamento, os sintomas começaram a ceder, o paciente pôde reviver algumas experiências relacionadas com a aprendizagem, e as manifestações de angústia melhoraram, o que lhe permitiu parar de tomar remédios. Quase de volta à vida normal, as sessões diminuíram para duas por semana. De vez em quando, o paciente procurava o terapeuta fora da sessão para consultas que não pareciam justificadas, mas eram toleradas, porque, no caso de pacientes fóbicos com sensibilidade à separação e à angústia, a voz do terapeuta pelo telefone pode abortar uma crise ou ataque de pânico. A voz do terapeuta pode ter mais efeito do que um remédio, mesmo que apenas ouvida na secretária eletrônica.

Um detalhe permitiu revelar o outro aspecto, hostil, sádico, dos chamados. Certa vez, tocou o telefone, e o terapeuta demorou a responder; ao entrar, o paciente pediu que a janela fosse aberta “para que o ar corresse” porque ele se afogava. Era um microssintoma claustrofóbico. Esperando no corredor, imaginou que o analista não respondia porque estava morto. A chamada telefônica revelava que o fazia porque necessitava, ao mesmo tempo que procurava se assegurar de que seus fortes desejos de morte do terapeuta como objeto de transferência não se haviam concretizado. Foi possível analisar sua necessidade de dependência, assim como sua hostilidade e os desejos de morte do analista. Dessa maneira, manifestava a característi-

*(Continua)*



### (Continuação)

ca ambivalência com figuras de identificação. O trabalho tocou somente na parte do sofrimento pela morte do pai, sua falta de lembranças e sua relação ambivalente com ele.

Nas semanas seguintes, o paciente começou a faltar porque, aparentemente, não podia ser acompanhado ao tratamento. Nesse momento, foi-lhe sugerido que prescindisse do acompanhante e marcasse sessões em horários e dias fixos. A decisão do terapeuta gerou uma crise de angústia, ameaças de abandono e ódio manifesto a ele. Porém, ele se manteve firme, e o trabalho prosseguiu. É necessário que, em determinado momento, o analista intervenha de modo mais ativo e insista que o paciente enfrente a situação temida. Segundo Freud,<sup>16</sup>

difícilmente dominará uma fobia quem aguarde até que o doente se deixe mover pela análise e aceitá-la. Ele nunca trará à análise o material indispensável para a solução conveniente da fobia.

A atitude firme e decidida do analista tem um valor de vigência excepcional para o paciente fóbico. Recordemos que a mãe do “pequeno Hans” intervinha com sedução e ameaças, mas que Freud trabalhava com o pai (ou por meio do pai), pois o paterno deve obter plena eficiência terapêutica.

Superada a crise, pôde-se trabalhar no tratamento com maior intensidade algumas das situações temidas e as provenientes de sua sexualidade infantil, enquanto os sintomas cediam. No período prévio, o paciente esteve fortemente ligado ao analista, pelos motivos já explicados. Mas, em algum momento, o terapeuta passou a ser visto como o objeto temido causador da angústia, e essa situação teve que ser enfrentada, como em qualquer análise. Dada a relação prévia, a situação de transferência fortemente ambivalente pôde ser elaborada, ao menos de forma parcial. O ódio e o temor retaliativo foram cedendo. Um sonho desse período: “Era garoto, mas me via como agora; estava na cama com alguma doença infantil, vinha o médico da família e me examinava com cuidado. Chamava claramente a minha atenção a forma como ele pendurava o estetoscópio”. O fálco já não resultava tão ameaçador, a escuta (o estetoscópio) do analista era o cuidado de que o paciente necessitava e que tolerava.

Semanas depois, interrompeu o tratamento: tinha que trabalhar em um Centro de Saúde longe da sede do hospital. A intervenção terapêutica durara pouco mais de quatro meses. Ficava para trás (mesmo que não totalmente) a presença ameaçadora da angústia. Ele estava melhor, um pouco mais seguro em sua crescente identidade médica. Despediu-se com a promessa de retomar a análise algum dia. Mas o momento da crise estava superado.

Esse caso demonstra algumas das vantagens que a psicoterapia psicanalítica pode oferecer no tratamento das fobias.

A sintomatologia da fobia permite ao terapeuta instalar-se inicialmente como o objeto de que o paciente necessita para aliviar-se do torturante efeito da angústia. Sua figura provê um ingrediente de estabilidade e contenção para o paciente, sem necessidade de recorrer a apoios

verbais adicionais. Sua presença basta para reintroduzir a esperança”, componente altamente necessário para uma pessoa com vivência próxima ao desamparo.

Com isso, o paciente se vincula com intensidade ao analista. Inevitavelmente, os componentes adicionais da fobia vão aparecendo na relação com o analista, mas podem ser interpretados no âmbito dessa

forte relação emocional. Às vezes, a brevidade do tempo disponível em uma psicoterapia analítica contribui para o esclarecimento e a resolução dos mecanismos da fobia, referentes a aspectos de transferência

mais problemáticos e conflitivos, como os que são gerados em processos analíticos mais prolongados. A experiência demonstra que as mudanças alcançadas podem ser estáveis e duradouras.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Existem várias apresentações clínicas de fobias, conforme o objeto ou a situação temidos.
2. Os principais mecanismos de defesa que permitem entender o significado de cada fobia são o deslocamento, a repressão, a projeção e a identificação projetiva.
3. É necessário sempre ter em mente que há, no objeto ou na situação temida, algum significado simbólico e que aspectos sexuais ou agressivos inconscientes são representados pela estrutura manifesta de cada fobia.
4. Na psicoterapia analítica com pacientes fóbicos, uma estrutura de *setting* estável e uma atitude acolhedora, flexível e, quando necessário, firme do terapeuta permitem reviver, na relação terapêutica, as condições infantis e os conflitos inconscientes que produziram a fobia.

## REFERÊNCIAS

1. Falcón Martínez C, Fernández Galiano E, López Melero R. Diccionario de la mitología clásica. Madrid: Alianza; 1980.
2. Freud S. Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología. In: Freud S. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899). Buenos Aires: Amorrortu; 1895. (Obras completas, v. 3).
3. Freud S. Las neuropsicosis de defensa (ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). In: Freud S. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899). Buenos Aires: Amorrortu; 1894. (Obras completas, v. 3).
4. Freud S. A propósito de las críticas a las “neurosis de angustia”. In: Freud S. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899). Buenos Aires: Amorrortu; 1895. (Obras completas, v. 3).
5. Freud S. La sexualidad en la etiología de las neurosis. In: Freud S. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899). Buenos Aires: Amorrortu; 1898. (Obras completas, v. 3).
6. Freud S. Análisis de la fobia de un niño de cinco años. In: Freud S. Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso del pequeño Hans). A propósito de un caso de neurosis obsesiva (caso del Hombre de las Ratas) (1909). Buenos Aires: Amorrortu; 1909. (Obras completas, v. 10).
7. Freud S. De la historia de una neurosis infantil. In: Freud S. “De la historia de una neurosis infantil” (caso del “hombre de los lobos”), y otras obras (1917-1919). Buenos Aires: Amorrortu; 1918. (Obras completas, v. 17).
8. Freud S. Lo inconciente. In: Freud S. “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”, trabajos sobre metapsicología, y otras obras (1914-1916). Buenos Aires: Amorrortu; 1915. (Obras completas, v. 14).
9. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. In: Freud S. Presentación autobiográfica, Inhi-

- bición, síntoma y angustia, pueden los legos ejercer el análisis?, y otras obras (1925-1926). Buenos Aires: Amorrortu; 1926. (Obras completas, v. 20).
10. Freud S. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. In: Freud S. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras (1932-1936). Buenos Aires: Amorrortu; 1933. (Obras completas, v. 22).
  11. Freud S. Conferencias de introducción al psicoanálisis. In: Freud S. Conferencias de introducción al psicoanálisis (partes I y II) (1915-1916). Buenos Aires: Amorrortu; 1916. (Obras completas, v. 15).
  12. Freud S. Tres ensayos de teoría sexual. In: Freud S. "Fragmento de análisis de un caso de histeria" (caso "Dora"), tres ensayos de teoría sexual, y otras obras (1901-1905). Buenos Aires: Amorrortu; 1905. (Obras completas, v. 7).
  13. Dio Bleichmar E. Temores y fobias, condiciones de génesis em la infancia. Buenos Aires: Acta Fondo para la Salud Mental; 1981.
  14. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 2nd ed. Washington: American Psychiatric; 1994.
  15. Freud S. Lecciones introductorias al psicoanálisis. In: Freud S. Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917). Buenos Aires: Amorrortu; 1916. (Obras completas, v. 16).
  16. Freud S. Lo ominoso. In: Freud S. "De la historia de una neurosis infantil" (caso del "hombre de los lobos"), y otras obras (1917-1919). Buenos Aires: Amorrortu; 1919. (Obras completas, v. 17).
  17. Lewin BD. Phobic symptoms and dream interpretation. *Psychoanal Q.* 1952;21(3):295-322.
  18. Klein M. Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In: Klein M. *Envy and gratitude & other works, 1946-1963.* New York: Dell; 1977.
  19. Segal HM. Sobre los mecanismos esquizóides que subyacen em la formación de la fobia. *Imago: Revista de Psicoanálisis, psiquiatría y psicología.* 1978;6:6-14.
  20. Lacan J. Seminário VIII. In: Lacan J. *Obras completas.* [s.n.:s.l.]; 1960-1961.
  21. Lacan J. Seminário IV. In: Lacan J. *Obras completas.* [s.n.:s.l.]; 1960-1961.
  22. Freud S. Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. In: Freud S. "De la historia de una neurosis infantil" (caso del "hombre de los lobos"), y otras obras (1917-1919). Buenos Aires: Amorrortu; 1919. (Obras completas, v. 17).
  23. Turner SM, Calhoun KS, Adams HE. *Handbook of clinical behavior therapy.* New York: Wiley; c1992.

## LEITURA SUGERIDA

Freud S. La represión. In: Freud S. "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico", trabajos sobre metapsicología, y otras obras (1914-1916). Buenos Aires: Amorrortu; 1915. (Obras completas, v. 14).



35

## ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE NARCISISTA

Sergio Lewkowicz

A busca de tratamento por parte de pacientes com transtornos graves da personalidade faz-se cada vez mais frequente, tanto nos consultórios particulares como nos ambulatórios da rede pública, o que representa um grande desafio para psicoterapeutas e psicanalistas. Entre esses casos de difícil resolução, destacam-se os pacientes narcisistas. Isso se deve, em parte, ao fato de estarmos vivendo em uma cultura com características crescentemente narcisistas, em que sobressaem a diluição das diferenças culturais, de gênero e de gerações, o predomínio do uso da imagem e da ação em vez da reflexão para lidar com a ansiedade e um incentivo exagerado ao consumismo e ao culto ao corpo, entre outros aspectos da chamada pós-modernidade. Além disso, como salienta Kristeva, em seu livro *As novas doenças da alma*,<sup>1</sup> também ocorreu uma mudança na escuta dos analistas, que passaram a contar com novos instrumentos para lidar com situações clínicas antes negligenciadas ou não percebidas.

Se a presença crescente de pacientes narcisistas em análise ou em psicoterapia de orientação analítica<sup>2</sup> tem acarretado dificuldades técnicas peculiares, em especial no desenvolvimento da relação terapêutica,

suas crônicas manifestações de resistência ao tratamento sem dúvida constituem foco de permanente destaque na literatura psicanalítica desde o fim da década de 1960, por autores como Green,<sup>3</sup> Kernberg,<sup>4</sup> Meltzer<sup>5,6</sup> e Rosenfeld.<sup>7-9</sup> Mais recentemente, têm sido estudadas certas formas sutis desse funcionamento narcisista, como, por exemplo, o distanciamento afetivo do paciente, mascarado por uma pseudocooperação.<sup>10-13</sup>

Em sintonia com esse interesse tão atual, procurar-se destacar, neste capítulo, algumas contribuições consideradas fundamentais para uma melhor compreensão de tais casos, bem como dos avanços em sua abordagem psicodinâmica e das limitações que esses pacientes impõem aos seus tratamentos.

### O MITO DE NARCISO

---

Uma das melhores maneiras de iniciar é lembrando o próprio mito de Narciso. Segundo a versão mais conhecida,<sup>14</sup> quando Narciso nasceu, seus pais consultaram Tirésias, o adivinho cego, sobre o futuro da criança, e este lhes respondeu que o menino viveria longos anos, desde que não se

conhecesse. Narciso cresceu e tornou-se um rapaz muito belo, admirado e cortejado por inúmeras ninfas e mortais. No entanto, rejeitava a todas e permanecia insensível ao amor. Certo dia, a ninfa Eco enamorou-se dele e o seguiu apaixonadamente, mas sem lhe falar, condenada que estava, por castigo de Hera, a somente repetir palavras alheias. Narciso a desprezou como já fizera com outras: “Retire estas mãos que me enlaçam. Antes morrer do que me entregar a você”. E a pobre Eco secou de tristeza e acabou morrendo. Outra ninfa, porém, igualmente rejeitada, pediu ajuda a Nêmesis, a deusa da Justiça, para punir a frieza de Narciso, amaldiçoando-o de modo que ele também amasse e não obtivesse o objeto de seu amor. Em um dia de muito calor, Narciso aproximou-se de uma fonte para saciar a sede e, ao debruçar-se, viu sua imagem, e dela se enamorou. Seduzido pela própria beleza, esqueceu-se de comer e dormir e logo passou a definhar. Ao dar-se conta de que estava apaixonado por si próprio, desejou morrer, indiferente ao mundo. Mesmo no rio dos Infernos ainda procurava na água pelo reflexo dos traços amados. Seu corpo desapareceu, e, no local, foi encontrada uma flor amarelada, rodeada de pétalas brancas: o narciso.

## ASPECTOS CLÍNICOS

A partir da transcrição do mito de Narciso, pode-se observar que as características nele relatadas estão presentes em todos nós; por vezes, elas até se tornam predominantes, por exemplo, quando adoecemos fisicamente e passamos a solicitar atenção e cuidados especiais. Em alguns casos, a vida emocional da pessoa centraliza-se em torno de uma exagerada relação que apresenta consigo própria e de uma distante e pobre

interação com os outros, configurando o quadro do paciente narcisista, cujas características clínicas principais descreveremos a seguir.

Entretanto, observa-se também que todos os pacientes em psicoterapia ou análise apresentam reações desse tipo, particularmente nos momentos de separação ou de melhora durante o processo terapêutico.

Torna-se, assim, indispensável ao psicoterapeuta reconhecer e tentar interpretar essas manifestações narcísicas o mais rápido possível, pois elas levam facilmente a importantes fontes de resistência ao tratamento.

O transtorno da personalidade narcisista apresenta como manifestações principais um padrão global e persistente de grandiosidade, necessidade de admiração, falta de empatia e inveja crônica e intensa.<sup>15</sup> São considerados critérios importantes no seu diagnóstico de acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5), os seguintes:<sup>16</sup>

1. atribuir-se um grau excessivo de autoimportância (exagera suas realizações e talentos, espera ser reconhecido como superior, mesmo sem conquistas comensuráveis)
2. preocupar-se com fantasias de sucesso, poder, brilho, beleza e amor ideal ilimitados
3. acreditar ser “especial” e único e somente poder ser compreendido por ou associar-se a pessoas (ou instituições) destacadas
4. necessitar de admiração excessiva
5. esperar receber tratamento especial e obediência automática às suas expectativas

6. tirar vantagem dos outros para atingir seus próprios objetivos
7. apresentar carência de empatia, sendo incapaz de se identificar com os sentimentos ou as necessidades alheias
8. sentir inveja frequentemente ou crer que é invejado pelas outras pessoas
9. manifestar comportamentos arrogantes e insolentes

Destaca-se, nesses pacientes, uma exagerada preocupação com a aparência, a qual é constantemente monitorada e observada; pequenos defeitos, sinais ou marcas acabam sendo intensamente valorizados, muitas vezes levando a procedimentos médicos, inclusive correções cirúrgicas.

Apresentam uma necessidade exagerada de serem amados e admirados, buscam sempre aprovação e elogios e se sentem muito lisonjeados quando isso ocorre. Ao contrário, sentem-se terrivelmente infelizes e inferiores quando criticados ou rejeitados,<sup>17</sup> o que nos alerta para a contradição que manifestam, já que oscilam de um conceito hipertrofiado de si mesmos para sentimentos de acentuada inferioridade.<sup>18</sup>

Têm uma vida emocional bastante superficial, com pouca capacidade para perceber os outros; assim, sob uma superfície charmosa e envolvente, podem revelar-se frios e insensíveis.<sup>18</sup>

Acabam também por estabelecer preferencialmente relações que lhes proporcionem algum benefício; idealizam as pessoas capazes de lhes dar algo e depreciam as demais, particularmente seus ídolos anteriores, o que leva Kernberg<sup>18</sup> a considerá-los exploradores e parasitários. Além disso, não conseguem aproveitar o que recebem,

em função da grande inveja que isso lhes desperta, permanecendo constantemente insatisfeitos e queixosos com os mais próximos.

Ainda que sejam totalmente dependentes dos elogios e da admiração dos outros, na realidade, não conseguem formar uma verdadeira dependência, o que acaba por trazer dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica.<sup>18,19</sup>

De acordo com a contradição já mencionada, sua sensação de engrandecimento da autoestima não se deve a conquistas pessoais; ao contrário, é decorrente de uma intensa desvalorização, rejeição e abandono dos objetos, lembrando, mais uma vez, o mito de Narciso.

Maldonado<sup>20</sup> assinala como o paciente com funcionamento narcisista precisa da presença de um objeto para poder rechaçá-lo e demonstrar que não necessita dele, e é sobre a base dessa rejeição que o narcisismo se estrutura. No entanto, ao rechaçar o objeto, o paciente também rechaça suas representações, tendo, assim, sua capacidade simbólica prejudicada, o que leva a profundas alterações na própria personalidade.

Kernberg<sup>18</sup> descreve como o quadro da personalidade narcisista é amplo, englobando um conjunto que inclui os casos mais leves, nos quais o paciente se encontra aparentemente bem, apenas com sintomas de uma sensação de vazio ou de depressão; os intermediários, nos quais a sintomatologia narcisista é mais evidente; e os mais graves, em que sintomas da linha *borderline* se mesclam com os da linha narcísica, em especial na impulsividade, culminando na situação clínica que o autor denominou de “narcisismo maligno”. Nesses casos, ocorre o triunfo sobre a dor e o sofrimento pessoal

quando o paciente inflige essa mesma dor e sofrimento aos outros com um prazer sádico na agressão, situação que também ocorre quando sintomas antissociais se combinam com os narcisistas.

## ASPECTOS PSICODINÂMICOS

Os aspectos psicodinâmicos do paciente narcisista são os mesmos presentes nas manifestações narcísicas dos outros pacientes, variando apenas sua intensidade e persistência. Torna-se, assim, indispensável compreender o funcionamento desse transtorno da personalidade para entendermos as características narcisistas que aparecem em todos os tratamentos.

Freud<sup>21</sup> descreveu os aspectos relacionados com o narcisismo normal, presente no desenvolvimento do indivíduo. Detalhou um período de narcisismo primário, no qual o investimento da libido se faz para o ego e só posteriormente para os objetos. Quando ocorre alguma frustração ou dificuldade nessas relações, a libido é retirada dos objetos e retorna ao ego, configurando o que Freud chamou de narcisismo secundário. Ele considerou, também, um tipo de escolha objetal narcísica envolvida na eleição de um objeto homossexual – por razões narcisistas, amar-se a si mesmo em um objeto do mesmo sexo –, dinâmica esta que parece predominante em alguns pacientes homossexuais atuais. Mesmo que Freud não tenha abordado diretamente quadros clínicos narcisistas, na realidade, trabalhou com esse tipo de manifestação clínica, por exemplo, no caso do “Homem dos Lobos”.

Klein,<sup>22</sup> ao introduzir o conceito de identificação projetiva, ampliou a compreensão do narcisismo, considerando-o sob duas formas: a primeira, seguindo Freud, como uma relação de objeto nar-

cisista (como na escolha objetal homossexual); a segunda, que chama de “estado narcisista”, como a retirada da libido para um objeto interno do paciente, que pode estar dentro do indivíduo, projetado em outro objeto ou em ambos, por identificação projetiva.<sup>23</sup> Para essa autora, é inaceitável a presença de um período de narcisismo primário, anobjetal, segundo descrito por Freud. Ela considera que existem relações de objeto desde o início da vida mental; portanto, só pode haver narcisismo secundário. Klein também não abordou diretamente esses quadros clínicos, mas favoreceu sua compreensão e os desenvolvimentos que se seguiram, de forma mais específica com seus estudos de 1957 sobre a inveja.

Há várias abordagens psicanalíticas para a compreensão e o tratamento do narcisismo, destacando-se a escola kleiniana, a psicologia do *self*, a psicologia do ego e a escola lacaniana, todas baseadas nos achados de Freud.

Contudo, as contribuições mais originais, abrangentes e frutíferas para o entendimento do narcisismo, bem como de sua abordagem técnica, tanto em psicoterapia de orientação analítica como em análise, derivam dos desenvolvimentos da escola kleiniana, em especial dos trabalhos de Rosenfeld,<sup>7-9,24</sup> complementados por Meltzer<sup>5</sup> e Steiner.<sup>11</sup> Além deles, destacam-se Green<sup>25</sup> e Kernberg.<sup>18</sup> Outros autores que também estudaram esse tema são Grunberger, Kohut e Lacan, mas suas ideias não serão desenvolvidas aqui, por limitações de espaço.

A partir de suas experiências de análise com pacientes psicóticos, Rosenfeld foi percebendo os estados de confusão que eles apresentavam. Isso o levou ao estudo

das várias maneiras com as quais tentavam lidar com essa confusão primária, particularmente a defesa narcisista.<sup>12</sup>

A primeira aproximação de Rosenfeld à psicopatologia do narcisismo data de 1964, quando afirma que, para ele, o que Freud considerava narcisismo primário tratava-se de relações de objeto primitivas, ampliando-se, assim, as ideias de Klein. Atribui também um papel proeminente para a onipotência nesses pacientes, em especial por meio de fantasias de união ou fusão completa com o objeto. Desse modo, explica de que modo as relações de objeto narcisistas funcionam como uma defesa para o reconhecimento da separação. A percepção da separação é evitada, pois implica sentimentos de dependência e valorização do objeto, levando a intensas sensações de frustração e inveja. O autor assinala, ainda, o quanto, nesses pacientes, é característica a projeção de seus aspectos indesejáveis no objeto. No tratamento, o terapeuta é desvalorizado, utilizado como “latrina”. A realidade psíquica não pode ser percebida, pois qualquer sentimento ou sensação desagradável é imediatamente evacuado para dentro do objeto e sentido como pertencente a ele, levando a intensas ansiedades paranoides.<sup>7</sup> Isso pode explicar a formação de um verdadeiro círculo vicioso no tratamento desses pacientes, pois, quando começam a melhorar e a perceber sua realidade psíquica, esse fato serve de estímulo para reiniciar todo o processo defensivo e desencadear reações terapêuticas negativas.<sup>26</sup>

Meltzer,<sup>5</sup> concomitantemente com Rosenfeld, expõe como pode ocorrer uma dominação organizada da mente pela parte destrutiva da personalidade, em situações de ansiedade muito intensa, de caos e confusão, compondo uma verdadeira estrutura, a que denomina organização narcisista.

Essa parte destrutiva apresenta-se, para as partes boas do *self* que estão sofrendo como uma proteção contra a dor, como um estimulante para sua sensualidade e vaidade e, quando há resistência, como torturador e tirano, com toda a violência. Na realidade, essa organização narcisista é montada com o fim de evitar o surgimento do sentimento de terror, uma ansiedade persecutória paralisante de grande intensidade, relacionada com a fantasia de que a própria agressão fora tão violenta que destruiu totalmente os objetos, não havendo, portanto, qualquer possibilidade de reparação.

Rosenfeld, no trabalho mais expressivo e profundo para a compreensão de suas ideias sobre o narcisismo, *Uma abordagem clínica à teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo*,<sup>8</sup> inicia lembrando a descrição da pulsão de morte introduzida por Freud, em 1920. Descreve, também, os graus variáveis de fusão e defusão das pulsões de vida e de morte e comenta que Freud não elaborou a relação entre narcisismo e destrutividade, ao contrário de Abraham,<sup>27</sup> que conectou o narcisismo com a inveja e descreveu as reações de resistência e transferência negativa desses pacientes. Rosenfeld lembra que Melanie Klein,<sup>28</sup> por sua vez, observou o papel desempenhado pela inveja na transferência negativa e nas reações terapêuticas negativas, mostrando a que ponto esses aspectos apareciam desfundidos da pulsão de vida. Assim, um dos objetivos da análise é favorecer a fusão das pulsões de vida e morte.

Rosenfeld, a seguir, introduz seu conceito de fusão patológica das pulsões, quando ocorre um reforço do poder dos impulsos destrutivos. Também considera essencial diferenciar os aspectos libidinais e destrutivos do narcisismo, no que é criticado por Steiner,<sup>12</sup> pois o libidinal facilmente

se converte em destrutivo assim que a idealização é atacada. Rosenfeld explica que os aspectos libidinais se manifestam por uma idealização do *self*, conduzindo a uma sensação de engrandecimento deste. Isso se baseia em identificações projetivas e introjetivas onipotentes com objetos externos bons e suas qualidades. O paciente sente, então, que tudo que é valioso faz parte de si, pertence a ele ou é por ele controlado.

Em relação aos aspectos destrutivos do narcisismo, também ocorre uma idealização do *self*, só que agora das partes destrutivas onipotentes deste.

Elas atacam tanto as relações de objeto positivas quanto as partes libidinais do próprio *self* que têm necessidade de um objeto e que desejam depender dele. Com frequência, essas partes destrutivas permanecem disfarçadas, silenciosas e excluídas, o que obscurece sua existência, mas continuam impedindo as relações de dependência do paciente com os outros, mantendo os objetos externos constantemente desvalorizados, o que faz o narcisista parecer indiferente às pessoas e ao mundo.

Em geral, nos pacientes narcisistas, coexistem aspectos libidinais e destrutivos. Quando o paciente percebe o objeto como separado do *self* – por exemplo, no tratamento, quando o terapeuta é vivenciado como independente e fonte de vida e de coisas boas –, podem ocorrer dois tipos de reação:

a) quando predominam os aspectos libidinais, a destrutividade se manifesta logo que a idealização do *self* é ameaçada pela constatação de que o objeto externo contém as qualidades valorizadas que o

paciente atribuía a si próprio, o que o leva a sentir-se muito humilhado e com consciência de seus intensos sentimentos de inveja

b) quando predominam os aspectos destrutivos, a inveja é mais violenta, e o objetivo do paciente é destruir seu terapeuta

Assim, o paciente tenta acreditar que ele deu a vida a si mesmo e é autossuficiente. Ao se defrontar com o fato de depender do terapeuta, representante dos pais, prefere morrer, não existir, negar seu nascimento e destruir o progresso e a compreensão adquiridos no tratamento. Nesses momentos, é comum querer interromper a psicoterapia ou a análise e começar a agir de maneira autodestrutiva, perturbando o desempenho profissional e os relacionamentos pessoais. Alguns pacientes se tornam suicidas, e a morte é idealizada como solução para todos os problemas. Isso se deve à ação das partes destrutivas e invejosas do *self*, que se tornam cindidas e desfundidas do *self* libidinal, o qual parece ter desaparecido. Assim, todo o *self* fica temporariamente identificado com o *self* destrutivo, que triunfa sobre a vida e a criatividade.

Em determinados pacientes, após certo desenvolvimento terapêutico, a parte libidinal aparece, mostrando, particularmente, preocupação com a relação com o analista. Em outros, no entanto, esses impulsos destrutivos parecem estar constantemente ativos e dominar toda a personalidade do paciente, manifestando-se por meio de ataques explícitos ou implícitos ao trabalho terapêutico. Os pacientes acabam se sentindo indiferentes e triunfantes em relação aos outros, inclusive a seus terapeutas. Funcionam como se tivessem matado sua parte libidinal, infantil, dependente e amorosa, identificando-se com a parte narcísica e destrutiva do *self*, a qual lhes

fornece uma sensação de superioridade e autoadmiração.

O narcisismo destrutivo mostra-se bastante organizado, como uma quadrilha ou gangue muito poderosa comandada por um líder que controla todos os seus membros com o objetivo de manter no poder a parte destrutiva. Trata-se de uma organização narcisista que busca conservar, a qualquer custo, o poder e a idealização do narcisismo destrutivo.

Quando os impulsos destrutivos se ligam a perversões, ocorre um grande aumento do poder e da violência das pulsões destrutivas, devido a sua erotização. Steiner<sup>12</sup> acredita que justamente as relações sadomasoquistas, em forma de seduções e ameaças, constituem o mecanismo pelo qual os membros da organização se mantêm unidos. Quando esses impulsos narcísicos se ligam a uma organização psicótica, cria-se uma estrutura delirante que, com crueldade ou sedução, aprisiona as partes mais saudáveis da personalidade. Nesses casos, são comuns reações terapêuticas negativas, na ocorrência de algum progresso, que conduzem o paciente a se afastar do contato com seu terapeuta e o atraem para um estado onírico onipotente e psicótico. Rosenfeld alerta que, de fato, existe o risco de reações psicóticas agudas se a parte saudável e dependente do paciente for convencida a se afastar da realidade e a entregar-se totalmente ao domínio da estrutura narcisista delirante.<sup>8</sup>

Rosenfeld,<sup>9</sup> na introdução à discussão sobre a teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte, na Sociedade Britânica de Psicanálise, descreve que, nos casos em que ocorriam sintomas como desejo de morrer ou de fugir para o nada, sempre se poderia encontrar alguma destrutividade ativa, que

não se dirige apenas contra os objetos, mas também contra partes do *self*, situação que passou a chamar de narcisismo destrutivo.

Se Freud assinala que a libido orientada para o *self* é um componente fundamental do narcisismo, Rosenfeld<sup>9</sup> destaca que a agressão orientada contra partes do *self* também constitui um aspecto central dessa condição. A seguir, defende a ideia de um impulso agressivo primário, não criado pela frustração, mas, muitas vezes, estimulado ou reforçado por ela, relacionando-o com a pulsão de morte descrita por Freud. Relata, também, como esses pacientes vivem se sentindo desamparados e desesperançados, com um constante medo da morte, pois acreditam firmemente que perderam seu desejo de amar e cuidar de seus objetos.

Esse narcisismo destrutivo tenta controlar a análise, escondendo as partes do paciente que querem cooperar com o analista, circunstância com frequência mascarada por uma falsa cooperação.

Na verdade, ocorre uma idealização da destrutividade inconsciente, que, no fundo, se dirige contra a própria vida, representada pela mãe, pelo analista e pelas partes libidinais do *self* que estão relacionadas com objetos e querem viver. Esse aspecto mortífero precisa ser disfarçado; assim, o narcisismo destrutivo mostra-se muito superior e poderoso, ameaçando de morte as partes do *self* que querem se relacionar com os objetos e idealizando seus produtos corporais com fantasias de autosuficiência.

Green<sup>25</sup> procura ampliar o conceito de narcisismo primário de Freud, relacionando-o com o estado de vazio e de silên-

cio. Esse estado de vacuidade é, provavelmente, o mais temido por esses pacientes, mobilizando manobras defensivas de nível fronteiro ou psicótico. Green descreve, de forma mais específica, a necessidade de manterem uma relação com um objeto mau interno, a qualquer custo. É preferível ter uma relação com o objeto mau do que se confrontar com os horrores do vazio, pois o paciente não consegue substituí-lo por um objeto bom, mesmo quando disponível. Essa situação faz-se evidente no tratamento quando, após um marcado progresso, o paciente apresenta recidivas, irrupções de agressividade e colapsos periódicos. Como refere Green:<sup>25</sup> “O objeto é mau, mas é bom que exista”. O abandono desse objeto, nesse momento, não implicará crescimento pessoal, ao contrário, poderá levar o paciente a um estado de nulidade, “um buraco negro”, passível de desembocar em alucinações negativas, configurando o núcleo daquilo que, em trabalhos anteriores, Green denominou de psicose em branco (*psychose blanche*), na qual a simbolização não pode ocorrer.

Steiner<sup>11</sup> procura mostrar que, na organização narcisista, as relações intrapsíquicas entre as partes da personalidade produzidas pela cisão podem conter elementos perversos. Revisando autores como Abraham, Reich, Deutsch, Winnicott, Meltzer, Joseph e, principalmente, Rosenfeld, conclui que, por trás de uma pseudo-cooperação, é possível ocorrer uma situação em que partes essenciais do paciente vão se tornando excluídas e inacessíveis ao tratamento, provocando sentimentos de aridez e vazio nos terapeutas. Quando a inveja é predominante, os objetos bons são atacados e desvalorizados, confundindo-se a distinção entre bom e mau.

A gangue narcísica, descrita por Rosenfeld,<sup>8</sup> apresenta-se como a única es-

trutura capaz de organizar o caos interno; por vezes, pode conceder uma razoável liberdade a suas partes, permitindo um ajustamento que aparenta ser bastante sadio, tanto no trabalho como nos relacionamentos, desde que o poder da parte destrutiva, narcisista, não seja ameaçado. Steiner salienta que o aprisionamento da parte libidinal, saudável, do *self* não ocorre de uma maneira inocente. Essa parte saudável pode ser conivente e deixar-se dominar intencionalmente pela gangue narcisista, dando uma qualidade perversa a essa interação; isso configura o que o autor denominou de interação perversa entre partes do *self*, levando, fundamentalmente, a uma distorção ou perversão da verdade. Ele destaca, ainda, como essas relações internas se externalizam na transferência e pressionam o analista a agir em conivência perversa com o paciente. Expõe um exemplo no qual o paciente apresentava uma razoável compreensão de que estava dominado por uma organização sádica destrutiva, mas, apesar desse conhecimento, pactuava de maneira perversa com ela. Steiner mostra, também, apoiando-se em Klein e Rosenfeld, que a estrutura narcísica serve de defesa contra estados confusivos.<sup>11</sup>

Rosenfeld<sup>24</sup> procura aprofundar a compreensão do narcisismo destrutivo caracterizando dois grupos distintos, denominados de narcisistas de “pele fina” e de “pele grossa”. Nos casos em que predomina a inveja, a estrutura narcisista favorece o desenvolvimento de uma “pele grossa”, deixando os pacientes praticamente insensíveis a sentimentos mais profundos; a destrutividade é proeminente, em especial pela desvalorização do terapeuta e da ajuda que este oferece. Ao contrário, os pacientes narcisistas de “pele fina” são hipersensíveis e facilmente se

sentem feridos e humilhados. Vários deles foram traumatizados durante sua infância e sentiram-se inferiores, envergonhados e vulneráveis. A estrutura narcisista funciona de maneira a compensar esses sentimentos de inferioridade e a manter a estabilidade, embora de forma precária, da personalidade desses pacientes, que são, em geral, bem-sucedidos tanto afetiva como profissionalmente.

Outro aspecto a considerar é a transmissão intergeracional do narcisismo, quando um funcionamento narcisista é forçado dentro do paciente pela geração anterior. Trata-se de uma situação totalmente inconsciente e que se processa via identificações que vão alienando o indivíduo.<sup>29</sup>

Concluindo, pode-se tentar conceituar o funcionamento narcisista como aquele no qual, diante do sofrimento psíquico, vivenciado como desamparo e sentimento de fragmentação, e devido à idealização das partes más do *self*, a parte destrutiva da personalidade, sentida como a única capaz de organizar o caos interno, assume o comando da personalidade, com o conluio da parte libidinal do *self*, estabelecendo-se uma estrutura relativamente estável.

Trata-se de uma organização defensiva, que opera de maneira muito organizada e que necessita de uma estratégia interpretativa própria. Quando esses aspectos ficam permanentemente estruturados, configura-se a personalidade narcisista; quando ocorrem, de forma transitória, em graus variáveis de intensidade, caracterizam os estados narcisistas ou momentos narcísicos, presentes em todos os tratamentos, em especial nas situações de melhora ou separação do terapeuta.<sup>5,8,9,11,13,17,30,31</sup>

## ASPECTOS TÉCNICOS

O tratamento de escolha para a personalidade narcisista é a psicanálise, devido à intensidade e à profundidade das mudanças que é capaz de propiciar. Quando não há possibilidade de utilização da análise, a psicoterapia de orientação analítica é a melhor alternativa, também apresentando bons resultados. Kernberg<sup>18</sup> sugere como a indicação de tratamento mais adequada para os pacientes narcisistas nos quais se infiltram sintomas fronteiros (*borderline*) a psicoterapia expressiva, uma técnica psicoterápica derivada da psicanálise e desenvolvida por ele.

Para compreender os estados narcisistas e com eles trabalhar, o terapeuta deverá estar atento ao interjogo estabelecido entre as partes libidinais e destrutivas da personalidade, à maneira como essas partes estão se relacionando na mente do paciente, à forma como se externalizam na sessão, por meio da relação transferência-contratransferência, e a um equilíbrio nas interpretações desses aspectos para o paciente.<sup>13,17</sup>

Cabe lembrar que tais pacientes impõem muitas dificuldades a seus terapeutas, sendo um verdadeiro desafio atendê-los, devido às intensas reações contratransferenciais que despertam. Nunca é demais salientar que o paciente narcisista tem muita dificuldade para estabelecer um contato emocional próximo e íntimo com o terapeuta, o que dificulta bastante o processo terapêutico, sendo o principal fator de um necessário prolongamento desses tratamentos.

Uma das maiores dificuldades técnicas surge quando tais pacientes funcionam excluindo, desprezando e desvalorizando seus terapeutas. Por exemplo, falam como se o analista não estivesse ali, não parecem

interessados em suas opiniões ou interpretações, referem, sem parar, apenas suas insatisfações ou queixas, alegando que ninguém é capaz de ajudá-los.

As reações contratransferenciais podem variar desde um afastamento emocional do analista, que se desliga e se desinteressa do que o paciente comunica, de intensas reações de irritação, com risco de atuação contratransferencial, até sentimentos depressivos de frustração, incapacidade, desânimo e desesperança para com o paciente.

Tais reações tornam-se ainda mais intensas quando o paciente se apropria das interpretações do terapeuta, repetindo-as para despojá-las de vida e devolvendo-as como se fossem agora de sua propriedade, considerando-as bem melhores do que eram anteriormente, ou ainda quando produz teorias, em sua opinião, superiores às do analista.<sup>7,8,13</sup> Em outros casos, o paciente parece ansioso por receber uma interpretação, mas, logo após esta ser formulada, ele volta a se sentir estranhamente vazio e insatisfeito, como se não tivesse recebido qualquer ajuda.<sup>18</sup>

Visto que, em geral, são pacientes graves, em meio às dificuldades transferenciais, pode-se destacar sua tendência à atuação dentro e fora das sessões, em função de seus problemas com a simbolização e a verbalização. Isso se manifesta por meio de atrasos, faltas, problemas com o pagamento dos honorários, entre outros aspectos. São comuns, também, ou atitudes francamente hostis e agressivas com o terapeuta, ou ataques mais sutis, quando os pacientes se mantêm silenciosos e pouco colaboradores em seus tratamentos. Além disso, eles podem apresentar conduta auto-destrutiva, com acidentes, abuso de álcool

e drogas e envolvimento em relacionamentos perigosos. Outro fator de dificuldade é que necessitam utilizar temporariamente a mente do analista para poderem pensar, o que provoca um desgaste importante no terapeuta.<sup>25</sup> Esses pacientes percebem de forma imediata e com acurácia as características e os sentimentos de seu terapeuta, muitas vezes além do que este o desejaria, provocando desconforto e ansiedade.

Também com frequência procuram enquadrar o terapeuta em um papel, em geral grandioso, manifestando reações de irritação quando esse papel não é aceito, porque o terapeuta se mostrou mais ou menos brilhante do que a expectativa que o paciente lhe havia atribuído.<sup>18</sup> Quando o terapeuta apresenta, por sua vez, traços narcisistas importantes, há o risco de se estabelecer uma espécie de conluio narcísico, no qual ocorre uma mútua idealização entre o paciente e o analista, o que não é raro de se observar.

As reações contratransferenciais despertadas pelo contato com a parte destrutiva do paciente são muito intensas, devido à onipotência e ao poder com que essa organização é mantida.

São frequentes os temores, tanto das fantasias destrutivas do paciente quanto das fantasias do próprio terapeuta. Podem também ser despertados, no analista, sentimentos de impotência, desinteresse, rechaço e afastamento emocional em relação ao paciente.<sup>13</sup>

Alguns pacientes procuram estabelecer um clima de idealização em seus tratamentos, logo descobrindo como fazer para tentar agradar, passando a comportar-se como o paciente ideal, na busca do reconhecimento e dos elogios do analista. Essa situação

deve ser interpretada, caso contrário, pode levar a uma dissociação, como a concentração de todo o bem na situação terapêutica e de todo o mal na realidade externa.

Um fator técnico fundamental nesse atendimento é a procura de um equilíbrio nas interpretações dos aspectos destrutivos e dos aspectos libidinais, buscando que o paciente, de forma progressiva, tome consciência de que está sendo dominado por seus aspectos destrutivos, que não apenas o empurram para a morte, mas ainda o infantilizam, o impedem de crescer e o mantêm afastado dos objetos que poderiam auxiliá-lo a se desenvolver.<sup>8</sup>

Esse equilíbrio nas interpretações também é destacado por Green,<sup>25</sup> ao chamar a atenção para o risco de uma técnica muito intrusiva, por um lado, ou de uma ausência ou silêncio do analista, por outro.

Uma predominância das interpretações da destrutividade do paciente pode levar à instalação de uma relação com caracte-

terísticas sadomasoquistas, ou ao seu oposto, quando ficam reforçados os aspectos “pseudoamorosos e positivos” e excluídos os aspectos destrutivos, projetados para fora da relação terapêutica.<sup>13</sup> Rosenfeld<sup>8,24</sup> e Green<sup>24</sup> alertam que, nos casos em que ocorre um exagero na interpretação da destrutividade, o paciente pode ter seu estado emocional piorado em relação ao início do tratamento.

Rosenfeld<sup>7</sup> destaca que, em todos os casos, mesmo nos mais graves, existe uma parte menos narcísica e mais normal da personalidade do paciente que deseja estabelecer contato com o analista. É justamente com essa parte que o terapeuta deve tentar formar seu vínculo, para procurar resgatá-la de dentro da organização narcísica e favorecer seu crescimento e desenvolvimento, sempre levando em consideração que esse aspecto, em vez de ser vítima inocente, se encontra em conluio com a parte destrutiva.<sup>11</sup>



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Como ilustração, apresentam-se alguns aspectos do paciente André, um jovem de 19 anos que procurou tratamento a pedido dos pais, bastante preocupados com ele, pois vivia isolado, era agressivo e saía raramente de casa, já que quase não tinha amigos. Mostrava também uma acentuada preocupação com sua aparência, dizendo oscilar entre a situação mais frequente, que era a de se achar muito feio, com o rosto torto e deformado, e os momentos mais raros, em que se via extremamente bonito, quando era elogiado por alguém; isso o levava a sentir-se bem nas festas e na companhia das pessoas. Na realidade, o lugar no qual se sentia melhor era em um terreno baldio ao lado de sua casa, onde passava várias horas por dia, às vezes dormindo, às vezes só deitado; ali ficava, sem ninguém reclamar, nem lhe cobrar nada.

Sua dificuldade para conviver com os pais acentuara-se tanto que não fazia mais as refeições com eles e com o resto da família, passando a comer sozinho e parcamente na cozinha, em um horário diferente dos demais. Descreveu um clima familiar tenso e com pouco contato afetivo entre as pessoas, ou seja, de relações familiares muito formais. Apresentou problemas emocionais quase ininterruptos desde a infância. Quando pequeno, tinha muita dificuldade em se separar dos pais, “ia com eles a tudo”, tanto que foi muito difícil a adaptação escolar. Os colegas davam-lhe numerosos apelidos, principalmente devido ao fato de se olhar muito no espelho e de se isolar com frequência. Nunca teve namorada até o começo do tratamento, mas já havia “ficado” umas poucas vezes e vivido esporádicas relações sexuais com prostitutas.

(*Continua*)



### (Continuação)

Durante o período inicial da análise, era visível o esforço para evitar o contato emocional maior com o analista, embora o paciente raramente faltasse. Chegava às sessões com algum atraso e iniciava, na sequência, um relato que parecia dirigido a si mesmo, excluindo totalmente o terapeuta e parecendo ter, inclusive, prazer nessa atividade. Várias vezes se referiu a um sonho em que se via só em um castelo cercado por um fosso com águas muito profundas, intransponíveis, cuja única passagem era a de uma ponte levadiça que ele controlava e que mantinha sempre fechada, não permitindo a entrada de ninguém. Ora, esta era a sensação contratransferencial do terapeuta: excluído, não autorizado a entrar no mundo interno do paciente.

Aos poucos, foi sendo possível detectar a parte destrutiva, por meio das associações e dos sonhos. Paciente e analista passaram a nomeá-la de “a parte nazista”, pois André manifestava uma intensa admiração por nazistas, bem como fantasias de que eles encontram proteção em qualquer lugar do mundo.

Após cerca de três anos de análise, o paciente teve férias mais longas, de cerca de seis semanas: pela primeira vez foi viajar para o exterior, sem os pais, para um curso relacionado com sua área profissional. Na volta, relatou que se surpreendera pelo fato de, várias vezes durante a viagem, ter-se lembrado de seu terapeuta, o que lhe despertava um sentimento desagradável e o levava a logo procurar pensar em outra coisa. Na segunda semana após as férias, veio à sessão de segunda-feira com uma atadura na mão direita, explicando que se lesionara praticando esporte e não poderia dar a mão a cumprimentar. Contou um sonho em que se viu acordando às 7 horas da manhã para ir trabalhar, só que o que mais o surpreendeu era estar entusiasmado com isso. Encontrou, então, um amigo que lhe disse que ele era um trouxa, um verdadeiro “babaca”, que é coisa de otário acordar tão cedo, logo para trabalhar. Pode-se observar como o amigo, no sonho, corresponde a uma parte (destrutiva) que luta contra o envolvimento que o paciente estava sentindo em relação ao “trabalho terapêutico” (parte libidinal). Isso já havia ficado claro no seu relato das férias, quando sua parte narcisista procurava eliminar os pensamentos sobre o analista.

Na sessão seguinte, terça-feira, o paciente relatou ter algo a confessar: sua lesão já havia melhorado no fim de semana, e ele não precisaria mais utilizar a atadura com que viera na sessão anterior, mas havia decidido mantê-la para não ter que dar a mão ao analista. Observa-se, assim, como a parte “nazista” assumiu o controle da sua personalidade e, no comando, levou-o a agir ativamente contra o analista, mentindo e atacando o vínculo, pois não queria lhe dar a mão. Nota-se de que modo, à medida que o paciente se sente mais próximo do terapeuta, nas férias e no recomeço do tratamento, ele vai ficando cada vez mais assustado, precisando produzir barreiras — a atadura —, como o fosso de seus sonhos anteriores. E passa também a falar de sua desconfiança para com o analista, questionando se este não estaria apenas interessado em seu dinheiro.

Observe-se, assim, como a parte destrutiva/“nazista” foi se manifestando nesse caso: a princípio, aparecendo nos relatos e nos sonhos, até surgir de forma concreta no vínculo com o terapeuta pela atadura falsamente colocada. A parte libidinal do paciente apareceu em seu envolvimento cada vez maior com o analista, na lembrança constante do analista em sua viagem e no fato de trazer para o tratamento, imediatamente, sua atuação com a atadura, permitindo que ela fosse utilizada como uma comunicação.

Os avanços que podemos obter com a análise ou a psicoterapia de orientação analítica diante das manifestações narcisistas

estão determinados pela relação emocional a ser desenvolvida com esses pacientes. Isso vai depender, é claro, das possibilidades de

cada par terapêutico. Entretanto, cabe ressaltar que as melhoras no tratamento dos pacientes narcisistas são lentas, limitadas e, como consequência, bastante gratificantes, pois, muitas vezes, o mínimo avanço é o máximo naquele momento. Para finalizar, gostaria de mencionar um trecho de *The Wall* (O Muro), do grupo Pink Floyd,<sup>32</sup> uma das canções que André escutava durante as sessões, tanto para se afastar do contato com o terapeuta (sua parte destrutiva) quanto para tentar uma comunicação mais efetiva com ele (sua parte libidinal):

Sozinhos ou em pares,  
Aqueles que realmente o amam,  
Sobem e descem o muro.  
Uns de mãos dadas,  
Outros reunidos em bandos.  
Os mais sensíveis e os artistas  
Tomam sua posição,  
E ao lhe darem tudo o que têm,  
Alguns tropeçam e caem.  
Afinal, não é fácil  
Bater seu coração contra o  
muro de um louco.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. O número de pacientes com diagnóstico de transtorno da personalidade narcisista tem aumentado tanto devido à cultura atual que o favorece como à melhora de nossa compreensão e capacidade diagnóstica.
2. A principal característica do funcionamento narcisista é um exagerado envolvimento consigo mesmo e uma distante e pobre interação com os demais.
3. É importante diferenciar reações narcisistas, que são comuns a todos os pacientes, por exemplo, em momentos de separação, dos pacientes narcisistas propriamente ditos, aqueles com transtorno da personalidade narcisista.
4. É fundamental reconhecer tanto os aspectos libidinais como os destrutivos na configuração do paciente narcisista.
5. É muito importante diferenciar os quadros de narcisismo “pele fina” e “pele grossa”.
6. O tratamento de escolha para o transtorno da personalidade narcisista é a psicanálise e, quando esta não é possível, a psicoterapia de orientação psicanalítica.
7. O principal desafio técnico é lidar com as intensas reações contratransferenciais que esses pacientes mobilizam, tais como afastamento emocional, irritação, sedução, e assim por diante.
8. É necessário um equilíbrio nas interpretações da parte destrutiva e da parte libidinal do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Kristeva J. A alma e a imagem. In: Kristeva J. As novas doenças da alma. Rio de Janeiro: Rocco; 2002.
2. Wallerstein RS. Psychoanalysis and psychotherapy: an historical perspective. *Int J Psychoanal.* 1989;70(Pt 4):563-91.
3. Green A. Narcisismo de vida e narcisismo de morte. São Paulo: Escuta; 1988.
4. Kernberg OF. Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós; 1979.
5. Meltzer D. Terror, perseguição e temor. In: Meltzer D. Estados sexuais da mente. Rio de Janeiro: Imago; 1979.
6. Meltzer D. Seminários de Novara. In: Harris M, Meltzer D. Quaderni di psicoterapia infantil. Roma: Borla; 1978. Título da parte traduzido pelo autor.
7. Rosenfeld HA. Da psicologia do narcisismo: uma aproximação clínica. In: Rosenfeld HA.

- Os estados psicóticos. Rio de Janeiro: Zahar; 1968.
8. Rosenfeld HA. Uma abordagem clínica à teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo. In: Barros EMR, organizador. Melanie Klein: evoluções. São Paulo: Escuta; 1989.
  9. Rosenfeld HA. Introdução à discussão sobre: uma abordagem clínica à teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo. In: Barros EMR, organizador. Melanie Klein: evoluções. São Paulo: Escuta; 1989.
  10. Joseph B. Addiction to near-death. *Int J Psychoanal.* 1982;63(Pt 4):449-56.
  11. Steiner J. Relações perversas entre partes do self: um exemplo clínico. In: Barros EMR, organizador. Melanie Klein: evoluções. São Paulo: Escuta; 1989.
  12. Steiner J. La contribución de Herbert Rosenfeld al psicoanálisis. In: Libro anual de psicoanálisis. Londres: The British Psycho-Analytical Society; 1989. v. 5. p. 17-23.
  13. Calich JC, Hartke R, Levy R, Lewkowicz S. Organizações narcisistas: alguns aspectos técnicos. *Rev Bras Psicanál.* 1993;27(3):405-22.
  14. Brunel P. Narciso. In: Brunel P. Dicionário de mitos literários. Rio de Janeiro: José Olympio; 1998.
  15. Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 1723-64.
  16. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
  17. Lewkowicz S. Alguns aspectos da análise de um paciente com funcionamento narcisista. Porto Alegre: SPPA; 1993. Trabalho apresentado em reunião científica.
  18. Kernberg OF. Transtornos graves de personalidade: estratégias terapêuticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
  19. Dorfman S, Gus M, Cataldo Neto A, Brust MC. Transtorno de personalidade narcisista. In: Cataldo Neto A, Gauer GJC, Furta-do NR, organizadores. Psiquiatria para estudantes de medicina. Porto Alegre: EDIPU-CRS; 2003.
  20. Maldonado JL. Sobre las agorafobias y su relación con la patología narcisista. In: Maldonado JL. Volviendo a pensar con Willy y Madeleine Baranger: nuevos desarrollos. Buenos Aires: Lúmen; 1999. p. 257-79.
  21. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 14.
  22. Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: Klein M. Inveja e gratidão. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
  23. Favalli PH. O Narcisismo: uma revisão. *Rev Psiquiatr RS.* 1996;18(Supl):108-13.
  24. Rosenfeld HA. Reflexão posterior: reformulando teorias e técnicas em psicanálise. In: Rosenfeld HA. Impasse e interpretação. Rio de Janeiro: Imago; 1988.
  25. Green A. O analista, a simbolização, e a ausência no contexto analítico. In: Green A. Sobre a loucura pessoal. Rio de Janeiro: Imago; 1988.
  26. Tuckett DA. Una breve revisión de la contribución de Herbert Rosenfeld a la teoría psicoanalítica. In: Libro anual de psicoanálisis. Londres: The British Psycho-Analytical Society; 1989. v. 5. p. 25-31.
  27. Abraham K. Uma forma particular de resistência neurótica contra o método psicanalítico (1919). *Revista de Psicanálise da SPPA.* 1996;3(2):321-7.
  28. Klein M. Inveja e gratidão. In: Klein M. Inveja e gratidão. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
  29. Faimberg H. Gerações: mal-entendidos e verdades históricas. Porto Alegre: Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul; 2001.
  30. Barros EMR. A situação analítica: algumas reflexões sobre sua especificidade. *Ide.* 1992;22:18-27.
  31. Lewkowicz S. A atenção flutuante, a regressão e a mente do analista. Porto Alegre: SPPA; 2003. Trabalho apresentado em reunião científica.
  32. Berti E. Pink Floyd: cronologia completa. Buenos Aires: AC; 1991.

# 36

## ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE *BORDERLINE*

Sidnei S. Schestatsky

O transtorno da personalidade *borderline* é um construto psicanalítico que, com frequência, tem despertado resistências e controvérsias nas comunidades psiquiátrica e psicanalítica. Em primeiro lugar, porque não se enquadra nos limites genético-dinâmicos que, de acordo com a teoria estrutural, diferenciariam as categorias das neuroses e das psicoses.<sup>1</sup> Em segundo, e mais perturbador, seu tratamento pode exigir tal reestruturação do *setting* habitual – como aumento da atividade do terapeuta, estabelecimento de limites, intervenções de apoio, uso de fármacos, hospitalizações, entrevistas com cônjuges e familiares, entre outras ações – que o enquadre terapêutico parece se transformar em qualquer coisa que não o normalmente conhecido pela tradição psicanalítica ou pelo atendimento psiquiátrico convencional.

Apesar das polêmicas, no entanto, a crescente presença de pacientes *borderline* em consultórios psicanalíticos acabou por estimular, em 1938, a publicação de um artigo clássico, em que o psicanalista novaiorquino Alfred Stern<sup>2</sup> iniciava com a seguinte descrição:

É bem conhecido que um grande número de pacientes não se enquadra nem no grupo psicótico nem no grupo neurótico e que este grupo de pa-

cientes limítrofes [*this border line group of patients*] é extremamente difícil de lidar por qualquer método terapêutico conhecido.

Ao tentar tratá-los “com a técnica analítica usual [...], interrompera o tratamento da maioria deles”, após longos e difíceis períodos de análise, “por haver obtido pouco benéfico”.<sup>2</sup>

Nessa introdução, resume-se o principal significado que o conceito *borderline* adquiriu na literatura psicanalítica: refere-se ao *status* psicodinâmico de pacientes tanto na *fronteira* entre a *neurose* e a *psicose* quanto, do ponto de vista terapêutico, na *fronteira* da *analísabilidade* com a *não analisabilidade*.

Ao longo dos anos, esses pacientes reafirmaram sua presença em diversos contextos. Mesmo sendo minoria,<sup>\*</sup> seus sintomas e sofrimentos se expressavam de modo impactante para os meios familiar e social, demandando cuidado e atenção progressivamente maiores, e passaram a constituir 11% de todos os pacientes psiquiátricos ambulatoriais e 20% dos internados.<sup>3</sup> Ou-

\* Considerada a prevalência estimada de 10 a 13% de transtornos da personalidade na comunidade, o transtorno da personalidade *borderline* contribui com apenas cerca de 2%.<sup>10</sup>

tros dados acentuaram a importância e a urgência de se estabelecerem abordagens terapêuticas adequadas: 10% cometiam suicídio,<sup>4</sup> 80% se engajavam em graves condutas automutilantes, e de 70 a 80% apresentavam diversos transtornos do humor associados.<sup>5</sup>

## HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DO CONCEITO

O termo “límitrofe” apareceu no fim do século XIX, com o objetivo de diferenciar casos mais leves de psicose, de prognóstico melhor, de formas mais graves, como a esquizofrenia.<sup>6</sup> A *fronteira com a esquizofrenia* foi, portanto, o viés dominante do diagnóstico, tanto psiquiátrico como psicanalítico, na maior parte das décadas seguintes.

Wilhelm Reich, em 1925, descreveu os *borderline* como *formes frustrées* da esquizofrenia, em associação a um *caráter impulsivo*, havendo neles *um envolvimento simultâneo com dois ou mais estados afetivos distintamente contraditórios, que assim se mantinham, sem desconforto consciente, devido ao mecanismo da dissociação* – ideia contemporânea às formulações mais atuais de diversos autores.<sup>7</sup> Trabalhos psiquiátricos e psicanalíticos posteriores continuaram a conceber a fronteira entre *borderline* e esquizofrenia, classificando os pacientes *borderline* como *esquifzofrênicos ambulatoriais* ou *neuróticos pseudoesquifzofrênicos*.<sup>8</sup>

Deutsch<sup>9</sup> os definiu como personalidades *como se*, com dissociações egossintônicas (porém, com manutenção do teste de realidade), empobrecimento das relações de objeto e sentimentos de vazio. Ela foi a primeira a enfatizar a presença de *internalizações de relações de objeto patológicas*, o que fundamentou importantes contribuições posteriores.<sup>10</sup> Knight,<sup>11</sup> por sua vez,

constatou a existência de mecanismos primitivos de defesa associados a debilidades nas funções do ego quanto à estabilidade do processo secundário do pensamento, à capacidade de planejamento realístico e à presença de elementos psicóticos no pensamento *quando associavam livremente*.

Na década de 1960, apareceram contribuições de Modell,<sup>12</sup> Frosh<sup>13</sup> e Kernberg.<sup>10</sup> Modell<sup>12</sup> rejeitou a existência de uma fronteira com a esquizofrenia: os episódios psicóticos *borderline* eram circunscritos e transitórios, e encontrava-se nos pacientes “[...] uma forma primitiva e consistente de relações de objeto na transferência”. Ele também descreveu uma *transferência transicional*, na qual, ainda que percebido como um objeto externo, o terapeuta seguia vivenciado como uma extensão do *self* do paciente. Antes de Kernberg, Modell foi o primeiro a definir *borderline* a partir de um diagnóstico psicodinâmico, e não apenas sintomático. Frosh<sup>13</sup> encontrou nos pacientes um *caráter psicótico* e vulnerável a desenvolver episódios regressivos quando em situações não estruturadas. Além disso, sublinhou o fato de estes perderem, de forma temporária, a função do teste de realidade, mas de a recuperarem ao saírem dos períodos de crise. Em 1967, Kernberg introduziu o conceito de *organização borderline de personalidade*, que será discutido adiante.<sup>10</sup>

Grinker,<sup>14</sup> em 1968, definiu empiricamente a síndrome *borderline*. Ele concluiu que os pacientes não constituíam um grupo único e homogêneo e identificou tipos diferentes de acordo com seus sintomas e níveis de gravidade. Também estudou 50 pacientes internados e delimitou quatro subgrupos:<sup>14</sup>

1. *límitrofes com as psicoses*: hostis e com problemas graves com o teste de realidade e com a própria identidade

2. *límitrofes com a neurose*: com sintomas de depressão anaclítica

Entre ambos,

3. um subgrupo de pacientes “como se”, com sentido precário de identidade e necessidade de agradar e se submeter aos objetos como defesa contra separação e abandono
4. o subgrupo chamado de *borderline nuclear*, com características impulsivas, depressivas, agressivas e relações interpessoais tumultuadas

A partir de 1975, Gunderson e Singer<sup>15</sup> começaram a trabalhar com os critérios diagnósticos da personalidade *borderline* e sua delimitação em relação a outras síndromes. Ao incorporar *insights* de Grinker e Kernberg, esses critérios acabaram por constituir o diagnóstico do transtorno da personalidade *borderline* (TPB) da terceira edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-III),<sup>16</sup> os quais, com pequenas alterações, continuaram vigentes no DSM-5.<sup>17</sup>

## CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DESCRITIVAS

O conceito atual de *personalidade* compreende o resultado da interação de variáveis neurobiológicas inatas, ou *temperamento*, com experiências psicossociais precoces (família da infância, traumas ou outros estressores ambientais), as quais contribuem para a construção do *caráter* da pessoa. A estrutura do caráter envolve uma constelação própria de relações de objeto internas – ligadas a estados afetivos específicos e externalizadas nos relacionamentos interpessoais – e um conjunto característico de mecanismos de defesa, associado a um estilo cognitivo pró-

prio.<sup>18</sup> A combinação única de fatores biológicos e ambientais constitui a personalidade da pessoa, seu *jeito característico de ser, experimentar e reagir ante si e o mundo, de forma relativamente estável e duradoura*.

*Traços de personalidade* se referem ao estilo peculiar que cada pessoa evidencia em seu relacionamento interpessoal, como timidez, sedução, desconfiança ou manipulação. Somente quando tais traços são exagerados e se tornam rígidos e desadaptados, causando sofrimento ou disfunção social, pessoal e profissional significativos, é que se considera que passaram a constituir um *transtorno da personalidade*.

As características básicas do transtorno da personalidade *borderline* são um

[...] padrão geral de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, nas manifestações afetivas e na própria autoimagem, associado a acentuada impulsividade, cujo início pode estar presente desde a infância e a adolescência, mas que costuma ser mais manifesto no início da vida adulta.<sup>17</sup>

Para o diagnóstico de TPB, o DSM-5<sup>17</sup> exige que, pelo menos, cinco sintomas referidos nos critérios diagnósticos estejam presentes (Quadro 36.1).

## DIAGNÓSTICO PSICODINÂMICO

Os critérios descritivos do DSM-5<sup>17</sup> contribuíram para a maior confiabilidade do diagnóstico de transtorno da personalidade *borderline*, mas tiveram pouca utilidade para a *compreensão* da psicopatologia *borderline* ou para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas para abordá-la. Kernberg,<sup>10,19-21</sup> contudo, procurou adicionar profundidade psicológica às descrições diagnósticas, propondo a existência de uma estrutura mental estável subjacente,

**QUADRO 36.1**CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA O TRANSTORNO DA PERSONALIDADE *BORDERLINE* DE ACORDO COM O DSM-5

1. Esforços frenéticos para evitar abandonos reais ou imaginários.
2. Padrão instável e intenso de relacionamentos interpessoais, alternando extremos de idealização e desvalorização.
3. Distúrbio de identidade – autoimagem e percepção de si mesmo persistentemente instáveis.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas da vida potencialmente autodestrutivas: gastos exagerados, sexualidade promíscua, abusos de substâncias, anorexia/bulimia.
5. Comportamentos suicidas ou automutilações recorrentes.
6. Instabilidade afetiva decorrente de acentuada reatividade do humor: intensos episódios de irritabilidade ou ansiedade, em geral durando horas, raramente mais que alguns dias.
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldades em controlar a raiva: frequentes manifestações de irritabilidade, raiva constante, brigas físicas recorrentes.
9. Ideação paranoide ou graves sintomas dissociativos transitórios, associados a estresses.

Fonte: Adaptado American Psychiatric Association.<sup>17</sup>

que daria origem aos sintomas e aos comportamentos *borderline*, a que chamou de organização *borderline* da personalidade. Essa estrutura estaria presente, além de no TPB, em todos os demais transtornos da personalidade. Assim, a organização *borderline* se caracteriza por:

1. uma síndrome de difusão da identidade
2. predomínio do uso de mecanismos de defesa primitivos
3. manutenção do teste de realidade

De modo diferente, a *organização neurótica da personalidade*, ao lado do teste de realidade estável, tem um senso de identidade mais integrado, e nela predominam mecanismos de defesa mais maduros. Já na *organização psicótica*, encontram-se extensas alterações na identidade, com domínio de mecanismos primitivos intensos e grave comprometimento do teste de realidade.

Kernberg considera a *difusão da identidade* uma estrutura psicológica constituída pela fragmentação das representações do eu e dos outros, internaliza-

das ao longo do desenvolvimento. A pessoa vivencia falta de coerência e consistência nos próprios valores, nas motivações e nas interações pessoais ou na capacidade de se dar conta das motivações e dos estados mentais dos outros. Como resultado, desenvolve relações caóticas, dificuldades interpessoais crônicas e falta de empatia para com os demais.<sup>19</sup>

*Mecanismos primitivos de defesa* (negação, idealização, identificação projetiva, controle onipotente) relacionam-se com extensos processos de cisão (*splitting*),<sup>22,23</sup> ao contrário das defesas neuróticas (isolamento, anulação, racionalização, formação reativa), que são organizados em torno da repressão. Em vez de protegerem o ego por meio da repressão de derivados instintivos inaceitáveis, tentam manter separadas – ou *cindidas* – experiências contraditórias de si mesmos e dos outros: enquanto esses estados mentais antagonísticos estiverem dissociados uns dos outros, o ego se vê poupado de conflitos diretos entre eles. A descrição desses mecanismos em pessoas *borderline* encontra bons exemplos na obra de Kern-

berg,<sup>10,19,21</sup> e foi a partir daí que os resummimos.

A mais clara manifestação clínica da cisão dos objetos internos no *borderline* é a divisão dos objetos externos em totalmente bons e totalmente maus, com mudanças súbitas de uma das categorias para a outra. Em decorrência disso, há alternâncias rápidas e imprevisíveis de reversão de todos os sentimentos e conceitos em relação a determinada pessoa, de um momento para o outro. A idealização e a desvalorização primitivas acentuam a cisão, aumentando patologicamente a qualidade de “bondade” ou “maldade” dos objetos. São criadas imagens de objetos totalmente bons e poderosos que se revertem para imagens desprezadas e desvalorizadas se expectativas mágicas em relação a eles forem frustradas.

A *identificação projetiva* é uma forma de projeção complexa. Nela, o paciente continua a vivenciar as relações de objeto projetadas, teme a pessoa sobre a qual as projetou e sente necessidade de controlá-la. Essas operações inconscientes têm, além da origem intrapsíquica, um importante componente interpessoal, pelo qual o paciente tenta induzir a outra pessoa a funcionar de acordo com as *partes* projetadas. A presença generalizada das identificações projetivas nos pacientes *borderline* torna essencial aos terapeutas manterem-se atentos à contra-transferência, a fim de captarem parte dos aspectos dissociados, negados e projetados do mundo interno do paciente.

A negação no *borderline* se expressa pela recusa do impacto de experimentar, ao mesmo tempo, duas áreas da consciência emocionalmente independentes e que expressam os dois lados da cisão interna.<sup>24</sup> O paciente se dá conta da existência de pensamentos, emoções e percepções simultaneamente antagônicos, sem

que isso, no entanto, perturbe seus sentimentos presentes. Mostra-se indiferente às contradições, ainda que cognitivamente ciente delas. É a negação afetiva de um desses estados em relação ao outro que, ao que parece, permite a ele tolerar essa coexistência sem maior ansiedade.

A *onipotência* e a *desvalorização* são subprodutos das operações de cisão das representações do eu e dos objetos. Elas se expressam pela ativação de estados do ego de um *eu* grandioso relacionado a imagens emocionalmente degradadas e desprezadas dos outros. São bastante proeminentes na personalidade narcisista, de modo que se tornam manifestas na descrição que o paciente faz dos outros e pela atitude que adota em relação ao terapeuta.

O *teste de realidade* se define pela capacidade de distinguir o eu do não eu, a origem de estímulos e percepções internas das externas e de avaliar os próprios afetos, comportamentos e pensamentos nos termos das normas sociais comuns. Clinicamente, expressa-se pela ausência de delírios e alucinações e de ideias ou condutas bizarras.

## Tratamento do transtorno da personalidade *borderline*

### *Estratégias psicoterapêuticas*

A definição das estratégias de tratamento depende da compreensão desses quadros. A principal controvérsia divide-se entre a etiologia basicamente conflitual e intrapsíquica da patologia *borderline*, cujo principal defensor é Otto Kernberg,<sup>10,19,20</sup> e a etiologia essencialmente *deficitária*, resultante do fracasso precoce e real das provisões ambientais da criança no desenvolvimento do futuro *borderline*, esta advogada primeiramente por Kohut<sup>25</sup> e Adler.<sup>26</sup>

O objetivo da psicoterapia do modelo intrapsíquico é desenvolver, mediante interpretação, maior integração das representações cindidas do próprio eu e dos objetos, esperando mudanças integrativas na personalidade do paciente. No caso de déficits interpessoais, o objetivo é permitir, pela provisão de um adequado *holding* e validação empática das carências do paciente, que se introjetem objetos bons e tranquilizadores inexistentes, devido a sua ausência real na infância. Como decorrência da polarização entre conflito e déficit, produziu-se, também, uma polarização entre as abordagens técnicas, divididas entre predominantemente *expressivas*, de um lado, e *de apoio empático*, do outro.\*

### ***A predominância do conflito, as técnicas expressivo-interpretativas e a importância do conteúdo das intervenções***

Kernberg<sup>19</sup> sugere que o principal conflito psíquico do indivíduo *borderline* seja sua dificuldade no manejo da agressão, de origem inata, exacerbada pela predominância de experiências adversas no ambiente precoce. Em decorrência da abundância de impulsos agressivos pobremente modulados, cria-se uma incapacidade primária de *sintetizar* introjetos negativos e positivos (pelo perigo de os *bons* serem destruídos pelos *maus*) em representações mentais coerentes do próprio eu e dos objetos. Co-

mo a ansiedade resultante da síntese seria intolerável, a criança ativa mecanismos primitivos de *splitting* para evitar uma catástrofe interna e preservar a sobrevivência da “mãe boa” internalizada. A manutenção separada desses estados mentais cindidos demanda grande atividade e gasto de energia por parte do ego, contribuindo para seu enfraquecimento, sua vulnerabilidade no teste de realidade e para a tendência a recair na forma primária de pensamento.

Para Kernberg,<sup>20</sup> o terapeuta precisa ficar atento ao surgimento da transferência negativa, inevitável pelo excesso inato da agressão, e interpretá-la de forma vigorosa assim que for identificada, bem como confrontar os estados mentais contraditórios com os quais o paciente se apresenta. Ele admite que isso só é possível quando duas condições forem estabelecidas:

- a) que haja um *setting* bem estruturado por um contrato capaz de preservá-lo das atuações do paciente
- b) que as percepções distorcidas das interpretações sejam examinadas e esclarecidas no momento em que ocorrerem, para que possam ser integradas imediatamente

Kernberg<sup>20</sup> parte da pressuposição de um mundo interno precocemente povoado de introjetos primitivos, de modo que essa fragilidade não impede o ego de suportar o trabalho interpretativo; ao contrário, é a partir da correção cognitivo-afetiva das fantasias inconscientes e dos mecanismos primitivos associados que o ego poderá se integrar e utilizar defesas mais evoluídas. Sob esse ponto de vista, os objetivos da psicoterapia psicodinâmica seriam:

- a) tornar padrões inconscientes de funcionamento mais acessíveis

\* É importante ressaltar que, no modelo conflitual, há autores que propõem uma abordagem que inclui o apoio psicodinamicamente informado junto a intervenções expressivas cuidadosas, com base na ideia de que as fragilidades do ego não suportariam, no início, intervenções confrontativas e interpretativas (ver Zetzel<sup>27</sup>).

- b) aumentar a tolerância com seus afetos
- c) construir a capacidade para adiar ações impulsivas
- d) aumentar o *insight* nas interações interpessoais
- e) desenvolver a função reflexiva da mente, permitindo que identifique melhor seus próprios estados mentais e os dos outros

### ***A predominância do déficit, o holding e a importância do processo***

Ao conceitualizar a psicopatologia *border-line* com base no fracasso do paciente em desenvolver a introjeção de objetos internos com funções tranquilizadoras e suportivas,<sup>25</sup> o objetivo do terapeuta não é corrigir introjeções precoces distorcidas, mas ajudar a criar introjeções positivas que não puderam ser feitas e que, portanto, nunca existiram, devido ao fracasso do ambiente materno em provê-las. Em contraste com as teorias conflituais, o principal fator curativo nesse processo é a experiência interpessoal com um terapeuta capaz de exercer funções de *holding* e de tranquilização compensatórias da função parental deficiente na infância.

Assim, a ênfase está em demonstrar aos pacientes diversos aspectos de sua realidade e a permanente existência do terapeuta como objeto preocupado com seu bem-estar, diferenciando-o das introjeções hostis que o paciente continuamente projeta e reintrojeta. Mesmo aceitando a necessidade da integração de representações mentais dissociadas, seria preciso aguardar até que um introjeto tranquilizador e estável estivesse internalizado. Em vez de um ataque primário, na transferência, acredita-se que as reações de raiva do paciente sejam secundárias ao fracasso empático do terapeuta e que este lide, amplamente, com

frustrações e falências parentais passadas a serem reconhecidas e toleradas.

O conteúdo das interpretações é menos importante: a mudança psíquica do paciente é alcançada por meio da sua interação com a presença constante, consistente, cuidadosa e não punitiva do terapeuta, o qual, ao sobreviver emocionalmente aos ataques hostis e destrutivos do paciente, continua desempenhando suas funções de *holding*<sup>28</sup> e de introdutor de uma estabilidade reflexiva em meio ao caos emocional presente.\*

A ênfase em prover experiências emocionais corretivas ao paciente fez ser introduzida no tratamento a importância do processo de validação dos estados mentais.<sup>29</sup> O modo como o paciente desenvolve sua autoestima, conhece e se reconcilia consigo mesmo é sentindo-se compreendido e valorizado na presença de outra pessoa significativa. Isso se dá pela validação das suas vivências, com a reação receptiva do terapeuta às qualidades do paciente por meio de expressões sutis e apropriadas de estima e manifestação de aceitação das experiências do paciente como realidades. A partir dessa interação, o paciente, por introjeção e identificação com a atitude terapêutica, é capaz de desenvolver maior capacidade de autovalidação e autonomia na autoestima.

\* A função de *holding* não é contrária à técnica psicanalítica tradicional, exercida tanto pela estabilidade do *setting* e pela constância do terapeuta quanto pela compreensão cuidadosa e reflexiva proporcionada pelas próprias interpretações. O que extrapolaria a técnica tradicional seria a provisão concreta desse *holding*, oferecendo consultas extras frequentes, longos atendimentos por telefone ou em horários não convencionais, fornecimento do endereço do terapeuta nas férias ou o envio de cartões postais nesses períodos.<sup>29</sup>

Assim, nesse polo suportivo, estão agrupados os objetivos da psicoterapia em:

- a) fortalecimento das defesas
- b) ajustamento da autoestima
- c) validação dos sentimentos
- d) internalização da relação terapêutica
- e) capacitação para lidar com sentimentos perturbadores

### **Convergência das controvérsias**

Parte das controvérsias mencionadas é reduzida atentando-se para alguns fatos. Em primeiro lugar, pacientes *borderline* não são uma população homogênea, nem em relação aos seus quadros sintomáticos, gravidade e comorbidade, nem quanto à importância relativa dos fatores etiológicos presentes. Em segundo, sua etiologia é multifatorial, envolvendo diferentes processos genéticos, bioquímicos, interpessoais e ambientais. Por fim, não há evidências de que uma psicoterapia efetiva possa se desenvolver sem que ela se distribua, em diferentes momentos e circunstâncias, ao longo de todo o espectro que vai das técnicas expressivo-interpretativas aos processos de *holding* e de apoio.

As próprias delimitações do transtorno da personalidade *borderline* hoje são variadas (transtornos do humor, transtornos de controle de impulsos, transtorno de estresse pós-traumático complexo), o que limita a ambição de se prescreverem tratamentos únicos para todos. Em vez disso, a preocupação atual é descobrir a abordagem mais adequada para cada tipo de paciente *borderline*.<sup>30</sup>

Quanto à especificidade dos focos interpretativos ou de apoio, estes, além de estarem muito mais articulados do que rigidamente separados, têm utilidades dife-

rentes com pacientes diferentes. Os mais regressivos demandam mais técnicas de apoio, e os que têm funcionamento mais integrado se beneficiam de abordagens exploratórias, dirigidas ao *insight*, sem que exista incompatibilidade intrínseca entre uma técnica e outra. Além disso, ambas as abordagens podem ser utilizadas com os mesmos pacientes em diferentes momentos, dependendo do contexto e do foco presente do material psicológico que estiver sendo trabalhado.

### **As táticas psicoterapêuticas**

Gunderson<sup>31</sup> registrou que, desde 1968, foram publicados 53 livros apenas sobre psicoterapias psicanalíticas de pacientes *borderline*, cada um com diferentes ênfases em diversos elementos técnicos e todos com o objetivo de mudanças estruturais na personalidade dos pacientes. Quanto à efetividade dos modelos propostos, no entanto, todos tinham mais semelhanças do que diferenças entre si, mesmo no que diz respeito às psicoterapias não psicodinâmicas, como a dialético-comportamental.<sup>32</sup>

Waldinger<sup>33</sup> identificou as seguintes similaridades entre psicoterapias efetivas com o paciente *borderline*:

- a) construção de um *setting* estável e estruturado
- b) atividade maior do terapeuta
- c) tolerância das transferências negativas
- d) transformação dos comportamentos autodestrutivos em não gratificantes
- e) limites para as atuações
- f) estabelecimento de conexões entre as ações e os sentimentos do paciente com a situação presente
- g) foco das intervenções no aqui e agora;
- h) monitoramento cuidadoso da contra-transferência

Essas características podem ser agrupadas – seja qual for o modelo teórico – em relação ao que seriam os dois únicos problemas realmente distintivos na abordagem do paciente *borderline*:

1. taticamente: a viabilidade de se estabelecer limites para o descontrole de seus impulsos e atuações autodestrutivas
2. tecnicamente: a capacidade de se tolerar e trabalhar, terapeuticamente, com as perturbadoras reações contratransferenciais despertadas\*

O estabelecimento de limites constituiu parte das recomendações restantes: terapeuta mais ativo e interativo, *setting* estruturado e manejo firme das atuações, em especial das que põem em risco o tratamento. Além disso, capacidade de tolerar a contratransferência inclui suportar transferências negativas, sobreviver às tempestades emocionais, trabalhar nas manifestações transferenciais momento a momento e permanecer atento aos significados das próprias emoções durante a interação com o paciente.

### ***O contrato terapêutico***

São características as peculiaridades do contrato terapêutico com o paciente *borderline*, assim como o manejo das suas *violações* (p. ex., abuso de drogas, comportamentos promíscuos, tentativas de suicí-

dio, automutilações). Além disso, Yeomans e colaboradores<sup>34</sup> definem, junto com o contrato, a importância de focar temas prioritários no material do paciente, a começar pelas infrações do próprio contrato (Quadro 36.2).

Dá-se mais atenção aos procedimentos do contrato com o *borderline* (p. ex., número de sessões, sessões extras, telefonemas entre as sessões, assiduidade, pontualidade nos pagamentos, honestidade nas comunicações, ausências, férias) do que em psicoterapias com outros pacientes. A razão é que parte importante da necessária estruturação do *setting* terapêutico se ancora em acordos contratuais que definam os objetivos em comum da dupla terapeuta-paciente, bem como em métodos para alcançá-los e para estabelecer enquadramentos que preservem a integridade do processo. Dificilmente há discordância sobre a necessidade desses arranjos. O que se discute, porém, é a forma de introduzi-los e o modo de lidar com as inevitáveis “infrações” que ocorrerem.

Com as mudanças radicais da cultura psiquiátrico-terapêutica a partir dos anos de 1970 (entre elas, o desaparecimento das extensas e onerosas hospitalizações dos pacientes *borderline*), Kernberg foi um dos primeiros a perceber que a estrutura e os limites do *setting*, antes assegurados pelo ambiente hospitalar, teriam que ser substituídos por algo estruturado a nível ambulatorial. Daí se originou o cuidadoso e estrito conjunto de regras do contrato terapêutico da psicoterapia que Yeomans e colaboradores<sup>34</sup> chamam de *centrada na transferência*. Nesse contrato, com base na avaliação inicial do paciente, alertam para a presença de comportamentos potencialmente disruptivos à continuidade do tratamento (p. ex., tentativas de suicídio, crises anoréticas, abuso de drogas, automutilações, mentiras, omissão de informações), que devem ter sua emergência evitada por parâmetros es-

\* Todos os demais problemas desses tratamentos costumam ser mais simples de equacionar: a) capacitação necessária para se atender a pacientes com TPB; b) vantagens e desvantagens de atendê-los por meio de um único profissional ou de mais de um; c) utilização de um único paradigma teórico e técnico ou a aplicação de modelos multidimensionais; d) envolvimento da família; e) uso de medicações associadas, atendimentos nas emergências, hospitalizações.

**QUADRO 36.2**

PRIORIDADES A SEREM ABORDADAS NA PSICOTERAPIA COM PACIENTES *BORDERLINE*  
(EM ORDEM DECRESCENTE DE IMPORTÂNCIA)

- Ameaças de suicídio ou homicídio
- Ameaças à continuidade do tratamento
- Desonestidade ou omissão deliberada de informações nas sessões
- Quebras contratuais
- Atuações dentro das sessões (gritar, jogar objetos, recusar-se a sair no fim da sessão)
- Atuações (não letais) entre as sessões
- Preenchimento das sessões com temas triviais e despidos de afeto

pecíficos, mutuamente acordados, *antes* de a psicoterapia ter início.

Discute-se com o paciente, de forma objetiva, as condições mínimas para que a psicoterapia se desenvolva, sem o que ela nem começará. Por exemplo, acorda-se que o paciente, e não o terapeuta, deve assumir a responsabilidade pela própria segurança; desse modo, tentativas de suicídio *concretizadas* serão atendidas por serviço de emergência chamado pelo paciente ou por um familiar. No caso de fortes crises de angústia, o paciente pode telefonar para o terapeuta, mas crises de ansiedade normais, como as causadas por breves separações, deverão aguardar os dias de sessão para serem tratadas. Espera-se que, durante as sessões, o paciente não faça silêncios longos nem fale de assuntos irrelevantes. Também se recomenda que o paciente desenvolva alguma atividade produtiva, como estudo ou trabalho, desde o início do tratamento (sem ficar à espera de que a psicoterapia resolva essas questões), para evitar que a psicoterapia seja usada como forma de perpetuar ganhos secundários e estilos de vida parasitários.

Assim, torna-se prioritário, em relação a qualquer outro tema, o exame imediato de quebras do contrato estabelecido. Uma típica intervenção nesse sentido é a que segue:

Podemos falar sobre as fantasias que desenvolveu enquanto fez sexo ontem com seu marido, mas antes precisamos conversar o que você também disse: que, antes, bebeu “um pouco” para relaxar. Parte do nosso contrato foi que você não mais beberia e que iria às reuniões dos AA três vezes por semana. Se não está aderindo à combinação, precisamos conversar. Voltar a beber vai sabotar sua capacidade de trabalhar na psicoterapia, como aconteceu no seu último tratamento. E deve significar algo importante que, nesse momento em especial do tratamento, você tenha começado a beber. Precisamos entender o que está se passando antes de irmos adiante.<sup>35</sup>

Por sua vez, autores como Gabbard<sup>36</sup> e Gunderson<sup>31</sup> recomendam uma atitude mais flexível e empática no contrato, para que o tratamento não se inicie em clima de enfrentamento. Eles reconhecem a necessidade da construção de limites, mas preferem fazê-la depois de desencadeado o processo psicoterápico e à medida que as situações forem surgindo. Combinações prévias, porém menos restritivas, sempre serão necessárias, como, por exemplo, em relação ao que se espera que a terapia venha a ser e o que se espera que ela não seja; a necessidade de as sessões terminarem na

hora aprazada; a pontualidade nos pagamentos; a política das sessões faltadas; e a expectativa de que o paciente seja um colaborador ativo do processo. Também no manejo da suicidalidade, propõem-se alternativas mais maleáveis quanto à acessibilidade do terapeuta. Gabbard<sup>36</sup> solicita que o paciente sempre telefone quando sentir que o impulso suicida possa sair de controle, a fim de que decidam as providências necessárias, tais como antecipação da sessão, sessões extras, ajuste de medicação, convocação de familiar, hospitalização. Outras vezes, contatos telefônicos breves em períodos de afastamento mais prolongado – como férias, feriados, fins de semana – podem ser tranquilizadores e não serão vetados a pacientes cujas ansiedades de separação sejam proeminentes.

Mais do que no risco agudo de suicídio, a suicidalidade crônica talvez seja a situação contratransferencial mais difícil de ser elaborada, dados os sentimentos continuados de incerteza e impotência que são gerados no terapeuta. Em casos mais graves e com história prévia de várias e sérias tentativas de suicídio, esse evento pode vir a ser um dos desenlaces do tratamento (assim como um infarto fulminante pode ocorrer em uma cardiopatia grave, ainda que adequadamente tratada), apesar dos melhores esforços que se faça para preveni-lo – e deve-se assinalar isso para o paciente e sua família, desde o início do contrato. Em relação a esse aspecto, fica-se na total dependência do paciente e de sua vontade (e capacidade) de ajudar a si e ao psicoterapeuta no tratamento.

Ainda que se reconheça que a própria patologia *borderline* torna os pacientes incapazes de manterem as regras, é importante que algum contrato seja estabelecido e mutuamente acordado e que suas cláusulas

(ou regras de relacionamento) sejam examinadas quando atacadas e reinstituídas logo que possível. Sabe-se que o paciente, inevitavelmente, irá violar combinações, e caberá ao terapeuta a responsabilidade de assegurar os limites profissionais. Isso demandará firmeza em relação aos acordos, exame dos significados inconscientes de controle, manipulação ou sedução imbricados nas atuações ou a adoção de atitudes que modifiquem ou interrompam o tratamento, caso as violações se tornem excessivas ou perigosas para ambos.\*

## Aspectos técnicos das psicoterapias

### A contratransferência

Desenvolver respostas terapêuticas adequadas às emoções intensas, caóticas e dolorosas despertadas pela interação com pacientes *borderline* constitui-se no principal desafio técnico das psicoterapias. No que depender das intrincadas relações objetais reproduzidas no campo terapêutico, o terapeuta se verá exposto a contrastantes sentimentos de ódio, excitação, inveja, desejo, pena, horror, desespero, impotência, desamparo, incerteza, insegurança, pânico, desesperança, abandono ou rejeição. Além disso, sentirá permanente pressão para agir de acordo com esses estados afetivos, o que pode ser motivo dos frequentes impasses, interrupções, insucessos e das atuações entre paciente e terapeuta (*enactments*) que ocorrem durante os tratamentos.

\* Por exemplo, a uma paciente que insistia em expressar seu “desejo” pelo terapeuta ficando deitada no chão do consultório, diante dele, em posição ginecológica, foi dito que nada seria examinado – e o tratamento interrompido – se não pudesse sentar-se normalmente e estabelecer um diálogo verbal em condições mínimas de respeito mútuo.

Gunderson<sup>31</sup> chama a atenção para padrões contratransferenciais repetidos que se desenvolvem sob dois paradigmas: o da *boa mãe* e o do *pai forte*. No primeiro, há uma negação da agressão e um conluio para atribuir aos outros ou ao ambiente externo a fonte dos problemas do paciente. De forma supostamente empática, o terapeuta aceita, sem crítica, a percepção que o paciente tem da realidade, incrementando inadvertidamente transferências fusionais e idealizadas. Com isso, o terapeuta, ao gratificar uma necessidade narcísica própria de ser idealizado, acaba aceitando situações insolúveis e ignora a agressividade do paciente. Já no paradigma do “pai forte”, ocorre negação da gravidade da doença do paciente e um otimismo inadequado sobre possibilidades de mudança. A atmosfera terapêutica fica marcada por confrontações e limites que o paciente pode experimentar como rejeição. As necessidades narcísicas são aqui preenchidas pela não aceitação, por parte do terapeuta, de sentimentos de impotência e fracasso terapêutico, à custa de um fracasso empático com o sofrimento causado pelas dificuldades de mudança e pelas limitações crônicas dos pacientes.<sup>31</sup>

Ainda que se identifiquem alguns padrões, em geral, as reações contratransferenciais não são uniformes, aparecem em diferentes níveis e dependem de momentos pessoais mais ou menos difíceis que cada terapeuta esteja atravessando. Gabbard e Wilkinson<sup>37</sup> oferecem um resumo das reações mais comuns encontradas na prática clínica com pacientes *borderline*:

- a) culpa por odiar o paciente e desejar que vá embora
- b) responsabilidade por suas piores
- c) fantasias de salvar e resgatar o paciente, percebido como vítima desamparada

- d) pressão para fazer concretamente algo para aliviar suas carências
- e) raiva e ressentimento por se sentir usado ou manipulado
- f) impotência, autodepreciação e fracasso porque o paciente não melhora ou abandona o tratamento
- g) ansiedade de que se suicide
- h) transgressões das fronteiras profissionais

Em vez de pelo paciente, as fronteiras profissionais podem ser cruzadas pelo terapeuta. Dependendo da transgressão (tais como confidenciar dados pessoais ao paciente, marcar consultas em horários incomuns, atender por mais tempo do que o habitual, não cobrar honorários, fazer negócios, aceitar presentes valiosos), os limites profissionais podem ser restaurados, desde que o terapeuta reconheça e examine o que o levou a se comportar de modo diferente da sua rotina e como isso se entrecruza com a psicopatologia do paciente. A busca de supervisão, ou a discussão do caso com outro colega, pode ser necessária para recolocar o tratamento no rumo.

Às vezes, quando uma paciente experimentou graves negligências e abusos na infância (60% dos casos), ela pode desejar que o terapeuta lhe dê o amor que esteve ausente. Alguns terapeutas podem entrar em sintonia inconsciente com esses desejos e engajar-se em fantasias próprias de resgate e recuperação das perdas afetivas precoces relatadas. Tal conluio inconsciente leva a contatos físicos crescentes, até mesmo a interações sexuais, a mais catastrófica de todas as transgressões do contrato terapêutico. O terapeuta que trabalha com pacientes *borderline* tem de estar, portanto, atento ao surgimento dessa dinâmica transferencial-contratransferencial e buscar orientação,

supervisão ou tratamento psicoterápico próprio sempre que se configurar um risco sério de ruptura das normas éticas e profissionais do tratamento.

Porém, sendo mantido o *setting*, situações contratransferenciais podem ser importantes para compreender melhor o sofrimento dos pacientes. A seguir, é ilustrado como uma manifestação grave de despersonalização de uma paciente *borderline* despertou sentimentos intensos no terapeuta, os quais, no entanto, contribuíram para facilitar o desenvolvimento do processo psicoterápico.

### ***Intervenções do terapeuta***

Gabbard<sup>38</sup> sugere que as intervenções psicoterapêuticas se distribuam ao longo de um espectro. No extremo *expressivo*, estariam a interpretação, a confrontação e o esclarecimento. No que se refere ao polo de apoio, incluiriam-se o encorajamento, a validação empática, os conselhos, os elogios e as reafirmações. Entre todas essas intervenções, apenas as interpretações são específicas das psicoterapias psicodinâmicas, tendo um foco transferencial ou extratransferencial. Na psicoterapia com pacientes *borderline*, mesmo que todas as intervenções acabem sendo usadas, serão comentadas apenas as interpretações, as confrontações e a validação empática.

As relações de objeto, de acordo com Kernberg e colaboradores,<sup>39</sup> se constituem por uma representação do eu (*self*) e por uma representação do objeto, ligadas entre si por um afeto dominante (p. ex., ódio, amor, inveja, preocupação) que Kernberg chama

de *diades de relações de objeto*. No caso dos pacientes *borderline*, descrevem-se várias diades comuns, invariavelmente reencenadas na transferência (p. ex., criança vítima/pais sádicos, criança rejeitada/pais negligentes, criança carente/pais egoístas, criança raivosa/pais impotentes, entre outras).<sup>39</sup> Presumindo-se que a mente do paciente esteja cindida entre partes dissociadas e desintegradas de representações de diades do eu/objeto, as interpretações transferenciais seriam a ferramenta principal para:

- a) esclarecer como as atuações do paciente servem para defendê-lo dessas percepções internas
- b) detalhar qual diade de relações de objetos está em atividade
- c) evidenciar qual relação de objetos subjacente está sendo defendida<sup>34</sup>

Quanto à eficácia das interpretações transferenciais, um estudo de Gabbard e colaboradores<sup>40</sup> sugere que elas sejam de alto ganho e alto risco; isto é, são as que têm, potencialmente, o maior impacto no paciente, tanto do ponto de vista negativo (provocando acentuada deterioração na relação com o terapeuta) quanto positivo (com substancial melhora dessa relação). O fator mais relacionado com um ou outro dos efeitos parece ser a presença prévia ou não de uma aliança terapêutica consistente e a existência de um adequado processo de validação empática das experiências do paciente.

As confrontações não significam um enfrentamento agudo com o paciente. Elas servem para evidenciar a ele que suas comunicações envolvem material psíquico dissociado e não integrado. Isto é, o objetivo da confrontação é trazer à percepção do paciente as incongruências do que ele



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Rosa é uma dona de casa de 47 anos, com traços histéricos, comportamentos conflituosos com a família e ideação suicida crônica. Há quatro anos, apresenta sintomas compatíveis com transtorno da personalidade bipolar tipo II e é medicada com estabilizadores do humor, sem maiores melhoras no relacionamento caótico com a família, bem como na sensação de infelicidade e na vontade de morrer.

Filha de pai branco (que se suicidou) e de mãe negra, foi encaminhada para adoção quando ainda era pequena e teve uma infância tumultuada. Mulata clara, foi adotada por uma mulher branca que a registrou como filha. Desde pequena, desprezou as próprias origens e evitou qualquer contato com a mãe biológica. Ao entrar na puberdade, seu cabelo começou a encarapinhar. A “mãe branca” repudiou o fato e, desde os 11 anos de idade, obrigou-a a usar uma peruca loira, de cabelos lisos, que a paciente nunca mais tirou (a não ser para trocar por uma nova). Casou-se aos 18 anos e teve dois filhos, porém nem o marido nem os filhos jamais a viram sem a peruca; usava a justificativa de que tinha uma doença congênita que a deixara calva.

Durante a internação, a paciente começou a apresentar sintomas dissociativos inesperados, em que “outra personalidade” sua se comportava de forma arrogante, agressiva e ameaçadora, diferente do seu “eu normal”, cooperativo e dócil. Essas súbitas mudanças de personalidade passaram a provocar ansiedade crescente na equipe que a atendia. Durante uma entrevista de avaliação, a paciente, que até então falava calmamente, deu um soco no braço de sua cadeira e, com voz grossa e alta, passou a vociferar contra os presentes, gritando que iria matá-los, que eram desprezíveis e que mereciam ser eliminados “junto com aquela negrinha fedida”.

O impacto das ameaças, sublinhado pelo soco na cadeira e a voz raivosa, deixou a todos imobilizados e assustados. A partir do que sentiu, no entanto, o supervisor imaginou que esses podiam ser sentimentos de uma parte cindida da mente da paciente, uma parte assustada, frágil, carente e confusa quanto à própria identidade – simbolicamente, a parte “carapinha” não aceita e que precisava ser eliminada –, mantida cronicamente submetida e imobilizada pela parte onipotente, sádica e controladora (que usava peruca), que não permitia que a outra se manifestasse e se integrasse ao ego da paciente.

Assegurando-se de que a entrevista poderia prosseguir – foi perguntando à paciente se havia condições de o diálogo continuar ou se preferia interrompê-lo e sair do consultório –, o supervisor assinalou que, no fundo, ela esperava que a equipe não se assustasse com seus gritos, que talvez ela estivesse solicitando ajuda para também não se atemorizar com essas ameaças internas e conseguir retirar sua peruca, a fim de tentar viver uma vida menos dividida. A agitação da paciente foi se extinguindo, e a entrevista prosseguiu fluente, com sua parte “normal” reassumindo o controle e lembrando a angústia que foi passar a vida toda se escondendo de si mesma, da família e dos outros.

relata, de juntar vivências que experimenta separadamente ou nem sequer experimenta, atuando ou somatizando. Desse modo, tenta-se trazer à atenção do paciente as contradições que ele percebe e que não considera importantes, mesmo que inteiramente discrepantes em relação a outras

ideias, sentimentos ou ações do próprio paciente.<sup>34</sup>

São exemplos de confrontações:

- a) “Você diz que aguenta maus-tratos do companheiro por não ter condições financeiras de se separar. Porém, relata,

despreocupada, que lhe foi oferecido um bom emprego e que o recusou porque não queria acordar cedo. O que você acha disso?”

- b) “Você diz que não sente nada a meu respeito, nem acha importante o tratamento. Porém, quando lhe avisei que não poderia atender na semana que vem, você me acusou de negligente e irresponsável. Que lhe parece essa contradição?”

A validação empática evidencia a sintonia do terapeuta com estados internos do paciente e deriva, fundamentalmente, da importância que lhe confere a psicologia do *self*. Essa intervenção envolve reforçar, de forma ativa, a realidade das percepções do paciente e identificar as funções adaptativas de seus comportamentos e defesas, tentando, ao mesmo tempo, manter o equilíbrio entre escutar com simpatia os relatos de maus-tratos na infância, reconhecendo as experiências injustas e traumáticas a que foi submetido, e não assumir, sem adequado exame crítico, a inteira responsabilidade do ambiente acusado na situação atual.<sup>31</sup> Intervenções desse tipo são as que começam por admitir “que não deve ter sido fácil passar pelo que você passou”; ou “entendo que você se deprima quando relembra seu desamparo quando sua mãe foi embora”. Também são comentários empáticos aqueles que assinalam ao paciente que o terapeuta entende o quanto não é fácil ouvir o que ele lhe tem dito (ou vai dizer), por exemplo: “talvez você vá se sentir criticado, mas mesmo assim preciso assinalar que...”. É importante validar as observações corretas que o paciente faz em relação a sentimentos do terapeuta (como irritação, aborrecimento, sono) ou de equívocos que ocorrerem (como atrasos repetidos, bocejos frequentes, olhar continuamente para o relógio, término adiantado das sessões, comentários irônicos).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elementos permanentes no manejo dos pacientes *borderline* incluem a disponibilidade para responder às frequentes situações de crise que costumam ocorrer, monitorar os comportamentos de risco e a segurança do paciente, resistir às constantes infrações do contrato terapêutico, participar de equipes multiprofissionais que, às vezes, têm que ser mobilizadas, além de estar atento a fenômenos característicos desses pacientes, como a dissociação (*splitting*) e a violação de fronteiras profissionais.

Por se tratar de pacientes difíceis, um terapeuta que decida atendê-los deve ter suficiente experiência clínica, treinamento adequado e traços de personalidade compatíveis com tal função terapêutica.<sup>31,33</sup> Considera-se uma boa experiência clínica a que envolva pelo menos dois anos de contato intensivo com pacientes *borderline*, se possível, em diversos contextos terapêuticos. Já treinamento adequado implica a supervisão de vários casos por igual período de tempo. Dada a intensidade das emoções contratransferenciais mobilizadas e a volatilidade como se alternam durante as sessões, é desejável que, junto com a supervisão dos casos, os terapeutas também estejam em tratamento psicoterápico psicodinâmico pessoal.

A respeito das qualidades pessoais de cada terapeuta, estas envolvem firmeza e confiança para estabelecer limites, sentir-se relativamente à vontade com a própria agressividade, mostrar-se consistente nas combinações e decisões, ter mais atividade e maior participação nas sessões, poder conviver com a incerteza gerada por pacientes manipuladores (incluindo os cronicamente suicidas), ser capaz de trabalhar em equipe e de fazer supervisões e, sobretudo, acreditar que os pacientes possam melhorar com essa ajuda.<sup>31</sup>

**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. O TPB é uma patologia complexa que abrange um grupo heterogêneo de pacientes, o que inviabiliza a prescrição de um modelo único de tratamento.
2. As características básicas do TPB incluem déficits importantes no relacionamento interpessoal, instabilidade afetiva, impulsividade e um sentimento fragmentado da própria identidade.
3. No modelo da mente que prioriza, na patologia *borderline*, a existência de conflitos intrapsíquicos precoces em torno de um excesso inato de agressão e de relações patológicas de objeto internalizadas, as técnicas terapêuticas se baseiam na confrontação das dissociações e nas interpretações transferenciais, no aqui e agora do conteúdo das fantasias inconscientes e das ansiedades associadas.
4. Na concepção que enfatiza déficits reais de cuidadores na infância, a importância terapêutica recai sobre o próprio processo interpessoal que é desenvolvido na relação terapêutica e na capacidade de, a partir dele, o paciente construir ou reparar estruturas mentais estabilizadoras e criativas previamente inexistentes ou precárias.
5. Os elementos em comum entre as psicoterapias efetivas dos TPBs são:
  - a) *setting* estável e estruturado
  - b) maior atividade do terapeuta
  - c) tolerância das transferências negativas
  - d) ligação dos comportamentos autodestrutivos às frustrações do paciente
  - e) limites para as atuações
  - f) estabelecimento de conexões entre as ações e os sentimentos do paciente com a situação presente
  - g) foco nas confrontações e interpretações do presente
  - h) monitoramento da contratransferência para compreender o paciente
6. Desenvolver respostas terapêuticas adequadas às emoções intensas e caóticas despertadas pelos pacientes constitui o principal desafio técnico dessas psicoterapias.
7. Elementos básicos no manejo dos pacientes incluem:
  - a) ter disponibilidade para responder às situações de crises
  - b) monitorar comportamentos de risco e a segurança do paciente
  - c) resistir a constantes infrações do contrato terapêutico
  - d) participar, quando necessário, de equipes multiprofissionais
  - e) ter um treinamento adequado e uma supervisão mínima de dois anos no atendimento desses casos
  - f) estar em tratamento psicoterápico pessoal

**REFERÊNCIAS**

1. Freud S. Neurose e psicose. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 19. p. 184-93.
2. Stern A. Psychoanalytic investigation and therapy in borderline group of neuroses. *Psychoanal Q.* 1938;7:467-89.
3. Skodol AE, Oldham JM. Assessment and diagnosis of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry.* 1991; 42(10):1021-8.
4. Paris J. Management of acute and chronic suicidality in patients with borderline personality disorder. In: Paris J, editor. *Borderline personality disorder: etiology and treatment.* Washington: American Psychiatric; 1993. p. 373-83.

5. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sicket AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1998;155(12):1733-9.
6. Stone MH. The borderline syndrome: evolution of the term, genetic aspects, and prognosis. In: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border*. New York: New York University; 1986. p. 475-97.
7. Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border*. New York: New York University; 1986.
8. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotics forms of schizophrenia. In: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border*. New York: New York University; 1986. p. 119-47.
9. Deutsch H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. In: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border*. New York: New York University; 1986. p. 74-91.
10. Kernberg OF. Borderline personality organization. In: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border*. New York: New York University; 1986. p. 279-319.
11. Knight RP. Estados fronterizos. In: Knight RP. *Psiquiatria psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós; 1962. p. 113-48.
12. Modell AH. Primitive object relationship and the predisposition to schizophrenia. *Int J Psychoanal*. 1963;44(3):282-92.
13. Frosh J. The psychotic character: clinical psychiatric considerations. In: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border*. New York: New York University; 1986. p. 263-78.
14. Grinker R, Werble B, Drye RC. The grinker study. In: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border*. New York: New York University; 1986. p. 320-56.
15. Gunderson JG, Singer MT. Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*. 1975;132(1):1-10.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III*. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
18. Gabbard GO. Combining medication with psychotherapy in the treatment of personality disorders. In: Gunderson JG, Gabbard GO, editors. *Psychotherapy for personality disorders*. Washington: American Psychiatric; 2000. p. 65-94.
19. Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: J. Aronson; [1975].
20. Kernberg OF. *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: J. Aronson; c1976.
21. Kernberg OF. *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University; c1984.
22. Klein M. Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. In: Klein M. *Desarrollos en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé; 1962. p. 252-76.
23. Klein M. *The psycho-analysis of children*. London: Karnak; 1998.
24. Clarkin JF, Kernberg OF. Developmental factors in borderline personality disorder and borderline personality organization. In: Paris J, editor. *Borderline personality disorder: etiology and treatment*. Washington: American Psychiatric; 1993.
25. Kohut H. *The restoration of the self*. New York: International University; c1977.
26. Adler G. The myth of the alliance with borderline patients. *Am J Psychiatry*. 1979; 136(5):642-5.
27. Zetzel ER. A developmental approach to the borderline patient. *Am J Psychiatry*. 1971; 127(7):867-71.
28. Winnicott DW. The theory of the parent-infant relationship. *Int J Psychoanal*. 1962;43: 238-9.
29. Buie DH, Adler G. Definitive treatment of the borderline personality. *Int J Psychoanal Psychother*. 1982-1983;9:51-87.
30. Horwitz L, Gabbard GO, Allen JG, Frieswyk SH, Colson DB, Newsom GE. *Borderline personality disorder: tailoring the psychotherapy to the patient*. Washington: American Psychiatric; c1996.

31. Gunderson JG. Psychodynamic psychotherapy for borderline personality disorder. In: Gunderson JG, Gabbard GO, editors. *Psychotherapy for personality disorders*. Washington: American Psychiatric; 2000. p. 33-64.
32. Lineham MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford; 1993.
33. Waldinger RJ. Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*. 1987;144(3):267-74.
34. Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. *A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Northvale: J. Aronson; c2002.
35. Koenigsberg HW, Kernberg OF, Stone MH, Appelbaum AH, Yeomans FE. *Borderline patients: extending the limits of treatability*. New York: Basic Books; 2000.
36. Gabbard GO. Psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: a contemporary approach. *Bull Menninger Clin*. 2001;65(1):41-57.
37. Gabbard GO, Wilkinson SM. *Management of countertransference with borderline patients*. Washington: American Psychiatric; c1994.
38. Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinâmica: baseado do DSM-IV*. 2. ed. Porto Alegre: Art-med; 1998.
39. Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW. *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
40. Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, Frieswyk S, Newsom G, Colson DB, et al. Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high risk, high-gain phenomenon. *Harv Rev Psychiatry*. 1994;2(2):59-69.

37

## ABORDAGEM DAS SITUAÇÕES PERVERSAS NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Raul Hartke

*Nunca é demais repetir que a descoberta psicanalítica é a do inconsciente e da sexualidade no sentido que Freud dá a ela.*

(Laplanche, 1987)

*É preciso insistir na prioridade atribuída à interpretação conjectural do intrapsíquico em sua articulação com o intersubjetivo (em vez da referência à interação interpessoal), pois o psíquico não pode ser reconduzido à ação e o sujeito à pessoa.*

(Green, 1991)

O objetivo deste capítulo é conceitualizar, e, a partir de exemplos clínicos, examinar aspectos teóricos e técnicos da perversão como um fenômeno que pode manifestar-se na relação terapêutica, desviando-a, de forma momentânea ou permanente, de seu objetivo básico, ou seja, como uma situação problemática transferencial-contratransferencial. A justificativa mais imediata para tal enfoque é que, seja em um tratamento psicanalítico *standard*, seja em uma psicoterapia de orientação analítica, independentemente da posição teórica e técnica do terapeuta acerca das interpretações transferenciais, quando tal situação perversa se instala na relação, ela necessita converter-se no foco central das tentativas de compreensão, interpretação e elaboração. Caso contrário, o tratamento não

apenas se torna inútil e ineficaz como é transformado em uma relação basicamente patológica.

A justificativa mais ampla é que todos os conceitos psicanalíticos utilizados pela psicoterapia inspirada na psicanálise nasceram e são aplicados na única situação disponível para a observação e intervenção do terapeuta, isto é, na relação terapêutica.

Nesse sentido, conforme aponta Green,<sup>1</sup> “a transferência não é mais um dos conceitos da psicanálise a ser pensado como os outros; ela é a condição a partir da qual os outros podem ser pensados”.

E, da mesma maneira, a contratransferência não se limita mais à pesquisa dos conflitos não resolvidos – ou não analisados – do analista, capazes de falsear sua escuta; torna-se o correlato da transferên-

cia, caminhando ao seu lado, induzindo-a às vezes e, para alguns, precedendo-a.

A relação do fenômeno transferencial-contratransferencial perverso a ser examinado com as perversões sexuais clínicas é complexa, não linear, nem obrigatória. Pode evidenciar-se durante o processo terapêutico com pacientes que não apresentam clinicamente uma perversão, mas não constitui o padrão característico destes. Entretanto, representa um desafio permanente no trabalho terapêutico com pacientes perversos, sem, todavia, constituir a única forma de relação presente nesses casos.

Em virtude disso, a melhor maneira de encaminhar essa questão é manter uma distinção, como o fazem vários autores, entre “parte perversa”<sup>2</sup> ou “dimensão perversa”<sup>3</sup> da mente humana, de um lado, e, de outro, a perversão clínica.

Isso exige o exame dos fatores que levam tal parte perversa ao domínio completo da mente em alguns casos, enquanto, em outros, permanece apenas como uma potencialidade; mas esse aspecto foge dos objetivos e das possibilidades do capítulo. De qualquer modo, postulando-se a existência dessa “dimensão perversa” em todos os seres humanos, deve-se levar em consideração sua presença também na mente do terapeuta durante as sessões, gerando o risco permanente de conluíus com a parte correspondente do paciente e, assim, da perversão de toda a psicoterapia. Nesse sentido, partindo de uma perspectiva psicanalítica intersubjetiva, Ogden<sup>4</sup> enfatiza a importância de se considerar sempre a contribuição conjunta do paciente e do

terapeuta na criação e na manutenção da relação perversa, isto é, na constituição do que chama de “o sujeito perverso da análise”. É preciso observar que, nesse caso, “sujeito” significa, para Ogden, um “terceiro intersubjetivo”, formado a partir das subjetividades de cada um dos dois participantes e com elas relacionando-se de forma dialética.

Na medida em que será examinada uma situação desviadora dos objetivos normais da relação terapêutica, é preciso expor a concepção acerca do que seria a essência desta última. Assim, pode-se considerar que o objetivo da psicanálise e, por extensão, de uma psicoterapia de inspiração analítica é o de possibilitar a criação e a manutenção de uma experiência emocional na relação entre paciente e terapeuta, que não deverá ser nem desconsiderada, nem convertida em ação, mas compreendida (quanto a suas motivações inconscientes), verbalizada, interpretada e elaborada, com o fito de ampliar a capacidade mental. Essa ampliação da capacidade mental (em última instância, da capacidade de simbolização) possibilitará que as emoções sejam processadas de forma mais ampla psiquicamente, em vez de transformadas em sintomas, inibições ou padrões problemáticos de comportamento. Ao mesmo tempo, essa relação adoecerá justamente da enfermidade do paciente,<sup>5</sup> e isso não é apenas inevitável, mas necessário, porque, caso não ocorra, o problema em si não poderá ser tratado.

Tanto o nível de profundidade da experiência emocional na relação como o grau de alcance, extensão e detalhamento de sua compreensão, interpretação e elaboração são diferentes na análise, em comparação com a psicoterapia de base analítica, mas a essência da situação permanece a mesma.

Durante o tratamento de pacientes com perversões sexuais, o terapeuta defronta-se reiteradamente com uma situação relacional que, abstraída e articulada quanto a seus elementos fundamentais, revela a seguinte “conjunção constante”:<sup>6</sup>

1. Uma pressão sutil, ou explícita, no sentido de que existe só uma mente para os dois participantes da relação, os quais, dessa forma, sentiriam e pensariam sempre e exatamente da mesma maneira; ou, então (o que resultaria idêntico), de que esteja presente apenas uma mente independente, sendo a outra somente um apêndice da primeira, existindo para acolhê-la, referendá-la e admirá-la incondicionalmente.

Tudo e todos que interferem nesse desejo despertam angústia e ódio. Este último é dirigido ao terapeuta ou, com maior frequência, a algo ou alguém vivenciado como um terceiro interveniente a ser desvalorizado e suprimido. O *setting*, em si, na medida em que constitui um contrato acordado entre os dois participantes que ambos devem respeitar, assim como a capacidade do terapeuta de compreender e interpretar o que ocorre na relação, reveladora de uma mente própria, são vivenciados como interventores desse tipo e, como tais, atacados com o objetivo de serem eliminados.

2. Uma tentativa constante de tornar improdutiva, estéril, a potencialidade criativa e terapêutica da relação, mediante sua substituição por outra – em última análise sadomasoquista, intensamente erotizada e idealizada –, a ponto de ser vivenciada como melhor que a anterior, a qual passa a ser desdenhada com arrogância. Nessa circunstância, a troca

receptiva e fecunda entre duas mentes é convertida em uma relação na qual um dos participantes deve ser apenas o objeto passivo e submisso dos desejos e das imposições do outro.

Mais uma vez, essa tentativa pode ser explícita, mas, em outras ocasiões, faz-se presente de modo sutil, sob uma aparência de trabalho colaborador e produtivo. Há casos em que pode ser identificada apenas por meio de sonhos relatados pelo paciente ou sonhados pelo terapeuta.

A presença da transformação sadomasoquista idealizada é imprescindível para a caracterização do fenômeno em questão, não sendo suficiente a evidência apenas do primeiro elemento ou mesmo deste acompanhado da esterilização da relação.

Segundo o ponto de vista teórico aqui adotado, esses dois elementos constituem, nessa situação específica, dois polos interdependentes de uma mesma estrutura, cada qual originando, sustentando e, ao mesmo tempo, sendo criado e mantido pelo outro. Ademais, essa estrutura reflete o funcionamento de uma parte da mente organizada de uma forma patológica no que diz respeito às relações básicas da criança com sua mãe e com o casal parental, conforme será discutido na parte teórica.

Após ilustrarmos aspectos clínicos e técnicos de tal fenômeno, revisaremos os principais modelos psicanalíticos que procuram explicar a origem e o desenvolvimento das perversões, lembrando que todos surgiram a partir do que pode ser inferido na relação transferencial-contratransferencial, extrapolada para a construção de hipóteses sobre o surgi-

mento e o estabelecimento das perversões clínicas. Essa revisão será concluída com a apresentação de um modelo teórico, que tenta articular alguns dos elementos de maior significado clínico entre os modelos apresentados a partir de uma perspectiva específica.

Serão relatadas situações clínicas de tratamentos de três pacientes nos quais esse tipo de relação perversa ocorria com particular intensidade. Para tornar a descrição a mais clara possível, foram selecionadas situações em que um ou outro dos componentes enumerados está bem evidente e detalhado. É mister salientar a proposição de que, a nível profundo, eles estão constantemente conjugados, bem como enfatizar que podem manifestar-se também em pacientes *que não apresentam uma perversão clínica*. Nos casos de perversão clinicamente estruturada, a questão do tipo de tratamento de escolha é controversa. Para alguns, apenas a psicanálise *standard* estaria recomendada. Para outros,<sup>7</sup> a indicação seria uma forma especial de psicoterapia de orientação analítica.

Como quer que seja, os intensos desafios técnicos e contratransferenciais suscitados por tais situações recomendam que o psicoterapeuta tenha uma vivência de tratamento psicoterápico ou analítico pessoal e que, quando menos experiente, ou nos casos mais graves, possa contar com o auxílio de um supervisor.

No primeiro caso, ficam mais destacadas as motivações, angústias e defesas vinculadas ao primeiro dos elementos da conjunção constante em exame, embora também sejam frequentes as situações de esterilização e transformação sadomasoquista da relação.

## TRÊS RELATOS DE SITUAÇÕES PERVERSAS NA RELAÇÃO TRANSFERENCIAL-CONTRATRANSFERENCIAL

O paciente A. tinha 25 anos, namorava uma jovem de sua idade, mas periodicamente procurava saunas e cinemas para homossexuais, observando homens nus, masturbando-os ou se deixando masturbar, aceitando que lhe praticassem feleção ou, eventualmente, praticando coito anal como parceiro ativo. Quando pequeno, a mãe por vezes o vestia com trajas femininos; mais tarde, ainda na infância, A. usava vestidos dela, às escondidas. Há indícios de a mãe ter sofrido depressão pós-parto. Ele a descrevia como uma pessoa sensível, com dotes artísticos e, ao mesmo tempo, segura e forte, “o verdadeiro sustentáculo da casa”, mesmo sendo mantida pelo marido – pai de A. –, que, no seu modo de ver, fazia apenas o que ela desejava. A. lembrava-se de que, quando pequeno, ficava sentado junto a ela na sala de televisão, até altas horas da noite, enquanto o pai já estava dormindo no quarto, pois costumava deitar cedo. Sentia como se ele e a mãe nem precisassem falar um com o outro para saberem o que cada um estava vivenciando e pensando. O pai era referido como alguém que sempre chegava atrasado nas situações emocionais em que era esperado ou necessitado.

Tentarei descrever um tipo de situação transferencial-contratransferencial bastante frequente e característico, em especial no início da análise. A situação começava com o paciente relatando algum material significativo, com ressonância emocional, e que despertava em mim um sentimento de que um trabalho produtivo estaria começando. Ele prosseguia falando, e, durante certo tempo, eu considerava estar diante

de associações ricas que possibilitariam, à medida que eu deixasse minha mente solta, uma compreensão da situação emocional em curso. O relato do paciente continuava, novas vertentes apareciam, outros detalhes eram referidos, surgiam imagens interessantes, mas, após algum tempo, eu passava a sentir a desagradável sensação de estar envolto em um complexo emaranhado de sentimentos, imagens e ideias, sem ter por onde sair. Ocorria-me um sentimento de confusão, de estar amarrado, uma sensação de impotência.

Não raramente, sentia, então, a necessidade de forçar minha mente a compor um pensamento e de agarrar-me a qualquer ponto do material, a fim de juntar e dar algum sentido a todo aquele discurso que continuava se expandindo e ficava cada vez mais enigmático. Isso me levava, algumas vezes – movido por ansiedade, conforme logo passei a compreender –, a efetuar alguma interpretação que tentava, aparentemente, dar um significado ao material, mas que, na realidade, visava a tirar-me do sentimento de confusão e impotência. E, com frequência, a resposta de A., quando eu fazia uma interpretação dessa índole, era algo no estilo “é, mas também não é exatamente assim...”; isso criava um clima de incerteza, com um sentimento de que eu estava no rumo, não deveria desistir, mas de que o ponto ainda não era aquele, e precisaria, portanto, entrar ainda mais fundo naquele mundo enigmático. Outras vezes, ocorria-me a vontade de insistir em determinada interpretação, com uma decisão e ênfase que, na verdade, continham uma irritação subjacente.

Passei, então, a considerar que essa situação transferencial-contratransferencial estava refletindo algo importante do mundo interno de A. e de sua relação comigo. Entretanto, embora me ocorressem algumas hipóteses, julguei necessário aguardar

até que algo no material verbal do paciente fornecesse uma indicação mais clara e segura do que vinha acontecendo, a fim de que não houvesse o risco de a compreensão surgir unicamente da minha mente e para que eu também tivesse um ponto de apoio para uma interpretação que conseguisse, de fato, alcançá-lo naquele momento.

Pouco depois, A. relatou um sonho que preencheu essas condições: nele, A. estava caminhando sobre uma formação rochosa onde se encontravam homens admirados por ele pela sua masculinidade. Enxergou, então, ao lado, uma espécie de tobogã natural na rocha, um longo, liso e agradável declive que terminava muitos metros abaixo, em um poço cheio de uma água extremamente límpida. A. sentiu vontade de deixar-se escorregar até cair no poço, mas começou a temer que, depois de mergulhar, não conseguisse mais voltar à superfície, morrendo afogado. Isso se devia ao fato de que imaginava existir, no fundo do poço, um labirinto de túneis sem saída, no qual ficaria trancado. O detalhe mais insólito do sonho era, para A., a presença de uma sereia sentada à beira do poço.

Suas associações giraram em torno da tentação que lhe despertavam o tobogã e a água límpida e, ao mesmo tempo, do pavor que lhe suscitava a ideia de morrer, preso e afogado, em um labirinto de túneis submersos. Passou a falar sobre o sentimento de acabar sufocado pelas pessoas com as quais se relacionava de forma mais estreita, como a namorada, por exemplo. Acrescentou que, em certos momentos, experimentava a sensação de estar entrando em um “brete” quando atravessava a sala de espera do meu consultório, passava pelo espaço intermediário e chegava à sala de atendimento. Depois, muito hesitante, relatou outro temor: tendo observado que eu possuía algumas obras de arte no consultório, estava com medo de que eu, por gostar de

arte, tivesse também alguma tendência homossexual, o que o deixaria perdido, pois, assim, não poderia contar comigo para ajudá-lo a tornar-se, de fato, um homem.

Disse-lhe, a essa altura, que ele estava evidentemente manifestando o temor de ser seduzido por mim, no sentido de entregar-se ao tratamento e acabar sendo aprisionado e anulado como pessoa, da forma como sentira na sua relação com a mãe, mas que esse temor derivava da sua própria atração por uma relação desse tipo, evidenciada na tentação que o tobogã e o poço lhe despertavam no sonho.

A. confirmou o temor de acabar ficando, conforme expressou, “totalmente dependente” de mim, perdendo sua individualidade e autonomia. Em seu modo de sentir, muitas vezes, na infância, fizera mais o que julgava ser o desejo de sua mãe, e não seu próprio interesse. Voltei a mencionar a atração que ele sentira pelo tobogã, procurando mostrar-lhe sua parte nesse tipo de relacionamento. A. começou a discorrer, em detalhes, sobre suas impressões e sentimentos em relação ao tobogã e ao poço de águas límpidas do sonho. Assim, falou longa e vividamente sobre como deveria ser, de fato, agradável escorregar em um tobogã natural daquele tipo e como seria delicioso cair em uma água límpida e fresca, como a do sonho, em um dia de verão. A essa altura, também comeci a imaginar uma situação desse tipo e já havia deixado para um segundo plano, na minha mente, a questão da sereia e dos túneis perigosos, aos quais A. não mais fazia menção. Logo me dei conta de que estivera despercebidamente deslizando para dentro das imagens relatadas por A. e percebi, então, que o labirinto de túneis perigosos e a sereia não estavam mais sendo referidos porque haviam deixa-

do a esfera do relato e começado a acontecer dentro da sessão. Ou seja, naquele momento, A. conseguira criar um tobogã de imagens sedutoras, como um canto de sereia, e eu, por um momento, deixara-me enlear por isso. Lembrei-me da situação transferencial-contratransferencial há pouco relatada e a compreendi como outra manifestação desse mesmo canto de sereia, capaz de destruir minha função analítica, caso me deixasse levar por ele.

Interpretei, portanto, que, naquele momento, com sua longa descrição do prazer relacionado a tobogãs e águas frescas em dias de verão, A. estava tentando fazer com que ficássemos ali envolvidos na imaginação agradável de cenas desse tipo. Assim procedendo, conseguiria evitar que continuássemos examinando aspectos seus que não gostaria de encarar; essa descrição começara logo após eu ter voltado a mencionar sua própria atração por relacionamentos nos quais ficaria completamente dependente. Em outras palavras, a sereia apareceu como uma parte dele mesmo, tentando, com um canto sedutor, enlear-nos em situações aparentemente agradáveis, mas, na verdade, anuladoras do trabalho que precisávamos fazer ali, ou seja, ajudá-lo a conhecer-se a si próprio, a reconhecer desejos que eram seus e que tendia a atribuir a mim e a lidar com isso.

Depois, relacionei isso com a maneira como, muitas vezes, desenvolvia seu discurso nas sessões, nos moldes expostos na situação transferencial-contratransferencial referida, que lhe descrevi de modo claro e simples. Ele disse que, por vezes, percebia em si uma tendência a deixar ocorrer o que chamou de uma “trincagem” ou “embaralhamento” do assunto sobre o qual estava falando, sem sentir vontade de procurar esclarecê-lo. Afirmou que, na verdade, se divertia com isso. Logo depois, contou que, certa vez, ouvira sua mãe

queixando-se para o marido de que A. era uma criança “enigmática” e de que tinha dificuldades para conhecê-lo realmente. Acrescentou que, na ocasião, isso lhe despertou um secreto prazer. Vimos, então, como procurava reproduzir essa situação na relação comigo. A. prosseguiu dizendo que, ao mesmo tempo, tinha medo de que eu não conseguisse lidar com isso e temia perceber alguma hesitação de minha parte, necessitando-me, segundo suas palavras, “como uma pessoa de princípios definidos”. Disse-lhe que sua atração pelos homens másculos no sonho representava um desejo de aproximar-se e ter para si uma figura masculina que o protegesse da tentação pelo canto da sereia e que ele esperava isso de mim naquele momento; relacionei essa situação com o desejo – manifestado à colega que o encaminhou a mim – de que seu analista fosse do sexo masculino.

Após a análise desse sonho, passei a ter a sensação de compreender, de dentro para fora, por meio de meus próprios sentimentos e reações contratransferenciais, o drama emocional de Ulisses no episódio das sereias. Entendi que precisava manter meus ouvidos abertos para o que A. me dizia, a fim de poder compreendê-lo; mas também necessitava estar protegido de alguma forma para não ser dragado para dentro do seu mundo enigmático e ter, assim, minha capacidade mental e função analítica destroçadas. Fiquei também imaginando que o mastro ao qual Ulisses foi amarrado representaria a identificação com o pai, com o pênis paterno, com o princípio da realidade, que o protegeria da sedução mortífera das sereias. Pensei que A. precisava exatamente conseguir estabelecer dentro de si essa identificação com o pai que o protegeria do objeto materno, sentido como sedutoramente engolfante e destruidor, constituído, em grande proporção, por uma parte dele mesmo que

deseja atacar o pai e suas funções para permanecer dentro de um universo materno, sem o princípio de realidade, conforme se evidenciou durante a análise do sonho referido.

Considere, além disso, que minha reação durante a situação transferencial-contratransferencial relatada, ao “forçar” em minha mente alguma espécie de compreensão e derivar dali qualquer interpretação, poderia, além de alertar-me para esse risco contratransferencial, auxiliar-me a compreender algo importante do mundo interno de A.

Conforme referi, aquelas compreensões e eventuais interpretações eram, na realidade, pensamentos que não visavam a uma verdadeira aproximação, esclarecimento e representação mental da experiência emocional em curso, mas serviam de barreiras contra a angústia de engolfamento e a impotência. Tais barreiras eram construídas com pensamentos forjados e, portanto, falsos, embora também representassem tentativas de manter-me mentalmente “vivo” naqueles momentos.

A partir disso, considere que A. também poderia seguidamente tentar construir, dentro de si, pensamentos e, ao seu redor, situações de vida que seriam equivalentes, quanto à origem e à função, àquelas minhas pseudocompreensões e interpretações.

Nesse sentido, pensei que poderia evidenciar-se em A. uma tendência a utilizar minhas interpretações como objetos mentais idealizados, como “falsos mastros”, para servirem de barreiras contra suas angústias, e não como instrumentos visando ao *insight*. O *insight* e as interpretações que pudessem produzi-lo seriam, então, vivenciados como uma interferência em relação ao desejo de viver em um mundo sem prin-

cípio da realidade, como *o outro perturbador* (o pai e seu pênis), odiado e atacado.

A tentativa de levar esse processo adiante, no sentido de não apenas usar minhas interpretações como barreiras ao verdadeiro *insight*, mas, além disso, de transformar nossa relação terapêutica em um conluio sadomasoquista estéril, ficou mais evidente em outro momento. A certa altura, comecei a perceber que, com frequência, depois que eu lhe oferecia uma interpretação, A. parecia aceitá-la, começando a pensar sobre o que lhe havia mostrado e agregando outras situações de vida que a confirmavam. Porém, à medida que o tempo passava, eu notava que ele começava a dar um tom autoacusatório ao que percebera sobre sua pessoa, passando, então, de forma sutil, mas constante, a criticar-se e a depreciar-se, restando-me a posição de quem lhe fizera não uma interpretação, mas uma acusação. Certo dia, relatou o seguinte sonho: estava em uma sala rodeada de espelhos. De repente, por alguma ação sua, todos os espelhos eram quebrados, e os fragmentos pontiagudos voavam em sua direção; mas A. sabia, no sonho, que não seria ferido, já que a situação fora criada por ele e estava sob seu controle.

Disse-lhe que o sonho evidenciava o que vinha fazendo com minhas interpretações, isto é, com os espelhos que eu lhe propiciava para que pudesse enxergar a si próprio. Ele os destruía e os transformava em fragmentos pontiagudos, que passava, então, a jogar contra si mesmo, criticando-se e desvalorizando-se, mas tudo isso estava sob seu controle, como algo feito, orientado e manipulado por ele e, portanto, já sem o poder de realmente atingi-lo. Assim, em seu mundo interno, procurava anular meu papel analítico e transformar-me em acusador, em uma pessoa que o atacava, ou seja, atribuía a mim seus próprios desejos agressivos.

A reiterada análise de situações como essa deixou evidente que, em níveis mais profundos, A. fantasiava entrar na mente e na vida de sua mãe (na infância, “introduzia-se” concretamente em seus vestidos) e transformar-se na imagem que dela fazia (sereia), a fim de negar suas existências separadas. Nesse mesmo movimento psíquico, procurava também desfazer o que seria o triângulo edípico normal, constituído por pai, mãe e filho, com as necessárias diferenças de sexos e gerações, assumindo o papel da mãe junto ao pai e puxando-o, então, para uma relação mortífera, conforme desejava fazer comigo na situação transferencial-contratransferencial relatada.

Em outros momentos, evidenciava-se uma variante dessa cena sexual destrutiva, na qual, após mais uma vez identificar-se com a mãe, expunha ambos a um terrível ataque por parte do pai. Isso pôde ser inferido a partir do seguinte sonho:

Vejo uma mulher ruiva [como sua mãe e ele] dentro de uma banheira com bichinhos de borracha flutuando na água. Eu a estou olhando da posição em que você me vê quando estou deitado aqui. Aos meus pés está sentado um homem. Ele a imobiliza; está com um facão na mão e percebo que vai cortar o braço direito dela e, no coto restante, enfiar um arpão. Mas acordo antes de ver essa cena.

O significado transferencial do sonho é evidente pela posição a partir da qual descreve estar observando a mulher/mãe com seus bichinhos/bebês. Nesse sentido, pode-se constatar um complexo jogo de identificações projetivas. Assim, A. ocupa meu lugar, enquanto, ao mesmo tempo, se identifica com a mãe (ela tinha cabelos ruivos como os dele e, no sonho, estava deitada na posição em que ele fica em relação a mim); outra parte sua, identificada com

um pai sádico, castra-o (corta o braço) e, na ferida resultante, penetra-o com um pênis destruidor, representado pelo arpão. O sonho possibilitou a análise de vários aspectos ligados a suas fantasias e atuações sadomasoquistas, destacando-se, para os propósitos do momento, suas frequentes tentativas de induzir-me a fazer intervenções que o anulassem e ferissem, equivalentes a uma castração seguida de penetração sádica.

No próximo caso, evidenciam-se a insistência e as motivações inconscientes do paciente no sentido de estabelecer e manter com o terapeuta uma relação fusional, idealizada, isenta de frustrações, contrariedades, agressividade e, em última instância, de quaisquer indícios que significassem a existência de um terceiro perturbador dessa situação por ele mesmo denominada de a “ilha da fantasia”.

B., um paciente do sexo masculino, procurava repetidamente homens que o humilhassem e o maltratassem, inclusive fisicamente. Com frequência, induzia-os a explorarem-no financeiramente. Por ocasião do primeiro pagamento na análise, incluiu o valor de uma sessão a mais, mostrando-se surpreso quando isso lhe foi assinalado e afirmando que não percebera.

Logo após o início do tratamento, instituiu-se uma situação em que funcionava, nas sessões, como um “bom menino”, um “filho paciente”, absolutamente dependente, confiante em mim, esperando que, inclusive, o orientasse em sua vida. Desejava conhecer mais detalhes sobre minha vida pessoal para saber como eu lidava com minha mulher, filhos e amigos, a fim de aprender comigo a ser um homem, já que ele se sentia “um saco vazio”, isto é, sem nada dentro de si. Mostrava-se preocupado

com minha saúde e segurança – exatamente como sempre agira com sua falecida mãe – e desejava nunca me incomodar. Tudo isso era exposto de maneira que não me despertava rechaço, mas sim o risco – perceptível para mim – de “adotá-lo” como um filho pequeno. O “paciente B.”, que praticava rituais homossexuais sadomasoquistas, que se irritava e se magoava com as pessoas, era uma parte sua que aparecia exclusivamente fora da nossa relação. Quando eu apontava essa dissociação, B. dizia temer que eu viesse a repudiá-lo, que me perdesse. Entre outras coisas, apontava-lhe seu temor de que nossa relação não resistisse a eventuais provocações e ressentimentos manifestos por ele em relação a mim; sentia-me, no fundo, como alguém ao mesmo tempo frágil e exigente, a ponto de não suportar nem tolerar algo que não estivesse de acordo com o que supunha fossem meus desejos, o que, na verdade, era uma reação que, eventualmente, percebia em si mesmo.

Mostrei-lhe que trazia apenas *o bom filho* para dentro de sua relação comigo. Por um lado, sentia-se mais seguro, mas, por outro, perdia a possibilidade de deixar aparecer no tratamento seus aspectos que mais o angustiavam, isto é, não podia ter-me como seu analista, assim como jamais conseguira abrir-se realmente com sua mãe, também por temer contrariá-la ou incomodá-la.

B. disse que, certa vez, quando a mãe fazia alguma comida diferente, ele sempre afirmava que estava excelente, mesmo quando não havia gostado. Relacionei isso com um risco que tínhamos na análise, de ele sempre acatar as minhas interpretações, concordasse ou não com elas; ademais, e frisei esse ponto, impedindo o aparecimento de seus aspectos problemáticos na relação analítica, na qual poderiam ser tratados. Além disso, pagando-me sessões que não haviam ocorrido, transformava-me em

um mero explorador, da mesma forma como fazia com outros homens.

De forma gradativa, à medida que examinávamos essas situações – principalmente a dissociação na transferência –, outro conjunto de fantasias foi se evidenciando.

Depois de algum tempo, B. revelou agarrar-se à ideia de que existiriam dois “Raul”. Assim, o “tu”, como em geral me chamava, seria aquele que, em sua fantasia, estabelecia com ele a mesma relação que imaginou ter tido com a mãe e que, a certa altura, chamou de “ilha da fantasia”. O “Raul” aparecia sempre que eu, por qualquer razão – fazendo alguma interpretação, por exemplo –, não correspondia ou desfazia essa “ilha da fantasia” onde deveríamos viver eternamente.

Eu passava, então, a ser visto como outra pessoa, que, em geral, por razões alheias à nossa relação, estaria irritada, incomodada, agressiva e, por isso, desejaria magoá-lo. Certa vez, enquanto relatava uma de suas visitas ao túmulo da mãe, permaneceu longo tempo detalhando tudo o que lhe havia *falado*. Fiquei ouvindo por algum tempo e, a certa altura, percebi que estava escutando quase como se fosse uma conversa entre duas pessoas reais, como se sua mãe estivesse viva. Então lhe disse, sem pensar sobre isso, de um modo espontâneo, como alguém que, de repente, percebe o outro falando sobre algo impossível de ocorrer: “Mas como é que ela vai te ouvir, B.?” Fez um longo silêncio, emocionado, pesado; começou a chorar silenciosamente, assim permanecendo até o fim da consulta. Na sessão seguinte, relatou que, ao sair, sentira, por alguns momentos, uma intensa raiva de mim, mas que, imediatamente, dissera para si mesmo: “Não há razão para me irritar. Quem falou aquilo foi o outro

Raul. E provavelmente falou assim porque se incomodou em casa com a mulher e estava irritado”. Isso, segundo B., logo o deixou aliviado e, mais uma vez, de bem comigo. Na realidade, até onde pude perceber, eu não estava irritado quando lhe disse aquilo, mas desejoso de chamá-lo para a realidade por vê-lo – e, até certo ponto, a mim – tão profundamente mergulhado em sua fantasia de que a mãe estava viva e em seu desejo de tornar-me cúmplice da mesma fantasia, como muitas vezes fazia com seus familiares.

Foi possível compreender e interpretar o fato de que ele insistia em levar-me a renunciar meu papel de terapeuta e ingressar, junto com ele, na “ilha da fantasia”; permanecendo como analista (quando eu era o *Raul*) e deixando de ser o *tu*, eu representava a mãe (o *tu*), que, em vez de permanecer fundido com ele, fora da realidade, se aliava ao pai (o *Raul*) e o excluía, deixando-o abandonado e com raiva.

Após iniciar a análise, B. modificou o trajeto que fazia de carro quando se dirigia para casa, de modo, todo dia, a passar diante do meu edifício, procurando sempre algum indício de minha presença ou ausência. Disse necessitar manter a ideia de que eu estaria lá – inclusive nos fins de semana –, porque temia ter uma crise de angústia, precisar de mim e eu não estar disponível. De fato, em apenas uma ocasião, em uma segunda-feira, telefonou chorando e muito angustiado, pedindo para ter uma sessão o mais breve possível, pois receava perder o controle. Naquele fim de semana, havia procurado homens compulsivamente (um deles o mandou embora dizendo-lhe que não era seu pai), tinha estado muito angustiado e temia não conseguir mais respirar. Isso ocorreu após eu ter-lhe avisado que não o atenderia durante duas semanas no mês seguinte. Atendi seu pedido e ofereci-lhe uma sessão extra naquele mesmo dia, à

tarde, porque não me sentia seguro quanto a sua capacidade de suportar tal angústia. Na sessão, examinamos seu sentimento de abandono e desamparo pelo meu aviso da futura interrupção do tratamento.

Observamos, também, sua necessidade de testar-me para ver se poderia realmente contar comigo em um momento de desespero. Ao mesmo tempo, porém, apontei-lhe como, com tudo isso, ele conseguira alterar nosso acordo de horários, o que talvez lhe propiciasse certo prazer íntimo.

B. resistiu a essa intervenção, recusando-a com polidez; mais adiante no tratamento, porém, a situação criada pôde ser proveitosamente relacionada às ocasiões em que, na infância, conseguia tirar sua mãe da companhia do pai, à noite, e forçá-la a ficar com ele até que adormecesse, argumentando estar com muito medo e falta de ar.

Em outra ocasião, combinamos que me telefonaria para vermos uma mudança de horário de sessão. Quando fez essa ligação – à noite – e foi informado de que eu não estava, devendo retornar apenas mais tarde, ficou bastante desapontado e ansioso. Ao examinarmos tal situação, evidenciou-se que ela havia desfeito outra fantasia mantida em um canto de sua mente, a respeito de minha vida fora do consultório. Imaginava-me sentado na sala, em uma “poltrona do papai”, lendo algum livro sobre psicanálise, enquanto minha mulher ficava na cozinha ou no quarto, e meus filhos, brincando em outra sala. Ou seja, não haveria qualquer interação entre mim e minha família, e eu estaria, em casa, ocupado com assuntos relacionados ao meu trabalho, em última instância, a ele. B. acrescentou que, logo após o telefonema, imaginou que minha mulher é que me forçara a sair,

contrariando meu (suposto) desejo de permanecer em casa. Compreendemos, então, que, em sua “ilha da fantasia”, eu existia só para ele e que, quando esse desejo era contrariado, se protegia, e a nós dois, agarrando-se à ideia de que uma terceira pessoa – no caso, minha mulher – é que fora a causadora disso. Relacionei isso a algo que B. já havia relatado em outra ocasião, a respeito dos pais: sempre imaginou que a mãe detestava a vida sexual e que só a mantinha por exigência do marido. Ao apegar-se a tal ideia, evitava a frustração, o ciúme, a raiva e o sentimento de abandono em relação à mãe quando os pais fechavam a porta do quarto e o deixavam de fora, atribuindo ao pai toda a responsabilidade da situação. Além disso, o comportamento agressivo de seu pai na vida real permitia que B. repassasse para a figura dele todos os seus sentimentos de raiva e desejos agressivos, reforçando, assim, a convicção de que, em casa e na vida, existiria apenas uma pessoa com tais características, ou seja, o pai.

No próximo relato, serão destacadas a tendência à esterilização da relação terapêutica e sua substituição por uma situação sadomasoquista, com suas motivações e angústias correlatas.

C. era solteiro e homossexual passivo. Há muitos anos, procurava parceiros sexuais que apresentassem, conforme percebeu no transcórre da análise, o que descreveu como “um brilho assassino no olhar”. Era o terceiro entre seis irmãos, com menos de dois anos de diferença daquele que o precedia imediatamente. Morava com a mãe, sentindo-a como uma pessoa dominadora e agressiva, que desvalorizara muito o marido. Julgava-se filho de uma gravidez indesejada, achando que, desde o

início, constituiria “um estorvo” para toda a família e que a mãe teria nítida preferência pelos dois filhos mais velhos. O pai era sempre descrito como um homem fraco e emocionalmente ausente do lar. Durante as sessões, com frequência, C. permanecia tecendo interpretações sobre suas situações de vida, utilizando termos psicanalíticos. Demonstrava irritação quando, nesses momentos, eu fazia qualquer tipo de intervenção. Afirmava estar sendo criticado e desvalorizado enquanto apenas cumpria a regra de falar tudo o que lhe vinha à mente. Era, entretanto, evidente sua tentativa de, assim funcionando, negar o quanto precisava de ajuda, colocando-se, pelo contrário, como se fosse um analista expondo algumas teorias para uma plateia que deveria permanecer silenciosa e admirando-o.

Minha intenção, nesse caso, é exemplificar a questão da transformação sadomasoquista da relação. C. tinha sessões de segundas a quintas-feiras e, em uma segunda-feira, relatou o seguinte sonho:

Sonhei que uma “hipopótama” enorme estava sendo “comida” analmente por um pequeno cachorro *dachshund*. Estava sentado, olhando, com a mãe sentada à minha esquerda. Estávamos glacialmente olhando essa cena absurda e impossível.

Prossigui descrevendo detalhes das imagens presentes no sonho, de um modo que nada parecia acrescentar em termos de aprofundamento, expansão ou modificação do material. Repetia-se também em analogias e exemplos que pareciam apenas avolumar o material. A certa altura, percebi-me construindo uma imagem de que o assunto estava inchando cada vez mais, como se fosse uma bola de neve, ao mesmo tempo que me sentia impotente para fazer algo com tudo aquilo. Em meu sentimento, qualquer interpretação seria totalmente

inútil diante daquela profusão de imagens. De repente, ocorreu-me a ideia de que a situação representada no sonho começava a presentificar-se no aqui e agora da relação analítica, no sentido de que o paciente estava funcionando de modo a terminar como uma enorme “hipopótama” diante de mim, enquanto eu me sentia qual um pequeno *dachshund* que, no máximo, conseguiria estabelecer uma relação estéril com ele. Assinalei, então, essa maneira como estava funcionando no momento – algo que não nos era totalmente novo e estranho – e estabeleci a analogia com o sonho.

O paciente pareceu, no início, nem registrar minha intervenção, prosseguindo no funcionamento anterior. Ao mesmo tempo, sentia-me, novamente e cada vez mais, um pequeno cachorro fazendo intervenções estéreis, mas agora também com um crescente sentimento de irritação e vontade de dizer-lhe algo agressivo. Percebi, entretanto, que isso constituiria, na linguagem proposta pelo sonho, uma forma de penetrá-lo analmente. A essa altura da sessão, ele fez uma pausa, dizendo, depois, que lhe passara rapidamente pela cabeça o pensamento de que, talvez, eu, de fato, não conseguisse fazer nada com tudo aquilo que ele estava falando, sentindo certo prazer com isso, mas temendo, ao mesmo tempo, que eu acabasse me irritando.

Disse-lhe que, nesse caso, a imagem presente no sonho se completaria, porque uma parte dele ficaria ao lado da mãe, isto é, com características que atribuiu a ela, olhando-nos estabelecer um relacionamento estéril proposto por ele mesmo. Eu ficaria como um cachorro pequeno demais para lidar com o tamanho do que ele estava falando, e ele, como uma “hipopótama”, prestes a ser agredido por trás, por meio de alguma intervenção irritada de minha parte.

Continuou dizendo que havia passado todo o fim de semana dentro de casa assistindo à televisão, angustiado e solitário, pulando de um canal para outro, por não conseguir encontrar nenhum programa que o agradasse. À medida que discorria sobre isso, constatamos que procurava por algo na televisão que não conseguia definir para si mesmo, mas que, certamente, não estava encontrando. Sugeri, então, que, no seu sentimento, eu o havia abandonado no fim de semana, deixando-o sozinho com suas angústias e trocando-o por minha mulher. Isso o deixara com uma necessidade muito grande de tentar descobrir o que estávamos fazendo juntos, necessidade essa deslocada, de forma infrutífera, para a televisão. Depois, a dor do abandono e a raiva levaram-no, no sonho, a transformar-me em um pequeno cachorro alemão copulando ridícula e esterilmente com minha mulher, convertida em uma “hipopótama”, enquanto ele ficava em casa ao lado da mãe.

C. ficou em silêncio por longo tempo, mas senti que era um silêncio fértil e que, naquele momento, havíamos estabelecido uma relação produtiva. Por fim, contou que o formato da “hipopótama” o fazia recordar a figura da mãe, que era uma mulher gorda e com ancas grandes. Observei, então, que talvez fosse difícil para ele aceitar a ideia de que seus pais – assim como eu e minha mulher – podiam ter relações sexuais, das quais resultaram, inclusive, dois irmãos mais velhos e três mais jovens do que ele, o que o fazia sentir-se – conforme dizia – “o estorvo do meio”. Efetivamente, de uma relação sexual como a que representara no sonho, não nasceriam irmãos de qualquer tipo. C. fez novo silêncio longo e, depois, no último momento da sessão e em um movimento psíquico bastante seu, disse: “Estou pouco cagando para tudo isso, pois nada disso muda a merda de vida que estou tendo”, deixando-me com a desagra-

dável imagem de que ele havia transformado nosso trabalho em fezes e as evacuado para dentro de mim como se eu fosse um sanitário.

Algumas sessões depois, novamente em uma segunda-feira, trouxe outro sonho, em que a transformação da cena sexual parental era ainda maior, levando ao aparecimento daquilo que Melanie Klein<sup>8</sup> chamou de *figura dos pais combinados*, marcantemente ameaçadora:

Sonhei que abria a porta de um apartamento onde esperava encontrar o meu gato, mas, em vez dele, vi inúmeros pequenos cachorros, parecidos com chacais, latindo e mostrando ferozmente os dentes, de uma forma assustadora. Acho que tinham devorado o gato. Fechei a porta rapidamente e fui embora dali.

Associou que, dias antes do sonho, seu gato aparecera em casa com várias lesões pelo corpo, com a perna quebrada e já cheirando a gangrena, sem perspectivas de sobreviver, segundo o veterinário, o que o entristeceu bastante.

C. permaneceu toda a sessão angustiado, desconfiado com o uso que eu poderia fazer de tudo que me contava. Em vários momentos, referiu vontade de voltar-se para trás, a fim de observar como eu estava reagindo. Essa tensão só amainou, parcialmente, quando lhe disse que parecia estar temendo que eu recolhesse tudo o que me dizia, guardasse como quem junta munição e a usasse, depois, para agredi-lo, como os cachorros do sonho ameaçavam fazer. A meu ver, acrescentei que estava subjacente a isso a falta que sentia de mim quando nos separávamos. Nessas ocasiões, uma parte sua experimentava algo equivalente ao que sentira com a morte do gato de

estimação, e outra ficava, por isso mesmo, com muita raiva de mim, desejando agredir-me como fizeram os bichos que feriram seu gato. Na forma como compreendi, dessa vez, a impossibilidade de suportar o sentimento de abandono, o ciúme e a inveja despertados por nossa separação no fim de semana levou-o a conceber minha relação com minha mulher como uma cena em que um de nós devorava o outro de modo violento. Assim, quando ele, ansiosamente, mais uma vez procurava por mim (como no caso da televisão), encontrava múltiplos de outro cachorro, não um *dachshund*, mas um chacal com dentes/pênis terrivelmente ameaçadores voltados contra ele. No sonho anterior, os personagens da cena primária mantêm-se como entidades distintas, mas são atacados tanto individualmente quanto na relação que estabelecem em um nível basicamente anal. Neste último, predomina uma transformação oral sádica, e o casal é confundido em uma única figura persecutória.

As frequentes transformações anais de minhas interpretações e do nosso trabalho analítico, bem como suas consequências persecutórias imediatas, estão representadas também neste sonho posterior:

Eu estava sentado em um banco da praça diante do MARGS, absolutamente sozinho, nem de frente, nem de costas para o museu; era madrugada, escuro. Aproximava-se um mulato de mau aspecto, com jeito de assassino potencial. O insólito é que ele estava recolhendo lixo sobre os bancos, constituído por formas de pênis eretos feitos de merda ressequida. Ele o recolhia com um equipamento daqueles usados para caçar borboletas.

Suas associações giraram em torno de um funcionário do museu, homossexual, que há alguns anos fora assassinado, permanecendo o criminoso impune. Falou também sobre a praça do Museu de Arte do Rio Grande do Sul (MARGS), que, à noite, se transformava, de acordo com suas palavras, em um “deprimente reduto de homossexuais”.

Com o objetivo de tratar exatamente a situação transferencial esterilizadora e sadomasoquista, interpretei a forma como, no sonho e nas sessões, C. transformava algo potencialmente fecundador, isto é, o pênis (assim como as interpretações), em estéreis, desvalorizados e repugnantes bastões fecais ressequidos.

Depois, em virtude disso, passava a temer-me como um assassino potencial, embora outra parte de si percebesse o tratamento – apenas de soslaio naquele momento – como um espaço criativo, simbolizado, no sonho, pelo MARGS.

Mais adiante, pudemos compreender que o equipamento de caçar borboletas representava o desejo de que seus relatos nas sessões (incluindo os sonhos) fossem considerados por mim algo tão atraente e cativante (como borboletas coloridas voando) a ponto de capturar toda a minha atenção e tornar-me, dessa forma, desatento para as transformações anais que ocorriam na relação.

## BREVE REVISÃO DE ALGUNS MODELOS PSICANALÍTICOS DAS PERVERSÕES

Conforme já referido, a análise de pacientes perversos possibilitou a construção de diferentes modelos psicanalíticos acerca da es-

estrutura básica e do processo de desenvolvimento das perversões sexuais. Para alguns, esses distintos modelos denotam diferentes teorias, eventualmente incompatíveis entre si. Para outros, abrangem níveis ou tipos diversos de perversões.

Ademais, de modo gradativo, observou-se que as mesmas situações transferenciais-contratransferenciais, mobilizadas de forma constante e intensa no atendimento desses pacientes, ocorriam também – embora de modo menos contínuo e marcante – durante o tratamento psicanalítico e psicoterápico de pacientes sem perversões sexuais clínicas. Surge, assim, o conceito de *perversão da transferência*, derivada de um aspecto perverso da personalidade, mesmo quando o diagnóstico é o de um quadro neurótico, *borderline* ou psicótico,<sup>2,9-13</sup> e, mais adiante, de *perversão da transferência-contratransferência*.<sup>4</sup>

A delimitação e a conceituação do que constitui a essência dessa situação transferencial-contratransferencial dependem da teoria geral e específica de cada autor, e o que foi exposto no início deste capítulo não foge a tal regra. Em vista disso, serão revisados os principais modelos teóricos psicanalíticos das perversões, com o intuito de situar o leitor e deixar evidentes as influências básicas do que está sendo proposto aqui.

A compreensão de todos esses modelos exige, como ponto de partida, o adequado entendimento do conceito psicanalítico de sexualidade, apresentado por Freud, em 1905. Para tanto, é preciso diferenciar *pulsão* de *instinto*<sup>14,15</sup> e considerar a *concepção ampliada* da sexualidade, defendida pelo criador da psicanálise. O *instinto* costuma ser conceituado como um padrão de comportamento inato, com uma finalidade biológica adaptativa e *invariante* tanto no indivíduo quanto dentro de uma mesma

espécie.<sup>15</sup> Entretanto, com base na descrição de perversões, mas também de fantasias neuróticas e de sexualidade infantil, Freud<sup>16</sup> procurou deixar evidente a peculiar e marcante *contingencialidade* daquilo que conceituou como o *objeto* (a pessoa ou coisa a quem se dirige a atração) e a *meta* (o ato a que a atração conduz) da sexualidade humana. A busca de uma parceria do sexo oposto com fins de união dos órgãos genitais complementares constitui apenas o resultado final de um longo e complexo processo psicológico, sujeito a inúmeros desvios temporários ou permanentes em cada uma de suas etapas.

Tal contingencialidade de objeto e meta diferencia a sexualidade humana de um simples *instinto*, e, por essa razão, Freud a caracteriza como uma *pulsão* (*trieb*, em alemão), cuja essência é mais o aspecto irreprímível de uma pressão por prazer do que a fixidez da meta e do objeto. No caso da pulsão sexual, a escolha final do objeto é determinada por representações psíquicas e identificações que refletem toda a história das relações emocionais do sujeito, sobretudo sua história infantil, e não por um padrão inato invariável.

A *concepção ampliada* da sexualidade afirma seu início desde o nascimento e requer a distinção entre *sexual* e *genital*, pois inclui atividades que nada têm a ver com os genitais. Diferentes zonas e funções corporais proporcionam prazeres (sexuais) que só mais tarde no desenvolvimento são colocados sob a primazia dos genitais.

Na medida em que o desenvolvimento sexual humano não é mais predeterminado como um instinto, surge a questão acerca do que, então, constitui seu organizador nuclear, já que termina orientando-se, na maioria dos casos, em torno da di-

ferença entre os sexos e as gerações, com o primado da genitalidade.

Para Freud,<sup>17,18</sup> esse organizador central é o complexo de Édipo e seu correlato complexo de castração. O acesso à genitalidade e a escolha do objeto sexual na vida adulta dependem, fundamentalmente, da adequada superação desse complexo.

Em sua forma positiva, refere-se ao desejo sexual pelo genitor do sexo oposto e à rivalidade assassina pelo do mesmo sexo. Na negativa, isto é, no *Édipo invertido*, envolve o desejo erótico pelo genitor do mesmo sexo e o ódio ao rival do outro sexo. Seu apogeu ocorre entre os 3 e os 5 anos de idade, em uma fase do desenvolvimento sexual na qual, para Freud, ambos os sexos reconhecem apenas um órgão sexual, isto é, o pênis. Nos meninos, o temor à castração por parte do pai leva a sua dissolução, deixando como resultado um período de latência sexual, bem como a formação do superego, devido à introjeção da autoridade paterna. As meninas, ao constatarem a distinção anatômica entre os sexos, passam a invejar o pênis, culpam a mãe por não lhes haver dado um e passam a desprezá-la por ser também castrada. Abandonam, então, o desejo de ter um pênis e o substituem pelo desejo de um filho. Com esse objetivo, procuram o pai como objeto de amor, passando a sentir ciúmes em relação à mãe e iniciando, assim, o complexo de Édipo positivo.

Mesmo reconhecendo a importância do período anterior à instalação do complexo de Édipo, Freud mantém este como o *complexo nuclear*, o *eixo de referência*<sup>14</sup> estrutural do desenvolvimento psicosexual. A denominação de *pré-edípico* desse período

do antecedente evidencia sua referência ao eixo central edípico.

No caso das perversões e no que diz respeito aos meninos, o conflito entre o desejo sexual pela mãe, de um lado, e o temor à castração por parte do pai, de outro, é resolvido patologicamente mediante certos mecanismos de defesa que possibilitam atender, de forma simultânea, a ambos os lados, evitando, assim, a renúncia à satisfação. Para Freud,<sup>19,20</sup> o fetichismo constitui o protótipo de todas as perversões, ilustrando exemplarmente os mecanismos referidos.

Assim, o fetichista cria um substituto do pênis que falta na mulher, deslocando seu significado para outra parte do corpo ou para algum pertence dela. Com isso, realiza uma desmentida (*Verleugnung*) da ausência do pênis na mulher e, assim, evita seu temor à castração, pois a constatação de um ser humano sem falo representa a confirmação de que este pode ser perdido. Ao mesmo tempo, e em contradição com essa gratificação sexual deslocada, o fetichista confirma seu medo à castração mediante intenso e permanente temor de alguma forma de castigo, substituto da angústia de castração. Considerando que, nas meninas, o temor à castração introduz o complexo de Édipo em vez de dissolvê-lo, ao contrário do caso dos meninos, muito seguidores do modelo freudiano para as perversões questionam a existência de verdadeiras perversões nas mulheres.

Partindo de uma perspectiva apoiada no estruturalismo de Lévi-Strauss e na linguística de Saussure, Lacan<sup>21</sup> propôs uma releitura de Freud, que o conduziu a uma redefinição do complexo de Édipo, descrito em termos de *tempos lógicos*. Para ele, esse complexo é uma estrutura intersubjetiva

que preexiste à criança, pois ela é criada por pais que já o vivenciaram. No primeiro tempo do Édipo, a criança identifica-se *com*, ou seja, é tudo o que falta à mãe, para que esta se considere absolutamente completa. A mãe, por sua vez, sente que, tendo a criança, tem tudo o que lhe faltava. Tendo em vista que, segundo Lacan, *o falo (não o pênis real) é aquilo que aparece no lugar de uma falta*, pode-se dizer que, nesse primeiro tempo do Édipo, a criança é o falo, a mãe *tem* o falo e as duas se vivenciam como uma unidade narcísica completa, na qual a mãe é a origem e portadora de todas as leis.

O complexo de Édipo em Lacan vai, dessa forma, articular-se menos em termos de satisfações instintivas – como é o caso em Freud – e mais a partir do jogo dialético do sentimento narcísico de *ser algo versus apenas ter algo temporariamente*.<sup>22</sup>

No segundo tempo do Édipo, a criança enfrenta o que Lacan chama de “castração simbólica”, devido à intervenção da dimensão paterna. Isso quer dizer que o pai (ou, mais corretamente, a função paterna) promove um corte – uma castração, nesse sentido – ao intervir na relação narcísica mãe-bebê e evidenciar, para a criança, que ela não é tudo o que faltava à mãe e, à mãe, que ela não tem na criança tudo o que lhe faltava. Ou seja, o pai aparece, nesse momento, como um interditor que frustra a criança de sua identidade fálica (imaginária) e priva a mãe do falo. É preciso, porém, salientar que essa função mediadora não está assentada primariamente no pai real, e sim na importância que a mãe atribui a sua autoridade. Após essa “castração”, o menino pensa, a princípio, que o pai é uma

completude absoluta da qual emana toda norma, isto é, que ele é o falo. Ou seja, ele ainda acredita existir alguém a quem nada falta.

Por fim, naquele que constitui o terceiro tempo do complexo de Édipo – correspondente ao seu declínio –, o menino compreende que o pai também não é completo, nem a origem de todas as leis, mas que ele apenas as exerce circunstancialmente, em nome de algo que pertence à cultura, na forma de leis, em cuja base está a proibição de praticar o incesto e às quais o próprio pai também está sujeito.

Essa Lei de todas as leis impõe a diferença entre os sexos e as gerações, regulando, assim, todas as trocas sexuais entre os seres humanos e marcando a distinção entre natureza e cultura. Em outras palavras, nesse terceiro tempo do Édipo, o menino percebe que a mãe não tem o falo, que ele próprio não o é nem o tem, que o pai o tem, mas não o é e que o falo está estabelecido na cultura como uma instituição a partir da qual todos estão castrados simbolicamente. Para que esse processo ocorra em sua totalidade, entretanto, é preciso que a mãe já tenha reconhecido sua castração simbólica e que o pai real também a tenha assumido, percebendo, assim, que não é a Lei, mas apenas a exerce de modo circunstancial.

A essa altura, o menino começa a ver o pai como o objeto de desejo da mãe, pelo fato de ele ter o falo, e passa a cobiçar este último na pessoa em que ele efetivamente está, ou seja, no pai. Essa cobiça o leva a uma identificação com o pai, de acordo com sua natureza anatômica. Devido ao reconhecimento de que ninguém é o falo,

essa identificação não se dá com um ego ideal (uma imagem de perfeição e completude narcísicas), mas com um ideal de ego. Nesse caso, a identificação não é com a pessoa do pai em si, mas com sua posição contingente como suporte de determinada função. Com isso, o menino assume sua identidade como sujeito sexuado, dotado de um só sexo, isto é, incompleto e, portanto, desejante.

Com base nessas proposições, Lander<sup>23</sup> defende que o sujeito humano se constitui mediante experiências pré-edípicas (eixo narcísista) e edípicas (eixo edípico) que deixam suas marcas “gravadas a fogo” (segundo palavras de Lacan) no seu inconsciente. As primeiras são uma relação imaginária, narcísista, dual, fusional com a imagem da mãe, resultando em uma estrutura inconsciente indelével responsável pela organização do tipo de relação objetal, da angústia e das defesas predominantes, bem como do posicionamento diante da castração. A outra relação, com a figura do pai, edípica e simbólica, possibilita a ruptura da primeira e introduz a proibição do incesto, ordenando, assim, as trocas sexuais humanas.

O “ponto de ancoragem da identificação perversa”<sup>24</sup> estaria justamente na passagem do primeiro para o segundo tempo do Édipo, quando o menino já perceberia a inevitabilidade da castração simbólica, mas, ao mesmo tempo, a recusaria, permanecendo fixado em torno da questão de “ser ou não ser o falo”.<sup>21</sup>

A instalação dessa identificação perversa – base de uma eventual posterior estrutura perversa propriamente dita – depende também<sup>25</sup> de um fator indutor

agindo naquele período crucial do desenvolvimento edípico: uma “ambiguidade parental” cuja essência é uma “cumplicidade libidinal da mãe” em sinergia com uma “complacência silenciosa do pai”.

Utilizando esses conceitos, Lander<sup>23</sup> distingue os seguintes passos na constituição de uma verdadeira estrutura perversa:

- a) desmentida da castração da mulher (mãe) ainda na fase fálica do desenvolvimento
- b) clivagem do ego, mantida a fim de possibilitar a aceitação e a recusa simultâneas da castração
- c) fixação em ser (ou não ser) o falo para o outro, como forma de encaminhar a situação gerada pelas defesas anteriores

Com isso, o perverso não se reconhece incompleto, considerando que o outro o é e que, por isso, o deseja. Por essa razão, o gozo fálico é situado pelo perverso nesse outro, que se torna, assim, um simples suporte, e não seu semelhante. Essa montagem perversa é, para Lander,<sup>23</sup> rígida, ou seja, “seu código erótico é petrificado”. Ao mesmo tempo, a clivagem do ego permite uma vida social em grande parte normal, isolada da vida sexual perversa.

As teses do complexo de Édipo como organizador nuclear do desenvolvimento psíquico, bem como de seu correlato complexo de castração, ligado, por sua vez, à ideia do monismo fálico, são centrais na teoria freudiana e amplamente adotadas na releitura lacaniana. Em contrapartida, Chasseguet-Smirgel<sup>3,26,27</sup> postula uma “matriz arcaica do complexo de Édipo”<sup>26</sup> e questiona profundamente a teoria freudiana do monismo fálico.

Para ela, existe um desejo primário, fundamental, arcaico, de retorno exclusivo e total ao útero materno, isto é, de fusão primária com a mãe. Nesse sentido, o interior da mãe representaria o princípio do prazer. Esse desejo primário constitui a mola central da matriz arcaica do complexo de Édipo, originando o desejo de destruir todos os obstáculos que a ele se oponham, representados, em sua origem, pelo pênis do pai, pelos excrementos e pelos bebês no interior do corpo materno, conforme descrito por Klein.<sup>28</sup> Em termos de pensamento, a fantasia é a de retornar a um nível de funcionamento mental em que tudo flua livremente, sem entraves, isto é, um processo primário dominado pelo princípio do prazer, com eliminação total do princípio da realidade. A base da realidade é, segundo Chasseguet-Smirgel,<sup>3</sup> a diferença incontornável entre os sexos e as gerações, que constituem “as duas faces de uma mesma moeda”.

A diferença entre os sexos implica não que a mãe seja castrada (como quer Freud), mas que tem uma vagina e que somente o pênis maior e fértil do pai consegue satisfazê-la, impondo imediatamente o reconhecimento da diferença das gerações. O menino inveja o pai na situação edípica porque já tem um conhecimento da vagina, deseja penetrá-la e percebe que suas “carícias vagas” não são suficientes para isso.

Nesse caso, portanto, o temor à castração é antecedido e, inclusive, pode servir como defesa à humilhante percepção da insuficiência do pequeno pênis infantil infértil.

A teoria de Freud do monismo sexual fálico, de que haveria toda uma fase inicial do desenvolvimento, na qual as crianças

de ambos os sexos reconheceriam apenas a existência do órgão sexual masculino, representaria, para essa autora francesa, uma forma de “apagar uma parte da ferida narcísica, comum à humanidade, resultante da prematuração do filho do homem”,<sup>3</sup> sendo exatamente a “teoria” adotada defensivamente pelos perversos. A prematuração humana cria uma discrepância entre o desejo edípico e a capacidade de realizá-lo, fazendo, de forma defensiva, a criança negar seu “saber inato animal”<sup>3</sup> sobre a existência do pênis e da vagina.

Dentro de um desenvolvimento sexual normal, o menino reconhece a existência da vagina e acaba aceitando a dimensão paterna e genital, procurando alcançá-la mediante a identificação com o pai, que tem como seu núcleo a introjeção do pênis genital. Isso implica a capacidade de tolerar a postergação da gratificação, bem como de aceitar objetos e satisfações simbólicas. Tal aceitação envolve, também, o reconhecimento de que a realidade como um todo é feita de diferenças, implicando a passagem da homogeneidade para a heterogeneidade.

O aspecto central da perversão é constituído, segundo Chasseguet-Smirgel, por uma forma específica de tentar abolir justamente a diferença entre os sexos e as gerações, com o objetivo de evitar a renúncia da gratificação imediata do desejo primário de fusão com a mãe e contornar o reconhecimento da insuficiência do pequeno pênis infértil.

Essa busca de uma *via curta* envolve o emprego básico de dois mecanismos:

- a) Regressão à fase sádico-anal, com o objetivo de usar seus componentes como

“uma espécie de rascunho e de paródia da genitalidade”,<sup>26</sup> o que possibilitaria igualar-se imediatamente ao pai e a seus atributos, sem necessitar reconhecer e introjetar seu pênis para evoluir até a genitalidade. Com isso, o bastão fecal, a separação das fezes e a produção destas substituem, respectivamente, o pênis genital, a castração fálica e a procriação. O excremento no reto, por sua vez, mimetiza o coito parental. *Essa é a forma de desmentida à genitalidade e a origem do pênis fecal na visão da autora.*

- b) Idealização de pulsões, zonas erógenas e objetos da fase sádico-anal, permitindo que eles não sejam reprimidos e tornando a regressão egossintônica.

A desmentida psicótica é efetivada por meio de uma regressão narcísica, que simplesmente elimina o reconhecimento da realidade e a substitui pela alucinação e pelo delírio. A desmentida perversa, por sua vez, ocorre mediante a regressão e a idealização de elementos que não deixam de ter certa realidade – na medida em que fazem parte de uma fase real do desenvolvimento (sádico-anal) –, embora usados aqui com fins defensivos, como paródias da genitalidade.

Meltzer<sup>2,29</sup> e Meltzer e Harris<sup>30</sup> desenvolveram seu modelo para as perversões procurando integrar: a) contribuições de Klein<sup>31</sup> – principalmente no que tange ao complexo de Édipo pré-genital, à cena primária arcaica (centrada na *figura dos pais combinados*) e ao papel da agressão no desencadeamento da angústia; b) Freud<sup>32</sup> – quanto à sexualidade infantil perverso-polimorfa, ao complexo de Édipo e à cena primária fálica; e c) Bion<sup>6</sup> – no que se refere à função continente materna e ao desejo de conhecer como um vínculo básico, ao lado do amor e do ódio.

É importante frisar que, seguindo Klein quanto ao complexo de Édipo precoce, Meltzer refere-se sempre a um período edípico pré-genital, recusando a existência de um período pré-edípico, como propõe Freud. Para ele, a cena primária, isto é, a fantasia da criança relativa às relações sexuais entre os pais enquanto ela está sozinha, é a fantasia central de todo o desenvolvimento sexual, envolvendo, desde muito cedo, uma *pré-concepção*<sup>6</sup> da cópula como um ato essencialmente criativo.

Em seu centro se encontra o *objeto combinado*, ou seja, em um nível de objetos totais, o pai e a mãe, mas, em um plano de objetos parciais, o seio e o mamilo, por exemplo, na medida em que este último é vivenciado exercendo funções de regulação e limite ao desejado fluir irrestrito do leite. É evidente que todas as defesas da criança procuram evitar que se instale tal combinação, provocadora de intensos sentimentos de frustração, inveja, ciúme, exclusão, entre outros. A criança deseja participar dessa cena com sua parte infantil tanto masculina como feminina (ambas presentes em todos os seres humanos, como afirma Freud) e, ao mesmo tempo, desenvolve fantasias que a deixam muito insegura e ansiosa quanto à bondade ou à maldade da relação sexual entre seus pais.

O aspecto essencial da sexualidade vivenciada como boa vincula-se com a concepção de que tal cena tem relação com fazer bebês. Envolve uma identificação com pais bons cuja função é gerar e cuidar de bebês. Na sexualidade adulta, predomina o desejo de identificação introjetiva com esses pais e suas funções, transformando-os em um ideal de superego inspiracional. No estado sexual infantil, polimorfo (que Meltzer, de forma diferente de Freud, diferencia do estado perverso), o ciúme e a

rivalidade edípicas geram o desejo de in-trometer-se nessa cena prazerosa e criativa mediante uma identificação projetiva, para evitar a renúncia aos objetos e às gratificações que a constituem.

Nas perversões, o desejo da criança é participar daquilo que, para ela, é a sexualidade má, na qual o amor e a criatividade são substituídos pelo sadomasoquismo. O aspecto essencial da cena primária é, nesse caso, a concepção de que ela serve para matar bebês, função essa realizada, na fantasia, por um pênis equacionado a fezes más e carregado de intenso sadismo oral.

A formação das perversões depende, porém, de outros dois fatores, que, segundo Meltzer e Harris,<sup>30</sup> não foram adequadamente apreendidos nem, portanto, conceitualizados por Freud e Klein: a distinção entre receptividade e passividade e o negativismo. A passividade consiste na substituição do desejo de receber algo de alguém, isto é, da receptividade, pelo anseio de ser apenas o objeto submisso dos impulsos de um outro. Com isso, as consequências e as responsabilidades de determinado ato são atribuídas ao outro, embora, na verdade, a pessoa nele envolvida esteja sempre implicada em ambas as partes, ou seja, na sádica e na masoquista. No papel passivo, ela estará, inevitavelmente, tanto no lugar da mãe, participando de uma cena sexual destrutiva, quanto no da criança a ser morta.

O negativismo, por sua vez, é um derivado complexo da inveja e compreende tanto a desvalorização, o rechaço e a destruição do coito parental amoroso e criativo como sua substituição e a idealização de algo que constitui o inverso de tudo o que ele significa. Segundo as palavras de Meltzer:<sup>2</sup>

[o negativismo] não se satisfaz em recusar: precisa fazer o oposto. “Mal, seja o meu Bem!” é o seu lema e, sob essa égide, quer criar um mundo que é negativo em relação a tudo na natureza, no reino dos bons objetos.

Todo o processo perverso é consequência, para esse autor, de uma inadequação entre a cisão e a idealização primárias dos aspectos bons e maus do objeto e do *self*, o que Klein postula como um pré-requisito para o desenvolvimento psíquico normal. Tal defeito estrutural impossibilita a distinção entre a dor infligida por um objeto com más intenções e aquela que não pode ser evitada por outro, com uma motivação boa, estabelecendo, por exemplo, limites ao desejo.

Além disso, os aspectos bons e maus do objeto e do *self* nunca ficam a uma distância suficiente para permitir que partes boas se conjuguem entre si sem interferências. Pelo contrário, existe sempre a sensação de que uma terceira parte, interna ou externa, com más intenções, está interferindo e atacando qualquer tentativa de união entre aspectos bons do *self* e do objeto. O ataque dessa terceira parte (formada por uma fusão dos aspectos maus do *self* e do objeto) é realizado de três formas: sedução, com propostas de prazer, ameaças de violência e propaganda contra os objetos bons. É crucial destacar que, para Meltzer e Harris,<sup>30</sup> essa inadequada cisão e idealização primária derivam de uma insuficiência na capacidade materna de continência<sup>6</sup> das partes rechaçadas do *self* da criança.

McDougall<sup>33,34</sup> também examina detidamente o papel da cena primária nas estruturas perversas e, da mesma forma que Meltzer, deriva essa importância de motivações mais profundas, anteriores ao complexo de Édipo, embora a partir de uma perspectiva teórica distinta.

Para McDougall, os perversos reinventam e idealizam uma nova cena sexual a partir de elementos da sexualidade infantil, encenando-a de modo incessante e compulsivo como defesa maníaca contra o medo mais fundamental de serem absorvidos e destruídos por uma figura materna primitiva e mortífera, própria das fases oral e anal. Nesse sentido, tais *neossexualidades*, conforme as denomina, constituem técnicas de sobrevivência psíquica, preservando o sentimento de identidade psíquica e sexual.

McDougall<sup>34</sup> tem dado crescente ênfase a essa tentativa autocurativa dos desvios sexuais – dentro do que considera um “ponto de vista mais construtivo acerca da significação e do propósito subjacentes aos sintomas”. O ciúme edípico e a angústia de castração fálica constituem apenas a superfície visível dessa angústia mais profunda, na medida em que estão vinculados ao uso defensivo que está sendo feito da sexualidade. Segundo essa autora:<sup>34</sup>

[...] os fatores decisivos que mobilizam e determinam o estatuto de um desvio sexual ulterior ocorrem na fase edípica; a infraestrutura deste resultado começa a organizar-se a partir da primeira relação com o seio.

Por fim, a partir de uma perspectiva da psicologia do ego, Stoller<sup>35,36</sup> enfatiza especificamente a importância etiológica do fator externo em seu modelo da perversão. Segundo ele,<sup>35</sup> o que caracteriza essa “forma erótica de ódio” é uma fantasia, consciente ou inconsciente, de ferir o objeto para vingar-se e triunfar sobre uma experiência traumática real da infância, vivenciada como uma humilhação. Essa fantasia é atuada com mais frequência, mas pode também permanecer apenas como imaginação, e sempre contém tanto a his-

tória da experiência traumática real quanto a reação do indivíduo a ela.

A necessidade de realizar o ato perverso sob condições de risco, que Stoller considera um componente essencial desses quadros psicopatológicos, deriva, para ele, do fato de a pessoa precisar reaproximar-se da temida situação infantil, enquanto, ao mesmo tempo, a mantém sob controle, já que, dessa feita, é fruto de sua própria iniciativa e fantasia.

Assim, para Stoller, os três elementos essenciais desse modelo da perversão são a hostilidade (no sentido de desejar ferir o objeto), o risco e a transformação de um trauma infantil em um triunfo adulto.

Stoller denomina “aberrações” todas as formas de comportamento sexual diferentes daquelas consideradas normais dentro da cultura em que ocorrem. Quando, porém, tais aberrações não são determinadas pela fantasia hostil específica referida anteriormente, ele as classifica como “variantes” sexuais, e não como perversões.

Para finalizar, apresentaremos o modelo teórico subjacente à situação transferencial-contratransferencial perversa delimitada e conceituada no início deste capítulo, derivada, principalmente, das contribuições teóricas de Meltzer, Bion, Chasseguet-Smirgel e McDougall.

## **A PERVERSÃO COMO UMA ESTRUTURA CONSTRUÍDA EM DOIS TEMPOS**

O modelo a ser proposto supõe a participação complementar e transsignificante de

dois núcleos gravitacionais, ou registros organizadores do desenvolvimento psíquico, de igual importância, mas com implicações distintas, constituídos, sucessivamente, pela relação mãe-bebê (com o pai na mente da mãe) e pelo complexo de Édipo genital (envolvendo o pai, a mãe e a criança como objetos diferenciados). Esses dois núcleos funcionam de modo permanente, em interação mútua.

Além disso, diversamente de Freud ou Klein, considero que nenhum deles tem, *a priori*, uma importância organizadora maior do que o outro no desenvolvimento psíquico. O predomínio de um em relação ao outro depende de fatores inatos e ambientais individuais.

Como consequência, da mesma forma que Meltzer e McDougall, sugiro para a perversão uma origem em dois tempos.

No primeiro registro (eixo narcísico), encontramos como elemento nuclear a deficiência de um objeto interno continente, nos moldes conceituados por Bion.<sup>6</sup> No segundo (eixo sadomasoquista), temos o confronto com a relação sexual parental prazerosa e fértil e sua representação distorcida, conforme as descrições de Meltzer<sup>2</sup> e, principalmente, de Chasseguet-Smirgel,<sup>26,27</sup> denominada, por mim, de *simulacro negativo*. Simulacro significa disfarce, falsificação, arremedo e, eventualmente, idolatria, mas também exercício ou experimentação para tentar resolver algum problema.<sup>37</sup> A qualificação de *negativo* refere-se à transformação da cena sexual prazerosa e fértil em sadomasoquista estéril. Esses dois fatores agiram em série complementar, de modo que a maior intensidade de um exigiria menor presença do outro, embora ambos estejam sempre presentes.

Nos dois registros, haveria a participação de fatores constitucionais e ambientais, mais uma vez funcionando em série complementar. Assim, em relação à deficiência de um objeto interno capaz de conter angústias mais intensas, esses fatores seriam constituídos, respectivamente, pela inveja primária<sup>38</sup> na criança e pela incapacidade de *rêverie* materna.<sup>6</sup> O confronto com a relação sexual parental, por sua vez, também pode ser complicado por fatores constitucionais, como, por exemplo, excessiva agressividade inata, ocasionando, por projeção, versões muito distorcidas da cena primária, cujo exemplo mais acentuado é a “figura dos pais combinados”, descrita por Klein.<sup>8</sup> O componente externo pode ser representado por um tipo de comportamento sexual parental que contribui para transformar a privacidade do quarto conjugal naquilo que Meltzer e Harris<sup>30</sup> descreve como uma fortaleza, escondendo, de forma sádica e onipotente, o segredo do poder, ou então o exibindo abertamente, para humilhar aqueles que dele não partilham.

O processo perverso em si poderia, então, ser descrito esquematicamente deste modo: a inevitável constatação da cópula parental prazerosa e criativa provoca o aparecimento de angústia, devido ao conflito entre a excitação, a admiração e o desejo de conhecer,<sup>6</sup> por um lado, e a frustração, o sentimento de abandono e exclusão, o ciúme, a inveja e a curiosidade intrusiva,<sup>29</sup> por outro.

Evidencia-se uma incapacidade de suportar e elaborar essa angústia, em virtude de um déficit de continência mental, resultante de dificuldades na relação inicial com a mãe. Tais dificuldades iniciais impediram a introjeção e a identificação adequadas com um objeto continente, gerando uma tendência, compensatória e defensiva, à projeção maciça para dentro do objeto materno, como se a carência de

um endoesqueleto levasse à necessidade de proteger-se com um exoesqueleto.<sup>39</sup>

Esse fator, associado ao ódio, desencadeia uma transformação da cena sexual em algo estéril e destrutivo, objetivando abolir a frustração, o sentimento de abandono, o ciúme e a inveja. Esse, a meu ver, é o *ponto de viragem* para o simulacro negativo, construído essencialmente a partir de elementos anais examinados em detalhes por Chasseguet-Smirgel.<sup>26</sup>

Constitui o âmago da fantasia perversa e, no caso de qualquer forma de perversão estruturada, representa a base inegociável, a cláusula pétreia de sua constituição sexual. Pode ser encontrado, também, em indivíduos não perversos, mas, nesses casos, não apresenta as características rígidas e compulsivas apontadas em relação às perversões estruturadas. Sublinho, mais uma vez, que tal transformação sadomasoquista necessita sempre ser pensada em relação a sua outra parte complementar, constituída pela deficiência de um objeto interno continente. É sob esse vértice que compreendo a observação de McDougall<sup>33,34</sup> quanto às *neosssexualidades* como verdadeiras técnicas de sobrevivência psíquica, e, a meu ver, isso nos auxilia a não considerarmos as perversões apenas como uma agressão em si, como um dado último, sem qualquer motivação subjacente, o que facilmente pode degenerar para uma atitude negativa ou moralista em relação ao paciente. Revela-se, aqui, o componente defensivo de tais estruturas, abrindo-se, ao mesmo tempo, possibilidades para uma compreensão mais ampla, não só da forma como também dos motivos para tal defesa.

O processo em exposição tem, ainda, outros movimentos que complementam os anteriores. A transformação sadoma-

soquista esterilizante do coito parental e a identificação projetiva com um dos componentes da cena reinventada geram, por sua vez, novas angústias, principalmente paranoides (temor à retaliação vingativa), claustrofóbicas (apontadas por Meltzer<sup>29</sup>) e depressivas (relacionadas aos ataques ao coito parental fértil e seus produtos). Estas últimas se tornam particularmente agudas nos momentos em que o perverso tenta sair de dentro do simulacro anal, pois isso o leva a defrontar-se com as consequências (muitas vezes reais) de tais ataques.<sup>29</sup> Surgem, então, novas defesas, secundárias em termos de localização ao longo do processo, mas nem por isso menos importantes e necessárias. Assim, há maior ou menor dissociação do núcleo perverso em relação à personalidade total, permitindo que, junto com a vida sexual perversa, exista um funcionamento pessoal, familiar e social mais ou menos integrado e bem adaptado. Ademais, como assinala Chasseguet-Smirgel,<sup>26,27</sup> ocorre uma crucial idealização dos elementos anais constitutivos do *simulacro negativo* da cópula parental, para que possam não só superar a barreira da repressão como ser valorizados e desejados.

Em uma sessão terapêutica, a cópula parental criativa é representada pela união fecunda de pensamentos do paciente e do terapeuta (geradora de *insights* e de interpretações), pelo vínculo fértil entre a parte do paciente que deseja e reconhece a necessidade de ajuda com a parte do terapeuta que se dispõe a tratar, ou pela fidelidade deste último ao *setting* psicoterápico, vivenciado como representante da ordem paterna.<sup>40</sup>

Todos esses vínculos criativos tendem a gerar as angústias, os ataques e as defesas perversas expostos anteriormente,

responsáveis pela situação transferencial-contratransferencial descrita e ilustrada clinicamente neste capítulo.

Para finalizar, o grande desafio no tratamento desses pacientes é ajudá-los a resgatar a criança perdida dentro do simulacro negativo do mundo constituído pelo universo anal, auxiliando-os a, lentamente, ampliar a capacidade mental de encarar e

suportar a realidade das diferenças entre o *self* e o outro, entre os sexos e entre as gerações. Em outras palavras, a suportar a inevitável incompletude e finitude de todos os seres humanos, que nos leva a ansiar por outro ser humano complementar e a buscar algum sentimento de continuidade, gerando filhos, ideias, instituições, obras de arte, trabalhos científicos, e assim por diante.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. É importante manter uma distinção entre a “parte perversa”, ou “dimensão perversa” da mente humana, e a *perversão clínica* propriamente dita.
2. Na perversão, existe uma pressão constante para que haja só uma mente para os dois participantes da relação terapêutica, isto é, de que uma das mentes seja independente e a outra seja um mero apêndice da primeira, existindo para acolhê-la, referendá-la e admirá-la incondicionalmente.
3. Na perversão, há uma tentativa contínua de tornar improdutiva e estéril a potencialidade criativa da relação terapêutica, por meio de sua substituição por uma relação sadomasoquista, erotizada e idealizada. A presença da transformação sadomasoquista idealizada é imprescindível para a caracterização do fenômeno da perversão.
4. Nas perversões masculinas (as que predominam), há um conflito entre o desejo sexual pela mãe e o temor à castração por parte do pai, que se tenta resolver de forma patológica por defesas que possibilitem atender, ao mesmo tempo, a ambos os lados, evitando a renúncia à satisfação. Para Freud, o *fetichismo* constitui o protótipo de todas as perversões, ilustrando esses mecanismos.
5. O aspecto central da perversão envolve uma forma específica de tentar abolir a diferença entre os sexos e as gerações, a fim de evitar a renúncia da gratificação imediata do desejo primário de fusão com a mãe e contornar o reconhecimento da insuficiência do pequeno pênis infértil.
6. A *cena primária* (a fantasia da criança quanto às relações sexuais parentais enquanto excluída delas) é a fantasia central de todo o desenvolvimento sexual, envolvendo, desde muito cedo, uma *pré-concepção* da cópula como um ato essencialmente criativo.
7. Os perversos reinventam e idealizam uma nova cena sexual, a partir de elementos da sexualidade infantil, encenando-a compulsivamente como defesa contra o medo de serem absorvidos e destruídos por uma figura materna primitiva e mortífera, própria das fases oral e anal.
8. As *neosexualidades*, como as perversões são às vezes denominadas, constituem técnicas de sobrevivência psíquica, preservando o sentimento de identidade psíquica e sexual da pessoa afetada.
9. Há três elementos essenciais na perversão: a hostilidade (no sentido de desejar ferir o objeto), o risco e a transformação do trauma infantil em um triunfo adulto.
10. Na perversão, desencadeia-se uma transformação da cena sexual em algo estéril e destrutivo, objetivando abolir a frustração, o sentimento de abandono, o ciúme e a inveja, o que é *ponto de viragem* para um *simulacro negativo*, construído, essencialmente, a partir de elementos anais.

## REFERÊNCIAS

1. Green A. Narcisismo de vida, narcisismo de morte. São Paulo: Escuta; 1988.
2. Meltzer D. Estados sexuais da mente. Rio de Janeiro: Imago; 1979.
3. Chasseguet-Smirgel J. Ética e estética da perversão. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
4. Ogden TH. O sujeito perverso da análise. Revista de Psicanálise da SPPA. 1997;4(3): 487-509.
5. Ferro A. A psicanálise como literatura e terapia. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
6. Bion WR. Os elementos da psicanálise; o aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Zahar; 1966.
7. Kernberg OF. Agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
8. Klein M. Situações de ansiedade infantil refletidas em uma obra de arte e no impulso criador. In: Klein M. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago; 1996.
9. Joseph B. O paciente de difícil acesso. In: Joseph B. Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph. Rio de Janeiro: Imago; 1992. p. 85-96.
10. Joseph B. O vício pela quase morte. In: Joseph B. Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph. Rio de Janeiro: Imago; 1992. p. 133-43.
11. Etchegoyen RH. Perversión de transferencia: aspectos teóricos y técnicas. In: Grinberg L. Prácticas psicoanalíticas comparadas en las psicosis. Buenos Aires: Paidós; 1977. p. 58-83.
12. Etchegoyen RH. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
13. Steiner J. Relações perversas entre partes do self: um exemplo clínico. In: Barros EMR, organizador. Melanie Klein: evoluções. São Paulo: Escuta; 1989.
14. Laplanche J, Pontialis JB. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
15. Laplanche J. Freud e a sexualidade: o desvio biologizante. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
16. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1905. v. 7.
17. Freud S. Um tipo especial de escolha de objeto feito pelos homens. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1910. v. 11.
18. Freud S. A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1923. v. 19.
19. Freud S. Fetichismo. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1927. v. 21.
20. Freud S. A divisão do ego no processo de defesa. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1940. v. 23.
21. Lacan J. Os três tempos do Édipo I e II. In: Lacan J. O seminário: livro 5 - as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999. p. 185-220.
22. Bleichmar H. Introdução ao estudo das perversões: teoria do Édipo em Freud e Lacan. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
23. Lander R. ABC de Lacan. In: Congresso Latino-Americano de Psicanálise 22; 1998; Cartagena das Índias. Material de apoio para o curso.
24. Dor J. Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
25. Dor J. Estrutura e perversões. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
26. Chasseguet-Smirgel J. As duas árvores do jardim. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
27. Chasseguet-Smirgel J. Sadomasochism in the perversions: some thoughts on the destruction of reality. J Am Psychoanal Assoc. 1991;39(2):399-415.
28. Klein M. A psicanálise de crianças. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
29. Meltzer D. Claustrom: una investigación sobre los fenómenos claustrofóbicos. Buenos Aires: Spatia; 1994.

30. Meltzer D, Harris M. *Adolescentes*. Buenos Aires: Spatia; 1998.
31. Klein M. O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas. In: Klein M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
32. Freud S. História de uma neurose infantil. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1918. v. 17.
33. McDougall J. *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
34. McDougall J. *As múltiplas faces de Eros*. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
35. Stoller RJ. *Perversion: the erotic form of hatred*. New York: Pantheon Books; c1975.
36. Stoller RJ. The term perversion. In: Fogel GI, Myers WA, editors. *Perversions and the near-perversions in clinical practice: new psychoanalytic perspective*. New Haven: Yale University; 1991. p. 36-56.
37. Ferreira ABH. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; c1986.
38. Klein M. Inveja e gratidão In: Klein M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
39. Bion WR. *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago; 1973.
40. Green A. *Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago; 1990.

## LEITURAS SUGERIDAS

---

- Green A, Hoory LL. O complexo de castração. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
- Laplanche J. *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes; 1992.

## ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE PSICOSSOMÁTICO

Marília Aisenstein

Dependendo de como psique/soma é visto, como singular ou dual, podem-se construir diferentes sistemas explicando o homem e o mundo, a vida e a morte. De um ponto de vista estritamente freudiano, o surgimento do pensamento deu-se pela visão de um cadáver que era, ao mesmo tempo, amado e odiado, provocando o pensamento duplo: “ele pode partir” e “quero mantê-lo como está”. Traços desse conflito inicial permitem que o pensamento tenha algo de imortal, abrindo caminho para a especulação sobre morte e vida, vida que dura mais do que uma geração.

As descobertas da psicanálise oferecem, em meu ponto de vista, uma solução perfeitamente convincente e única ao famoso problema mente/corpo, o dualismo psique/soma.

Ao transferir a dualidade psique/soma para a dualidade das pulsões, a psicanálise estabelece a origem do processo de pensamento no conflito inicial. A própria definição de pulsões – um processamento físico de uma excitação somática sexual – confirma, nas duas teorias das pulsões, um paralelo psicofísico para o qual Freud chamava a atenção já em 1891.

Os seres humanos são “psicossomáticos”: se todo pensamento é, como escreveu Tertuliano (150 a.D. a 220 a.D.), um “ato da carne”, toda dor e todo prazer também são atos psíquicos.

A descrição freudiana da alucinação do prazer como uma expectativa e uma distância necessárias para o desejo é um sinal disso. O campo que poderíamos chamar hoje de prática psicossomática (a abordagem psicanalítica de pacientes que sofrem de transtornos somáticos) não foi discutido por Freud, embora ele tenha lançado seus fundamentos.

Em *Além do princípio do prazer*,<sup>1</sup> um ensaio que inaugurou o segundo dualismo pulsional, desse modo instituindo a segunda tópica, Freud, após diferenciar traumas “puros” de orgânico-lesionais, observou que a existência de uma lesão circunscrita parecia proteger o indivíduo do surgimento de uma neurose traumática. Nesse texto, Freud discute o efeito drástico de uma doença somática dolorosa sobre a distribuição e as modalidades da libido.

A violência do trauma mecânico libera uma fração de excitação que é ainda mais desorganizadora, na medida em que não houve preparação para ela por ansiedade. Entretanto, a ocorrência de uma le-

são física pode permitir uma incorporação do excesso de excitação por meio de uma “hipercatexia narcísta” do órgão afetado. Com base nessas observações, Freud considera que sintomas mentais patognomônicos, como melancolia ou mesmo demência precoce crônica, podem desaparecer temporariamente durante um transtorno orgânico intercorrente.

Essa discussão fornece um ponto de partida para nossa atual abordagem psicossomática.

## UM DESENVOLVIMENTO LÓGICO DA PSICANÁLISE: A ESCOLA PSICOSSOMÁTICA DE PARIS

Ainda que a percepção de saúde em termos de um equilíbrio psicossomático tenha sua origem na medicina hipocrática, a corrente de pensamento subjacente à Escola Psicossomática de Paris origina-se da descoberta do método psicanalítico.

Este não é o lugar para entrarmos na história de sucessivas teorias psicossomáticas, mas gostaria de salientar que nossa perspectiva psicossomática é fundamentalmente um resultado lógico da psicanálise; até afirmaria que, de alguma forma, ela é sua culminação.

Ao enigma psique/soma, Freud propôs uma resposta notável que eu resumiria da seguinte maneira: a confrontação não é entre o corpo e seus impulsos, por um lado, e a psique e seus desejos, por outro; antes, forças contraditórias podem entrar em conflito em um único local somático.

Em seu ensaio de 1910, *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão*, Freud<sup>2</sup> propôs a ideia de um órgão forçado a servir, de modo simultâneo, a dois senhores; é esse conflito que dá significado a um sintoma orgânico. Vale mencionar que esse texto tem uma condição especial: visto que o modelo de pesquisa do período era o da neurose, Freud escreveu pouco sobre psicogênese. A conversão histerica transforma o corpo em linguagem, os sintomas contam uma história inconsciente, e toda atividade mental encontra sua fonte na libido erótica. A questão de psicogênese *versus* organogênese, portanto, não é uma questão verdadeiramente psicanalítica.

Além disso, uma abordagem estritamente etiológica, acredito, seria sempre reducionista. Quando confrontado com o quadro clínico de histeria, Freud preferiu desconsiderar o tabu em torno do componente psíquico de certos transtornos e o fez de uma forma que ilustra a importância vital do sexual – e, conseqüentemente, do corpo – na constituição do psíquico.

Os sonhos, o caminho real para a ciência analítica, podem apenas ser entendidos com referência ao sono de determinado indivíduo. Os sonhos integram estimulações somáticas exógenas e endógenas na elaboração de um processo psíquico, visando primariamente ao sucesso de uma função fisiológica, ou seja, a busca do sono. O interesse da psicanálise nos sonhos mostra a importância da dimensão somática em todo trabalho psíquico. Ainda que a psicanálise tenha iniciado em oposição ao pensamento médico e neurológico do século XIX, ela está, todavia, intrinsecamente ligada à fisiologia. O tratamento psicanalítico de pacientes sofrendo de transtornos somáticos é, desse modo, um retorno às próprias fontes da busca psicanalítica.

Nesse ponto, farei referência ao modelo teórico elaborado pela Escola Psicossomática de Paris (Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Michel Fain, Christian David),<sup>3</sup> iniciado na década de 1950.

Após estabelecer a unidade psicossomática do ser humano e o princípio da economia, essa abordagem permite que fenômenos físicos e somáticos sejam entendidos como o somatório de interações dinâmicas que são o objeto de movimentos de organização e desorganização. Mesmo não tendo qualquer significado simbólico, o transtorno somático pode ser parte de uma economia geral na qual a psique é tanto testemunha quanto reguladora.

Nesse modelo, impulsos instintuais têm sua fonte em excitações corporais. O papel destas é lidar com as tensões assim criadas. Se a soma de excitações continua sendo excessiva, os sistemas funcionais tornam-se desorganizados, e o aparato mental, sobrecarregado, deixando o caminho aberto para a somatização. As noções de desorganização, fixação e regressão são, por extensão, centrais nessa concepção extremamente coerente, complexa e difícil de resumir.

Iniciarei salientando que Pierre Marty e colaboradores de várias disciplinas – neurocirurgia, gastroenterologia, medicina interna e psicanálise – ficaram perplexos com a ausência de qualquer sintomatologia mental no curso de uma doença somática. Essa observação tem ligação com um comentário de Freud,<sup>1</sup> que, em 1920, referiu-se a uma “cura psíquica” durante uma doença física intercorrente. A “distribuição de libido deve estar envolvida”, ele observa. Por essa observação, pode-se deduzir o papel protetor que os sistemas de

defesa mental, sejam eles neuróticos, sejam eles psicóticos ou perversos, podem desempenhar. Sua insuficiência ou ausência abre caminho para uma excitação somática que não pode ser elaborada pela psique.

Em psicoses organizadas, bem como em estruturas neuróticas bem estabelecidas do tipo que nós todos temos, a doença física perturba o sistema habitual defensivo, como resultado do retraimento da libido e de sua necessária transformação em uma libido narcisista.

Em contrapartida, há uma série completa de organizações psíquicas mal estruturadas causadas por deficiências ou trauma precoce. Nesses casos, traços de caráter ou adesão a valores narcisistas substituem defesas estritamente mentais. O refúgio em uma solução somática é frequente; isso causa curtos-circuitos em qualquer elaboração psíquica, como nos *acting outs* de pacientes *borderline*.

Esse fenômeno é o que foi descrito como “alexitimia” (por Sifneos e Namias, nos Estados Unidos) e como “pensamento operatório”, ou “funcionamento mecânico” (por P. Marty e M. de M'Uzan, na França).

Em contextos diferentes, os dois termos referem-se à mesma entidade clínica, isto é, uma ausência de sintomas mentais, uma falta de afeto e de ansiedade e um pensamento que é mais objetivo do que metafórico, como se suprimido de um sistema de representações.

Estamos falando, aqui, de um novo campo que dá à psicanálise maior âmbito de ação, mas, ao mesmo tempo, impõe o uso de diferentes parâmetros técnicos.

Seguindo o pensamento de Winnicott, eu diria, em relação às implicações

técnicas, que a prática da psicanálise também inclui psicoterapia, bem como as modificações necessárias para lidar com a organização psíquica dos pacientes.

A atual expansão do método psicanalítico a pacientes “não neuróticos”, *borderline* e psicóticos, bem como àqueles fisicamente doentes, mostra que o modelo de tratamento-padrão costuma ser inaplicável como tal em nossa prática diária. Mudanças no *setting* e nas técnicas interpretativas não significam nenhum afastamento da prática psicanalítica rigorosa planejada para lidar com a transferência. Eu acrescentaria, a propósito, que o manejo dessas terapias difíceis requer uma longa experiência de psicanálise clássica. Se desejamos ser flexíveis diante de determinado modelo, devemos, primeiro, tê-lo assimilado de todo.

Há muitas considerações técnicas que precisam ser ponderadas quando tratamos desses casos em uma estrutura psicanalítica. Sessões face a face com frequência são indicadas, visto que facilitam a adaptação ao estado afetivo dos pacientes. Deve-se lembrar que os pacientes nem sempre vêm por sua própria iniciativa; em geral, são encaminhados por especialistas que “prescrevem” uma psicoterapia psicanalítica. Eles têm que ser vistos em seu próprio terreno. Acima de tudo, nos primeiros estágios, precisam de apoio do analista, que deve estar constantemente alerta para possíveis alterações qualitativas no funcionamento mental.

A ineficácia do narcisismo secundário e a falta de comprometimento dos pacien-

tes com o tratamento dificultam a tarefa de interpretação. O uso de técnicas associativas pode, sob outro enfoque, servir para abordar vários temas e iniciar uma “conversaçoão”.

Uso o termo “conversaçoão” de modo ponderado, pois acredito que, em toda psicoterapia psicanalítica desse tipo, há uma abordagem que eu chamaria de “arte da conversaçoão”. Para atrair um paciente ao processo de pensamento, deve-se pensar com ele e envolvê-lo no processo. Eu iria até mais longe para tratar de um tipo de “sedução”, que tenta fazer o paciente perceber que todo mundo tem algo a dizer, toda vida tem sua história, e toda história tem suas palavras, sua riqueza e suas tristezas. Temas que são aparentemente não conflitantes, como literatura, cinema e acontecimentos atuais, embora fornecendo apenas uma abordagem indireta, permitem localizar movimentos regressivos, tolerância de excitação e efeitos desorganizadores.

Recorrer a “interpretaçoões psicodramáticas” (do tipo “se eu fosse você...”) tanto respeita o narcisismo do paciente como abre possibilidades de identificação. Tudo deve ser feito para apoiar e estimular o trabalho pré-consciente e, assim, ajudar o paciente a descobrir e partilhar o prazer do funcionamento mental.

Apresentarei, a seguir, um breve exemplo.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Claire era uma química farmacêutica pesquisadora de destaque trabalhando no serviço público francês. Magra e graciosa, com feições agradáveis e cachos loiros, essa mulher de 32 anos poderia ser mais atraen-

(*Continua*)



### (Continuação)

te, não fosse por um toque de simplicidade. Vestida de forma modesta, ela não era exatamente triste, mas faltava-lhe vivacidade. Havia alguma coisa obscura e sombria em si; lembrava-me uma pintura antiga de Odilon Redon. Ela tinha sido encaminhada a mim por seu cardiologista, que, como muitos de seus antecessores, parecia ter sido desencorajado pela falta de sucesso em controlar a hipertensão instável de Claire. Quando ela chegou, equilibrada, mas um pouco tímida, percebi que essa paciente devia ter-se esforçado para mostrar um lado seu particularmente desagradável para ter produzido reações tão desfavoráveis da parte de seus médicos. Essas reações não podiam ser explicadas apenas pelo fracasso do tratamento. No que ela me relatou, não havia nenhuma truculência patológica. Falava sem nenhuma manifestação de tristeza ou humor. Havia muita coisa que ela não entendia, e eu tive um profundo sentimento de dor. Ela tinha vindo para a psicoterapia não por uma grande crença no tratamento, mas porque queria engravidar pela terceira vez, e isso tinha sido desaconselhado pelos médicos. Ela achava que sua vida era vazia. No âmbito profissional, estava indo bem, ainda que não tivesse nenhum senso de orgulho por sua carreira. Formara-se em farmácia por conselho de seus pais e prosseguira com uma licenciatura em química. Cursara as faculdades sem dificuldade, mas também sem paixão.

Claire relatava uma existência exemplar. Filha única de um casal de cidadãos proeminentes (que tinham desejado um filho), ela estudara em escolas religiosas. Seu pai era professor e conferencista universitário na Alemanha, enquanto sua mãe cuidava da educação da filha. Houve poucas saídas e nenhum amigo em sua infância provinciana. Seus pais a faziam ler, tocar piano e visitar museus. Suas férias e tempo livre eram gastos em atividades culturais, mas estas pareciam ter pouco impacto sobre Claire, que não era grande leitora e não mostrava interesse pelas artes. Seu marido também era cientista, de uma das mais prestigiadas universidades da França. Eles se casaram jovens e logo tiveram dois filhos, que estavam indo bem. Sua mãe e seu pai tinham morrido sete e cinco anos atrás, respectivamente.

A hipertensão de Claire foi detectada pela primeira vez aos 13 anos, graças a um médico da escola. Claire lembrava pouco desse tempo triste e monótono; a única coisa que lembrava era de ter-se preocupado com dores e inchaços em seus seios. Sua mãe a levou ao médico da família, um coronel aposentado, que ficou espantado por ter que explicar a eles que Claire estava entrando na puberdade. Claire relatou isso sem qualquer divertimento ou crítica a sua mãe, mas o que a impressionara fora a expressão perplexa do médico. Mais tarde, pude observar a frequência de seu espanto com as expressões que ela provocava nos outros, que ela não podia decodificar, mas às quais reagia com ansiedade. Em meu ponto de vista, ela tinha uma alarmante incapacidade de identificar-se com os outros, e isso me ajudou a entender melhor suas dificuldades de relacionamento. O nível sócio-profissional de Claire e a qualidade de seu vocabulário contrastavam tão marcadamente com as deficiências em seu sistema pré-consciente que, com frequência, ela era objeto de mecanismos projetivos. Sua incapacidade de perceber ambiguidades em determinada palavra ou situação tornava impossível que entendesse as piadas mais óbvias. Isso era visto pelos outros como rigidez.

Essa "alexitimia", para usar o termo cunhado por Sifneos, tanto em relação a si mesma como aos outros, está estreitamente associada a um estado permanente de alarme e dor que, embora não seja expresso, pode ser sentido com frequência. A falta de espaço para jogo de identificação, junto com um narcisismo secundário incompleto, e, portanto, a ausência de autoestima e de qualquer sistema de defesa mental, produzem dificuldades técnicas importantes para efetuar uma cura. Uma análise face a face, que obriga o paciente a confrontar o não eu na pessoa do analista, é fundamental, aqui, para promover o trabalho de "reanimação" e a modulação de estados emocionais por meio de cenários sugeridos ou explicações. Em vez de serem impostos aos pacientes de forma direta, interpretativa, estes podem simplesmente ser propostos e,

(Continua)

*(Continuação)*

dependendo das emoções provocadas, modificados, quando necessário. Uma análise face a face com elaboração pré-consciente pelo terapeuta fornece o apoio necessário, mas pode confrontar os pacientes com o que eles sentem ser suas imperfeições. Uma frase como “Mais uma vez eu não entendi” pode ser corrigida pelo analista com uma proposição identificatória (técnica psicodramática) do tipo: “Não se preocupe se você achar difícil seguir meu raciocínio. Você pode imaginar o quanto eu ficaria perdido tentando entender as suas equações químicas?”.

Essas modalidades ou peculiaridades técnicas visam a dar apoio constante ao trabalho psíquico danificado ou congelado; ao mesmo tempo, encorajam o desenvolvimento de material psíquico no curso da análise. Dessa forma, é tramada uma história que, eventualmente, irá se tornar transferência. Ao ritmo de uma sessão por semana e à medida que os anos passavam, a história da psicoterapia de Claire foi sendo construída entre nós. O amadurecimento do relacionamento permitiu interpretações ocasionais na transferência: quando ela estava me contando sobre um filme, eu sugeria: “Hoje é você quem está dizendo essas palavras para mim”.

Três anos se passaram. Houve uma ligeira melhora em seus sintomas: os surtos de hipertensão tinham-se tornado menos frequentes, e Claire passou a apreciar as sessões e estava tentando associar seus pensamentos presentes e passados.

Um dia, quando ela estava me contando sobre sua infância, fiquei perturbada pela pobreza das imagens que estava evocando em mim; elas eram frias, e seus detalhes, curiosamente, repetitivos. Decidi contar-lhe meus sentimentos e disse: “Tenho a impressão de que você está manuseando um velho álbum de fotografias”. Claire ficou subitamente perplexa e me disse que, quando criança, ela se tinha perguntado por que não havia fotografias em casa. Logo em seguida, outras questões esquecidas voltaram a sua mente: sua mãe dizia que era do sul da França, mas nunca tinha dito de que cidade. No exame oral de seu bacharelado, ela tinha sido chamada por dois nomes, o seu e outro, com o qual não estava familiarizada. Eu mencionei que esse nome tinha um som judaico e lembrei que Claire tinha nascido durante a guerra.

Resumirei, a seguir, os quatro anos seguintes, dedicados à busca de sua identidade e à descoberta de sua origem judaica. No curso de uma longa viagem para encontrar um parente sobre o qual sabia apenas da existência, Claire descobriu que seu pai verdadeiro, que tinha morrido nos campos de concentração, era irmão do suposto pai. Sob a Lei de Moisés, este havia casado com sua mãe e reconhecido a filha como sua. O nome francês tinha sido escolhido antes de a família, sob a pressão dos acontecimentos, ter-se convertido. Claire ficou bastante excitada com essa descoberta de um passado que tinha sido escondido dela e lia o máximo que podia para preencher as lacunas. A análise tornou-se mais atrativa; mais associações foram feitas, e o processo tornou-se mais clássico. Claire decidiu-se por uma terceira gravidez e teve uma filha, a quem chamou de Esther. A vida conjugal, entretanto, deteriorava-se. Seu marido tornou-se um estranho com quem ela tinha pouco em comum.

Alguns meses mais tarde, iniciamos a terceira fase dessa psicoterapia, que duraria, ao todo, 11 anos. Após um tempo de felicidade, Claire tornou-se seriamente deprimida. A elaboração de seu luto triplo e suas incertezas inerentes representaram o aspecto positivo dessa depressão, que, contudo, persistiu a ponto de eu me tornar alarmada o suficiente para encaminhá-la a um colega psiquiatra. Este prescreveu uma dose baixa de antidepressivos, e Claire ficou tão satisfeita que decidiu continuar com esse tratamento. Ao mesmo tempo, anunciou que sua pressão arterial tinha-se tornado perfeitamente normal sem medicação. Eu me perguntava sobre a ligação entre os dois fenômenos quando seu cardiologista me telefonou para fa-

*(Continua)*



### (Continuação)

lar de sua perplexidade com a remissão dos sintomas de Claire ao tomar antidepressivos. Eu a questioneei sobre sua experiência psíquica e corporal em relação à medicação. Foi então, e com muita reticência, que ela admitiu que sempre tinha se sentido profundamente desconfortável quando não estava em um estado hipertenso. O sentimento de flacidez e letargia interior a aterrorizava. A passividade em geral a horrorizava. De fato, ela tinha tomado seus betabloqueadores apenas em doses mínimas que ela própria havia administrado.

Durante a depressão, embora sua pressão arterial tivesse diminuído, os antidepressivos lhe davam uma vaga sensação de excitação – ela chamava isso de “tônus” –, da qual ela gostava. Essa confissão, que surgiu durante nosso décimo ano de psicanálise, veio a ser o ponto de partida da fase final. O exame de sua intolerância a todas as formas de satisfação passiva lançou uma luz nova e final sobre sua organização edípica específica.

Relatei aqui uma longa aventura que incluiu súbitas efusões passionais, mas também momentos de desespero. Questiono-me se estes últimos teriam sido tolerados sem o auxílio constante de uma teoria que empresta apoio à criatividade técnica do analista.

## PARA CONCLUIR COM UMA CONSIDERAÇÃO TEÓRICA MAIS PESSOAL

Convido, agora, o leitor a juntar-se a mim na visão da psicanálise como uma resposta nova e original à velha questão de psique/soma, a outra face da questão primordial: como pode a inteligência (ou a alma) ser imortal e sobreviver a um corpo que é mortal por definição?

Eu diria que a verdadeira subversão de Freud em sua concepção da condição humana é que ele ancora o pensamento em uma finitude sexual, vinculando aquilo que é mais finito àquilo que é sexualizado, isto é, cortado ou dividido (do latim *secare*, dividir).

Pensamento é definido aqui não como linguagem ou discurso no sentido filosófico, mas como um recipiente de espaço metafórico e visual. O pensamento está encarnado, enraizado no corpo.

A psicanálise envolve a “elaboração do pensamento”; ela modifica todo pensamento sobre o pensamento. Em meu ponto de vista, a verdadeira revolução na essência da psicanálise data de 1920, com *Além do princípio do prazer*.<sup>1</sup>

A primeira oposição instintual já coloca o conflito no centro da psique, desviando-o da polaridade corpo/mente. Essa teoria dos instintos trata da questão de destruição e morte, separando sexualidade e autopreservação em forças antagonistas. O impasse conceitual e filosófico desse debate, assim como as hesitações éticas de Freud após a Grande Guerra e a introdução da noção de narcisismo, levaram-no a reformular sua metapsicologia anterior, que, de qualquer maneira, era inadequada para responder por fracassos clínicos.

Confrontado, por um lado, com um problema epistemológico e, por outro, com as dificuldades que ele experimentava

em lidar com a compulsão à repetição e a reação terapêutica negativa e em analisar psicoses e trauma, Freud foi obrigado a pôr em dúvida seu conceito dos instintos em favor do narcisismo e de um instinto destrutivo, cuja força ele talvez tivesse deixado de avaliar. A segunda teoria dos instintos era agora inevitável. Esse segundo conflito instintual entre a libido, que une sexualidade e autopreservação, e o instinto de morte é, para mim, de particular interesse, pois representa uma nova formulação dos princípios fundamentais.

O debate não é mais sobre se a sexualidade está do lado da vida ou da morte, mas sobre colocar essa oposição dentro dos próprios processos de pensamento. Em meu ponto de vista, é crucial recentralizar a questão da morte e colocá-la no cerne do pensamento, uma vez que a oposição primária é o fato de a condição humana – por definição, mortal – ser única em sua capacidade de pensar o que é eterno.

O ato de pensar, portanto, carregaria em si a negação da mortalidade e da finitude. O instinto de morte, como o vejo, não é apenas desfazer conexões, em oposição a eros, conforme definido por Freud no *Esboço*,<sup>4</sup> de 1939 (publicado em 1940), mas aquele que, de dentro da psique, constantemente ameaça todo trabalho de pensamento.

Esse instinto de “morte” não tem nada a ver com morte orgânica inevitável, mas deve ser percebido como um princípio de morte psíquica que, na forma de um movimento ou mesmo de uma força desencarnadora, ataca e mata o pensamento na essência do seu processo.

Como a larva na fruta ou mesmo a pérola na ostra, uma metáfora que Freud empregava para ilustrar que em toda psicose de defesa há um germe da neurose real, a psique carrega em si sua própria tendência a destruir o trabalho de pensamento. Se pensamos na posição depressiva e na elaboração do luto como mensageiros de elaboração psíquica, somos levados a imaginar se não há, em todo movimento depressivo, um risco potencial de ataque contra a psique. O pensamento ou o funcionamento operatório descrito pelos partidários da Escola Psicossomática de Paris seria um caso extremo e exemplar dessa forma de destruição, em outras palavras, um sistema de discurso antissonho.

Concluo essa discussão lembrando, mais uma vez, que, por trás da simplicidade de fenômenos comuns, pode haver causas bastante complexas, e nossas teorias não devem ser consideradas como verdades, mas como construções que nos ajudam a pensar e a auxiliar nossos pacientes.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Forças psíquicas contraditórias podem entrar em conflito em um único local somático.
2. Um transtorno somático pode ser parte de uma economia geral, na qual a psique é tanto testemunha quanto reguladora.
3. A pulsão de morte não apenas desfaz conexões, mas funciona, dentro da mente, ameaçando constantemente todo o trabalho de pensamento.

4. O pensamento operatório dos pacientes psicossomáticos é um caso extremo dessa forma de destruição do pensamento, um sistema de discurso antissonho.
5. No trabalho clínico com esses pacientes, é preciso estimular a arte da conversação, mediante abordagens indiretas, interpretações psicodramáticas, com o objetivo de apoiar e estimular a descoberta do prazer do funcionamento mental.

## REFERÊNCIAS

1. Freud S. Beyond the pleasure principle, group psychology and other works (1920-1922). In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; [1953-1974]. v. 18.
2. Freud S. Five lectures on psycho-analysis, Leonardo and other works (1910). In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; [1953-1974]. v. 11.
3. Marty P. L'ordre psychosomatique. Paris: Payot; 1990.
4. Freud S. Moses and Monotheism, and outline of psycho-analysis and other works (1937-1939). In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; [1953-1974]. v. 23.

## LEITURAS SUGERIDAS

- Dejour C. Le corps entre biologie et psychanalyse: essai d'interprétation comparée. Paris: Payot; 1986.
- Freud S. New introductory lectures and other works (1932-1936). In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; [1953-1974]. v. 22.
- Green A. La causalité psychique: entre nature et culture. Paris: O. Jacob; c1995.
- Green A. La folie privée: psychanalyse des cas-limites. Paris: Gallimard; 1990.
- The Revue Française de Psychosomatique. Paris: PUF. n. 1, 1992 - .
- The Revue Française de Psychosomatique. Paris: PUF. n. 3, 1992 - .
- The Revue Française de Psychosomatique. Paris: PUF. n. 14, 1998 - .
- The Revue Française de Psychosomatique. Paris: PUF. n. 15, 1999 - .
- The Revue Française de Psychosomatique. Paris: PUF. n. 18, 2000 - .
- The Revue Française de Psychosomatique. Paris: PUF. n. 21, 2002 - .
- The Revue Française de Psychosomatique. Paris: PUF. n. 22, 2002 - .

39

## ABORDAGEM PSICODINÂMICA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Mirian G. Brunstein  
Carolina Meira Moser  
Ana Carolina Faedrich dos Santos

Os transtornos alimentares (TAs) são alterações do comportamento alimentar derivadas, primariamente, de um desejo exacerbado de perda de peso que resulta em prejuízos físicos, psicológicos e sociais. Esses transtornos representam estratégias disfuncionais emocionais, cognitivas e comportamentais para lidar com questões do desenvolvimento, alterações do humor, relações interpessoais e conflitos intrapsíquicos, que se tornam doenças autossustentadas em um contexto de internalização de crenças socioculturais acerca da promessa de benefícios relacionados à magreza e à alteração da forma do corpo.<sup>1</sup>

A psicopatologia específica dos transtornos alimentares reside em uma perturbação na vivência da forma e do peso corporais que leva pacientes com anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e outros transtornos alimentares não especificados (TANEs) a praticar comportamentos extremos para o controle do peso, como restrição da ingestão de alimentos, exercício físico em excesso e vários métodos de purgação.<sup>2,3</sup>

Episódios de compulsão alimentar – perda do controle sobre a alimentação –

podem ser causa ou consequência desses comportamentos e contribuem para a perpetuação dos sintomas. Da mesma forma, distorções na percepção e na avaliação da forma do corpo constituem-se elementos-chave no desenvolvimento, na manutenção e na recaída dos transtornos alimentares.<sup>4</sup>

A anorexia nervosa caracteriza-se pela manutenção de peso abaixo do normal em decorrência da restrição alimentar, por intenso medo de ganhar peso ou de ficar gordo, por comportamentos que interferem na recuperação de peso, mesmo estando desnutrido, por distúrbio na imagem corporal ou por persistente negação da gravidade do baixo peso.<sup>5</sup> A bulimia nervosa envolve episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados para evitar o ganho de peso, e autoavaliação excessivamente influenciada pelo peso e pelas formas corporais. O transtorno da compulsão alimentar (TCA) evidencia-se por períodos de compulsão sem comportamentos compensatórios, que ocorrem frequentemente em pessoas com sobrepeso ou obesidade.<sup>5</sup>

Os primeiros indícios da AN, BN e síndromes parciais costumam surgir du-

rante a adolescência e o início da vida adulta, o que coincide com uma fase de muitas mudanças, desafios sociais e biológicos, incluindo alterações corporais, e que é crítica para o desenvolvimento pessoal. Os TAs podem ser um caminho para lidar com medos existenciais e da maturidade, uma escapatória para angústias ligadas à sexualidade emergente ou um modo de enfrentar a ferida narcísica do fim da infância. Ou, ainda, podem representar a busca de refúgio por meio da desnutrição e da negação do corpo contra abuso e maus-tratos, com um desligamento do mundo material.<sup>1</sup> Na verdade, as pacientes não apresentam falta de apetite, exceto em fases mais avançadas, devido à cetose, mas estão obstinadamente preocupadas com a comida. Há um sentimento profundo de ineficácia, sendo os sintomas – capacidade de controlar a comida, por exemplo – uma forma de avaliação do valor pessoal.<sup>6</sup> Entretanto, cabe salientar que sintomas transitórios de TA são comuns, e pode ser difícil distinguir entre a preocupação com a forma corporal da grande maioria de mulheres e homens e as formas clínicas dos transtornos do comportamento alimentar. Em uma sociedade que oferece alimentos calóricos em abundância e que valoriza a magreza e músculos delineados, a prevalência do problema aumenta devido à exposição ao fator desencadeante “dietas”, que viraram ritos de passagem social.<sup>1</sup> No entanto, em alguns casos, o sintoma passa a fazer parte da estrutura da personalidade e se transforma em modo de vida.<sup>7</sup>

Os TAs afetam principalmente mulheres adolescentes e jovens, entre 15 e 35 anos. No entanto, também têm sido relatados em homens, mulheres mais velhas e crianças pré-púberes de ambos os sexos. A clínica em homens e mulheres mais velhas é muito semelhante àquela de adolescentes e mulheres jovens.<sup>8</sup> Para o desenvolvimento da AN, é necessária uma predisposição a ca-

racterísticas como perseverança, perfeccionismo e baixa impulsividade. De fato, são esses os fatores relacionados ao sucesso em realizar uma restrição alimentar sustentada que mantém o estado de desnutrição e que é impossível para a maior parte das pessoas a quem é dada a opção de comer. Personalidades extrovertidas e impulsivas aumentam a probabilidade de ciclos de compulsão-purgação.<sup>1</sup>

Ainda que muitos estudos de incidência em AN tenham sido conduzidos, diferentes metodologias têm sido usadas, e, portanto, os resultados encontrados apresentam variação significativa. A taxa de incidência da AN é estimada em 5 a 8 por 100 mil pessoas-ano, e a da BN, em 11 a 13,5 por 100 mil pessoas-ano. No entanto, cabe ressaltar que a incidência de TAs entre adolescentes de 15 a 19 anos é maior, podendo variar de 109 a 270 por 100 mil pessoas-ano.<sup>9</sup> A prevalência ao longo da vida de AN é de 0,9 a 2,2% em mulheres de países ocidentais, enquanto a taxa de prevalência para a síndrome parcial de AN – casos que não apresentam todos os critérios diagnósticos – é de 2,4 e 4,3%. A prevalência da BN varia entre 0,3 e 9,4% em mulheres. Estudos sugerem que TCA e quadros parciais de AN e BN são, de fato, muito mais comuns do que AN e BN.<sup>8</sup> Com exceção de quadros parciais e de TCA, a prevalência de transtornos alimentares ao longo da vida em mulheres é 3 a 8 vezes superior à encontrada entre os homens.<sup>9</sup> Em metanálise recente sobre a mortalidade em TAs, foram encontradas taxas de 5,1 por mil pessoas-ano para AN, 1,7 por mil pessoas-ano para BN e 3,3 por mil pessoas-ano para TANE.<sup>10</sup>

Uma visão dos TAs como síndromes de um espectro, e não como diagnósticos categoriais, levou a uma proposta de compreensão transdiagnóstica desses transtornos, que destaca haver mais semelhanças do que diferenças entre os quadros e assi-

nala o fenômeno da migração diagnóstica ao longo do tempo. De fato, cerca de 50% dos casos de AN evoluem para BN ou quadros parciais. Já a migração de BN para AN é menos comum. Esse entendimento se reflete em múltiplos aspectos da compreensão emocional e da abordagem terapêutica. O TCA tem um curso diferente dos demais TAs, e a maioria não tem história prévia de AN ou BN.<sup>11</sup> No *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5),<sup>5</sup> o TCAP saiu da categoria diagnóstica de TANEs para tornar-se uma condição específica.

Tendo em vista a maior prevalência dos TAs entre mulheres, os textos sobre o tema costumam se referir aos portadores desses transtornos usando a concordância no feminino, como faremos a seguir.

## HISTÓRICO

Os transtornos alimentares têm sido reconhecidos como entidades nosológicas desde a metade do século XIX, quando a anorexia nervosa foi identificada pela primeira vez, quase simultaneamente, por Gull, em Londres, e por Lasègue, em Paris. Gull, em 1874, nomeou de anorexia nervosa a descrição de casos caracterizados pelo “definhamento” físico e pela perda de energia das pacientes. Ele atribuiu a causa da AN a uma morbidade do estado mental e, portanto, deu ênfase ao papel dos fatores psicogênicos no desenvolvimento do quadro. Por essa mesma época, Lasègue fez numerosas observações, não somente sobre o estado psicológico da paciente com anorexia, mas também sobre as interações sociais, em especial com a própria família.<sup>12</sup>

No entanto, acredita-se que padrões semelhantes aos TAs existam desde muito antes do seu “descobrimento”. Muitas mulheres santificadas pela Igreja Católica

durante o período medieval exibiam comportamentos idênticos aos evidenciados em transtornos alimentares atuais. Tem sido sugerido que a diferença crucial entre as “santas jejuadoras” e as “anoréxicas modernas” seja a forma da manifestação psicopatológica, ou patoplastia, pois a motivação básica é comum – a busca da perfeição, que, no contexto cultural da Idade Média, correspondia à valorização do ascetismo e, na atualidade, ao culto do corpo magro idealizado.<sup>12</sup>

Um marco na perspectiva moderna da AN veio das publicações de Hilde Bruch, a partir de 1960, e culminaram, em 1973, no livro *Eating Disorders: obesity, anorexia and person with*.<sup>13</sup> A autora enfatizou a interação entre o indivíduo e o ambiente familiar e assinalou as distorções como resultado da percepção do próprio corpo e de estados emocionais. No centro da psicopatologia anoréxica, para Bruch, havia a “busca implacável pela magreza”, bem como “um impregnante senso de ineficácia”.<sup>12</sup>

A bulimia nervosa foi descrita pela primeira vez por Boskind-Lodahl, em 1976, mas foi definida em termos clínicos formais por Russel, em 1979. Russel utilizou a expressão bulimia nervosa para se referir a um subgrupo de pacientes com TAs, nas quais a preocupação com o peso e a forma corporais era semelhante à de pacientes com AN, mas que apresentavam compulsões alimentares, vômitos, abuso de laxantes e outros comportamentos compensatórios para a sensação de perda do controle sobre a alimentação. Essas pacientes não estavam, necessariamente, abaixo do peso. Russel se referia a sintomas bulímicos dentro da anorexia nervosa – hoje descrita como anorexia purgativa – e também como uma síndrome distinta – bulimia nervosa.<sup>12</sup>

## ENTENDIMENTO PSICODINÂMICO

O estudo da etiologia dos transtornos alimentares fez alternadas passagens de uma visão psicológica para uma visão biológica, e vice-versa, coincidindo com os avanços da psiquiatria, da psicanálise das ciências biológicas e sociais.<sup>14</sup> No entanto, mais recentemente, maior ênfase parece estar sendo dada ao estudo dos aspectos cognitivos, familiares e ambientais, não como fatores excludentes, mas como elementos de um entendimento psicodinâmico mais amplo dos TAs, prevalecendo uma compreensão de etiologia multifatorial, a qual determina uma terapêutica integradora.<sup>15</sup>

Da perspectiva psicanalítica não há um modelo de compreensão único acerca dos conflitos inconscientes dos TAs, mas um conjunto de ideias permanece consistente entre as teorias que tentam explicar a psicodinâmica desses transtornos. As primeiras contribuições tiveram como foco o entendimento do significado inconsciente e simbólico dos TAs, e as publicações psicanalíticas foram baseadas em estudos de caso, particularmente de quadros de anorexia nervosa.<sup>15</sup> Os teóricos clássicos atribuem a psicopatologia a conflitos edípicos não resolvidos e à ambivalência acerca da sexualidade genital. Seguidores kleinianos e bionianos destacaram a importância de tendências constitucionais sádico-orais e agressivas.

A maior parte das teorias das últimas décadas tem compreendido os TAs como uma patologia do *self*, como uma batalha simbólica pela separação-individuação e como uma falha em desenvolver um senso de identidade ou capacidade de autorregulação.<sup>16</sup>

Autores como Freud, Breuer, Abraham, Sandler e Fenichel compreenderam a AN como um quadro associado à melancolia, caracterizada por uma fixação ao estágio sádico-oral que se manifesta por uma resistência ao crescimento. A evitação defensiva da sexualidade genital seria uma solução inconsciente dos conflitos derivados das fantasias da gravidez oral, sugerida como um dos fatores envolvidos no desenvolvimento dos TAs. Além disso, assinalaram a relevância do conceito de ambivalência na psicopatologia.<sup>15</sup>

Klein<sup>17</sup> descreveu que o início da vida do bebê é caracterizado pela presença de ansiedades psicóticas. Nesse período, as primeiras relações objetais do ego primitivo são com o seio materno, que é dividido em bom (gratificador) e mau (frustrador), por meio do mecanismo de cisão. O pequeno ser em desenvolvimento relaciona-se com o objeto e o mundo externo pela contínua interação entre introjeção e projeção. A função desses mecanismos de defesa consiste em dominar a ansiedade que, para a autora, se origina do medo de aniquilamento – morte – e transforma-se em medo de perseguição pelo impulso destrutivo. Essa transformação ocorre quando as necessidades corporais são frustradas e sentidas como causadas pelo objeto (seio) que foi introjetado. Ao mencionar a negação do objeto, Klein traz a ideia de triunfo sobre ele. O controle e o desprezo tomam o lugar dos sentimentos depressivos em uma organização maníaca, que conduz à dissociação, à negação, à idealização e à projeção. Basicamente, trata-se de mecanismos esquizoides que estão organizados para defender e proteger o ego da ansiedade depressiva que promove o crescimento.<sup>17</sup> As dificuldades de alimentação em crianças pequenas estariam associadas ao medo dos objetos internos, à semelhança do que se apresenta no inconsciente anoréxico-bulímico.

O funcionamento psicótico encontrado nos TAs, principalmente a distorção da imagem corporal, as dissociações e os conteúdos alucinatorios, têm ressonância na teoria kleiniana. Nas pacientes, estão presentes medos persecutórios intensos e uso excessivo de mecanismos de cisão, que desequilibram as defesas egoicas, enfraquecem os desejos orais e afetam as relações objetais, deixando o ego vulnerável às cisões. Para Klein, em 1946, quanto maior o sadismo no processo de incorporação do objeto, mais este é sentido como em pedaços, e maior é o risco de o ego cindir-se em correspondência aos fragmentos do objeto internalizado. O medo persecutório dirige-se, inicialmente, à relação boca-seio. Conforme o desenvolvimento segue sua trajetória, Klein destaca que há uma confluência de desejos orais, uretrais e anais de teor tanto libidinal quanto agressivo (ambivalência). Os ataques em fantasia, dirigidos ao seio, estendem-se para o corpo materno e fazem uso da descarga de impulsos orais, anais e uretrais – a evacuação de substâncias venenosas, excrementos, que são expelidos do eu e introduzidos na mãe.<sup>17</sup> Vemos isso concretizado/atuado nos sintomas bulímicos.

A identificação projetiva é considerada, também, como um meio de comunicação do bebê com a mãe. Bion<sup>18</sup> explica que, por não conseguir expressar o que sente, o bebê busca fazê-lo mediante sensações suas projetadas na mãe, para que ela possa traduzi-las e entender o que se passa com ele. Dessa forma, o terapeuta/mãe deve realizar a *rêverie* para a paciente/bebê. Esta é possibilitada pela capacidade da mãe em transformar os elementos sem nome do bebê, definidos por Bion<sup>18</sup> como elementos beta, em elementos com significado, por meio da função alfa materna. Assim, a mãe acolhe as identificações projetivas do filho, boas ou más, e as transforma em

símbolos/representações. Bion<sup>18</sup> define a capacidade de *rêverie* da mãe como uma disponibilidade dela em acolher as sensações do bebê, como se ambos sonhassem o mesmo sonho, como se houvesse uma ressonância afetiva entre a dupla, por meio da intuição da cuidadora. Para Bion, quando mãe e bebê estão em sintonia, a identificação projetiva tem um papel importante para o desenvolvimento psíquico do pequeno ser frágil e indefeso, que, com esse mecanismo, busca “despertar” na mãe sensações que tenta evacuar. No desenvolvimento normal, a mãe permite que o bebê projete nela a sensação de estar morrendo e, após assimilar e transformar essa sensação, a devolve de maneira suportável, para que o bebê reintrojete o medo da morte como algo tolerável para sua psique. Quando a mãe não aceita a projeção, o bebê não pode reintrojetar a sensação de morte de forma assimilável; portanto, o que sente é um “terror sem nome”. Entretanto, se a mãe não for capaz de aceitar as projeções, o filho passará a utilizar, excessivamente, a identificação projetiva, na tentativa de lidar com seus temores internos.<sup>18</sup> Dificuldades significativas nesse processo emocional são observadas com frequência nas relações familiares de pacientes com TAs.

A equação simbólica como descrita por Hanna Segal pode ser útil para explicar o pensamento concreto que caracteriza os TAs. Os símbolos não são usados por essas pacientes para representar o objeto; eles são como o próprio objeto. Dessa forma, a paciente com AN pode ser vista como símbolo concreto da resistência a sua mãe internalizada, pela recusa da ingestão alimentar.

Alimentação que é determinada culturalmente e transmitida de geração a outra, deve ser adequada ao bebê, e, quando estereotipada, perturbará o ajuste afetivo.<sup>7</sup>

A paciente com BN atua intensamente o conflito da separação-individação, por meio das compulsões e purgações da sua mãe e do alimento.<sup>16</sup>

A fusão da menina com a mãe pode ser entendida como consequência da falha psíquica em internalizar o casal parental. A intensidade das fantasias de que algo perigoso e ameaçador se instalou dentro do corpo da paciente é diretamente proporcional às fantasias de ataque ao corpo da mãe. Quanto mais a menina nega a relação entre os pais, maior será a intrusividade do objeto. A menina usa a mãe como escudo protetor dessas fantasias, em vez de senti-la como continente e capaz de metabolizar seus medos e fantasias agressivas. Identificada com as partes faltantes da mãe fragilizada, a menina desenvolverá um vazio que tentará a todo custo preencher em busca da completude e carecerá de um desenvolvimento simbólico adequado. A falha em integrar as vivências pré-genitais resulta na falha na internalização do triângulo edípico, o que dificulta a separação da identidade da menina e da mãe.<sup>19</sup> Os investimentos narcísicos da mãe e da filha impedem o reconhecimento do outro como um ser distinto e dificultam a troca afetiva. A tradicional frase “eu não sinto fome” demonstra a fantasia inconsciente de se situar além das necessidades básicas de sobrevivência e reflete intensos impulsos autoagressivos e suicidas.

O grau de homicidade em direção ao *self* e ao corpo reflete a extensão do propósito assassino com relação aos pais internos e suas relações. Mulheres que desenvolveram um transtorno alimentar podem ter sido receptáculos de invasões, abusos ou violências físicas e psíquicas quando crianças.<sup>19</sup>

Pode parecer paradoxal que as mulheres, que tendem a ser mais conectadas com a experiência emocional do que os homens,

sejam mais suscetíveis a distúrbios no processamento da experiência emocional. As meninas tendem a perceber de forma mais precoce e com mais clareza o mundo emocional do outro. Devido a essa capacidade, aumenta a tendência de que sejam elas as recrutadas para validar ou responder às necessidades emocionais de seus pais. Isso pode ocorrer ao custo de não terem suas próprias experiências emocionais respondidas e validadas. Os meninos estariam mais protegidos, por terem uma maior distância emocional dos pais e menos sintonia com pistas sociais e experiências emocionais.<sup>20</sup>

De acordo com Selvini Palazzoli,<sup>21</sup> o papel da interação mãe-filha é de extrema importância na compreensão da psicodinâmica dos TAs. Pacientes com AN experimentam seu corpo como algo assustador em sua própria natureza, uma vez que ele é percebido como a incorporação oral de um poderoso objeto materno mau. Dessa forma, o *self* da anoréxica fica abandonado, enquanto incorpora e controla o objeto mau dentro de si. Como consequência, a paciente iguala seu corpo a um aspecto parcial mau de sua mãe. Selvini Palazzoli<sup>21</sup> acrescenta que a interação entre a mãe e a filha com TA é caracterizada pela superproteção e pela inabilidade de diferenciar a criança como uma entidade separada, o que mantém uma relação engolfadora. Durante a puberdade, ocorre uma separação entre o ego incorporado e o ego identificado, com a consequente repressão do objeto materno mau. O comportamento anoréxico consiste, então, nas representações mentais distorcidas do corpo, do *self* e do objeto. A restrição alimentar é entendida como um ataque à sexualidade feminina e uma tentativa de resolver e reduzir essa identificação confusa com a mãe.

Bruch<sup>13</sup> considera o senso de ineficácia – incluindo seu prejudicado senso de autonomia – e as distorções da imagem

corporal como os fatores mais importantes dos transtornos do desenvolvimento do ego. A autora reforça a ideia da falha da mãe em se comunicar com seu bebê. O prejuízo na construção do *self* da criança tem suas origens nas reações inapropriadas da mãe, que seriam baseadas mais nas suas necessidades do que nas do bebê. Dessa forma, há uma erosão no senso de autonomia, tornando a criança incapaz de se perceber como uma entidade separada da mãe. O vínculo de dependência precoce com a mãe impede a menina de identificar suas necessidades mais profundas e de tomar as próprias decisões, o que gera o sentimento de ineficácia. A intensa negação da doença – egossintonia – pode ser entendida como um mecanismo de defesa contra um senso de ineficácia generalizado.

A restrição alimentar parece uma pseudossolução para sua autonomia, e a anorexia, uma forma de existência por meio do exercício de controle sobre seu peso. O distúrbio da imagem corporal é o equivalente ao objeto mau e à falha em reconhecer as necessidades corporais.

Dependentes da imagem ideal projetada, o espelho que representa o olhar materno sempre devolve imagem distorcida, que nunca será bela. Nessa busca, alienam-se do próprio corpo, como se não fosse real. Há um desgosto por aspectos parciais do corpo – coxas, barriga, nádegas.<sup>7</sup>

Isso acaba sendo reforçado por uma atitude em que o olhar sobre o corpo é ora obsessivo e escrutinador, ora evitado.

Nessa relação, a desvalorização da imagem corporal está associada à falta de sintonia entre mãe e a menina, que careceu de uma cuidadora que refletisse uma imagem positiva de si e possibilitasse o desenvolvimento de um narcisismo trófico e um adequado ajuste na autoestima.<sup>7</sup>

As pacientes têm dificuldade em se perceberem além do aspecto físico, em diferenciarem experiências físicas de emocionais e em experimentarem um sentimento de eficácia. A preocupação com a comida, com a forma do corpo ou com o peso proporciona um sentido de organização desesperadamente necessário e uma identidade para indivíduos com um *self* frágil. A mentalidade de dieta funciona como um organizador psíquico nessas pessoas com distúrbio no sentido de *self*.<sup>20</sup>

Muitas pacientes com AN sentem não conseguir encontrar palavras para descrever seus sentimentos, para se expressar e dar nome às suas experiências.

Esse fenômeno – alexitimia – de não ser capaz de perceber sensações e sentimentos é decorrente do desinvestimento do ego corporal, uma cisão entre mente e corpo.<sup>7</sup>

Relatos constantes de “vazio interior” ou vivências de “balão estufado” mostram tentativas de representações simbólicas que se confundem com a concretude que impetra no modo de funcionar anoréxico e bulímico, possíveis sequelas de um processo identificatório com falhas.<sup>19</sup>

Steiner<sup>22</sup> vincula os TAs ao uso patológico do corpo como objeto de maus-tratos e de automutilação carregada de ansiedades primitivas. Aponta a presença de um narcisismo sinistro, em que há um empobrecimento de pensamentos, um vazio mental determinado por mecanismos defensivos, com desinvestidura do mundo representacional e dos afetos,<sup>7</sup> tornando o corpo e a comida os temas principais. Elas recorrem ao “uso” do corpo, por meio do seu “desaparecimento”, para expressar emoções que não conseguem mentalizar, o que revela um déficit de autorregulação, central a um senso problemático do *self*<sup>23</sup> e fruto de danos vinculares precoces.<sup>7</sup>

Segundo Gabbard e Gabbard,<sup>24</sup>

[...] uma compreensão psicanalítica multideterminada dos transtornos alimentares inclui: uma tentativa desesperada de ser especial, um ataque ao falso *self*, alimentado pelas expectativas parentais, uma asserção do verdadeiro *self*, um ataque a introjetos maternos vistos como equivalentes do corpo, uma defesa contra o luto e o desejo, um esforço para fazer com que outros se sintam abandonados e vorazes, uma tentativa de evitar a entrada de projeções não metabolizadas dos pais e um choro por ajuda que tire os pais de seu estado de autoabsorção e reconheçam o sofrimento da criança.

## ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento de pacientes com transtornos alimentares deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar e inclui o uso de várias intervenções psicoterápicas. Porém, as evidências científicas acerca da eficácia das abordagens psicoterápicas para a anorexia nervosa seguem limitadas e baseadas em consenso de especialistas.<sup>25,26</sup>

Para a bulimia nervosa, os *guidelines* de tratamento recomendam a terapia cognitivo-comportamental (TCC) como a intervenção mais bem estudada e efetiva, sugerindo a terapia interpessoal (TIP) para aqueles que não responderem à TCC.<sup>27</sup> Ainda que a psicoterapia psicodinâmica permaneça sendo um importante componente do tratamento, é indicada tanto para casos mais leves de TAs como para situações nas quais as demais terapias falharam.<sup>27</sup>

Há poucos ensaios clínicos controlados e randomizados, e, entre os estudos existentes, permanecem limitações rela-

cionadas ao pequeno tamanho das amostras, à curta duração dos seguimentos e a problemas metodológicos. Em geral, há dificuldades no recrutamento de pacientes e altas taxas de abandono. Os estudos realizados apresentam mais enfoque na melhora sintomática do que na recuperação.<sup>28</sup> Diretrizes clínicas recomendam fortemente terapia familiar para crianças e adolescentes com TA e sugerem que a avaliação e o envolvimento da família também são úteis para pacientes adultos.<sup>29</sup>

Os TAs têm sido particularmente difíceis de tratar, devido a sua natureza egossintônica. Para muitas pacientes, o TA faz parte do núcleo de seu *self*, e as barreiras às intervenções terapêuticas incluem a negação da existência de um problema, a ambivalência em engajar-se no tratamento e em “abrir mão” de comportamentos específicos do TA e o medo de aumentar o peso e de separar-se das funções protetoras relacionadas ao controle do peso, da forma e da alimentação.<sup>30,31</sup> Em função disso, a integração de abordagens motivacionais à abordagem psicoterápica tem sido recomendada, em especial nos casos de AN. De fato, a anorexia nervosa é reconhecida como um dos transtornos psiquiátricos mais resistentes ao tratamento.<sup>32,33</sup>

É de fundamental importância assinalar a necessidade de avaliação de riscos, pois os TAs estão associados a várias complicações clínicas graves, muitas delas potencialmente fatais, como arritmias cardíacas, distúrbios hidreletrolíticos, osteoporose, prejuízo na motilidade gastrointestinal e problemas de fertilidade.<sup>34</sup>

A AN apresenta a maior taxa de mortalidade entre todas as condições psiquiátricas, seja por suicídio, seja por complicações clínicas secundárias ao estado de desnutrição.<sup>34</sup>

Além disso, pacientes desnutridas, de forma aguda ou crônica, costumam apresentar algum grau de disfunção cognitiva, o que pode comprometer a eficácia das abordagens psicoterápicas.

A abordagem inicial deve considerar a necessidade de restauração do peso normal, psicoeducação sobre as raízes biológicas e culturais da patologia e uso de intervenções cognitivo-comportamentais para enfrentar padrões mal-adaptativos de lidar com os conflitos.<sup>35</sup> Mesmo que não se possa falar em melhora do TA sem recuperação de peso e cessação dos ciclos de compulsão-purgação, as mudanças de comportamento não são suficientes para uma melhora duradoura. Para isso, é fundamental abordar os estigmas psicológicos associados ao transtorno que estão atrapalhados pelos sintomas: senso de *self* em seus vários aspectos (autoestima, autoconceito, autocontrole), tarefas desenvolvimentais e dificuldades interpessoais.<sup>6</sup>

Nessa etapa do tratamento, a abordagem com terapia cognitivo-comportamental para os TAs<sup>36</sup> utiliza diversas técnicas que visam a auxiliar as pacientes a compreender seus sintomas e a desenvolver estratégias mais sadias para enfrentarem suas dificuldades. A TCC foi adaptada especificamente para a abordagem da psicopatologia dos TAs e costuma ser uma etapa inicial no tratamento psicoterápico enfocando a melhora sintomática. Algumas estratégias utilizadas incluem uma formulação elaborada por paciente e terapeuta com as dificuldades a serem tratadas, registro de automonitoramento, pesagem colaborativa e regularização da alimentação. O automonitoramento fornece dados relativos à qualidade e à quantidade de alimentos e líquidos ingeridos, ao local onde a refeição foi realizada, às situações, aos pensamentos e aos sentimentos associados e ao grau de controle percebido pela paciente. Nesses

registros, a paciente pode relatar se houve algum comportamento purgativo e se teve a sensação de perda de controle sobre a alimentação. Assim, a dupla terapêutica identifica situações, pensamentos e sentimentos críticos para o desencadeamento do comportamento alimentar inadequado e, dessa forma, pode buscar estratégias alternativas para lidar com tais situações, ao mesmo tempo que a paciente torna-se mais consciente do seu TA para desenvolver o autocontrole. A pesagem colaborativa visa a auxiliar a paciente a entender e enfrentar melhor as flutuações cotidianas do peso, conhecer a faixa de peso considerada saudável para ela e avaliar a quantidade de alimento que pode ingerir sem perder o controle. A regularidade das refeições tem por objetivo principal ajudar a estruturar uma rotina alimentar sem restrições e, com isso, reduzir os episódios de compulsão.<sup>37</sup> Diversas outras estratégias podem ser incluídas no processo psicoterápico, de acordo com o foco acordado entre paciente e terapeuta a partir da análise da formulação de seu transtorno alimentar – como a abordagem das distorções da imagem corporal e a hipervalorização da dieta e do corpo na avaliação da autoestima.

Outro recurso terapêutico recomendado é a terapia interpessoal, uma psicoterapia de base psicodinâmica que conceitualiza os problemas psicológicos como dificuldades nas relações com as pessoas importantes da vida da paciente, ideia derivada da teoria das relações objetais. Além disso, é não diretiva e não trabalha com temas de casa.<sup>6</sup> A TIP passou por adaptações para essa população, considerando que características como a cronicidade e tarefas como escolha profissional, estilo de vida e independência podem estar prejudicadas pelo TA, assim como o funcionamento global dessas pacientes. Na TIP, a melhora das dificuldades interpessoais representa

um impacto positivo na autoestima, o que provoca melhora dos sintomas alimentares de forma indireta.<sup>38</sup>

Estudos recentes apontam para uma necessidade de abordar questões de transferência, simbolismo do sintoma, conflitos-chave, vulnerabilidades narcísicas e dinâmicas dos relacionamentos para tratar as dificuldades nucleares associadas aos sintomas e aos traços de personalidade. Assim, muito embora haja poucas evidências de pesquisa sobre a eficácia da psicoterapia psicodinâmica nos TAs,<sup>27,39</sup> o paradigma psicodinâmico proporciona uma compreensão da dimensão psicológica das pacientes, auxiliando os terapeutas envolvidos no atendimento a conter sentimentos transferenciais e contratransferenciais e facilitando o desenvolvimento da aliança terapêutica, mesmo que não utilizem técnicas específicas de psicoterapia psicanalítica no tratamento. Também, em muitas situações, sintomas subclínicos ou características psicológicas que predisõem ao baixo peso e preocupação excessiva com forma ou imagem corporal – como perfeccionismo, obsessividade, superficialidade, preocupação com controle, ansiedade tipo ansiedade generalizada, pânico ou ansiedade social – são passíveis de abordagem psicodinâmica mais direta. Segundo estudo de Tobin,<sup>40</sup> a imensa maioria dos especialistas em TA indicou o uso de intervenções que integram abordagens comportamentais e psicodinâmicas.

Psicoterapia psicodinâmica para mulheres com TA costuma ser iniciada para abordar vulnerabilidades individuais que estão associadas a alterações nos hábitos alimentares que persistem mesmo depois de melhorarem os comportamentos alimentares. É complementar a uma abordagem que foca de modo mais específico a redução de sintomas ou para combater pressões culturais que afetam as jovens em nossa cultura.<sup>20</sup>

Fatores que determinam o tratamento psicodinâmico são: foco na experiência subjetiva da paciente, atenção às defesas utilizadas para evitar afetos e emoções dolorosas, utilização das interações entre paciente e terapeuta como fonte de informações clínicas (transferência, contratransferência), foco no inconsciente e no significado psicodinâmico dos sintomas, apreensão dos padrões anteriores de relacionamentos e conflitos nas relações atuais.<sup>6</sup>

Assim, a psicoterapia dessas pacientes centra-se em ajudá-las a entender o significado dos sintomas e a buscar formas de controlar os modos desadaptados de lidar com conflitos e situações. Do mesmo modo, pretende explorar os antecedentes desenvolvimentais da patologia, incluindo traumas infantis, perdas que não foram elaboradas, o impacto de pais que não conseguiram sintonizar com o bebê, falhas nas tentativas de completar as etapas de separação-indivuação apropriadas para cada idade e falta de afirmação do *self* em períodos cruciais do desenvolvimento.<sup>35</sup> A longo prazo, os objetivos psicológicos buscam resolver as vulnerabilidades subjacentes, como autoestima frágil, autoimagem negativa e deficiências na autoconfiança, e desenvolver a habilidade de regular os afetos sem lançar mão dos comportamentos de TA ou outros auto-destrutivos.<sup>6</sup> Contraindicações relativas a abordagens psicodinâmicas estão relacionadas a gravidade dos sintomas alimentares, impulsividade, risco de suicídio e comorbidades como depressão grave, abuso de substâncias e personalidade *borderline*. Mulheres com AN ou BN graves e aquelas que não responderam a tratamentos menos intensivos com frequência necessitam de contextos terapêuticos estruturados, como hospital-dia ou internação, para aliviar os sintomas.<sup>20</sup>

A relutância em participar do tratamento pode ser explicada por uma baixa confiança em relacionamentos de maneira geral. Em relações anteriores, as pacientes com TA sentiram-se inferiorizadas ou rejeitadas e podem transpor tais sentimentos para o psicoterapeuta. A qualidade da relação terapêutica é determinante para o sucesso do tratamento. Para tanto, é necessário que a paciente entenda que o psicoterapeuta tem um interesse genuíno em ajudá-la e não vai enganá-la e que os sintomas podem ser manejados. A motivação para o tratamento pode ser despertada pela avaliação dos aspectos insatisfatórios de sua vida. Mostrar entendimento e empatia pelos sentimentos da paciente, especialmente em relação ao terror de vir a perder o controle sobre o peso, bem como aceitar suas crenças como genuínas para ela, facilita a relação. Um papel terapêutico central é o esforço do terapeuta em entender a perspectiva única da paciente e expressar o reconhecimento disso, transmitindo a mensagem de que ela merece desfrutar da interação com outros, sendo um ser integral restaurando a esperança nas pessoas.<sup>41</sup>

As pacientes defendem ferozmente seu padrão alimentar, como quem defende a existência de seu próprio *self*. “Abrir mão” dos sintomas e dos rituais alimentares precocemente, sem uma figura de *self* substituta, pode ser sentido como uma ameaça à coesão do próprio *self*. As pacientes relatam ter muito medo de ficarem gordas e ganhar peso, e é curioso e intrigante como esse medo intenso não diminui com a perda progressiva do peso. A perda de peso, vista como autocontrole e disciplina, não pode ser abandonada, enquanto engordar é visto como um sinal de fracasso e fraqueza.<sup>42</sup> Como a dor emocional da paciente tende a ser difícil de ser tolerada, mecanismos de defesa de negação, *splitting*, dissociação, identificação projetiva e

repressão são usados de forma adaptativa pela mente para colocar de lado a angústia interna.<sup>35</sup> A habilidade limitada em acessar e tolerar a experiência emocional pode tornar-se aparente no início da terapia psicodinâmica, pelo restrito repertório de experiências afetivas, em sua sensibilidade à sobrecarga emocional e em sua tendência a aceitar prontamente as opiniões, as crenças e as interpretações do terapeuta.

Em geral, o foco unicamente no peso e na forma corporal está associado ao estreito leque de interesses e à limitada capacidade para reflexão sobre si. As preocupações com peso e comida deslocam a experiência emocional que é desconfortável ou ameaçadora.<sup>20</sup>

O primeiro passo do tratamento, então, é a criação de um contexto de segurança no qual a paciente possa, gradualmente, sentir-se mais confortável em compartilhar aspectos do *self* que obstruíram o crescimento pessoal e encontraram expressão nos sintomas de TA.<sup>35</sup> Assim, essa abordagem é bastante diversa da confrontação da psicanálise clássica. No mesmo sentido, as defesas são entendidas como tendo uma função protetora de um *self* vulnerável à depleção e à fragmentação, e não como obstáculos que devem ser removidos em camadas. Mesmo os comportamentos autodestrutivos e derrotistas são vistos com respeito, como tentativas de manutenção da coesão do *self*; e os padrões arcaicos e seus comportamentos devem ser descritos e explicados, em vez de confrontados.<sup>41</sup>

Em um primeiro momento, o psicoterapeuta deve ter um papel mais ativo,<sup>13</sup> sendo desejável uma atmosfera colaborativa entre paciente e terapeuta.<sup>6</sup> São indicadas algumas mudanças na técnica analítica clássica, como evitação de silêncios (aumentam a sensação de abandono e as atuações), de interpretações profundas e de neutralidade austera. O terapeuta deve

tolerar as manifestações transferenciais primitivas.<sup>6,7</sup> Responsividade empática pode ser mais importante para essas pacientes do que interpretações voltadas ao *insight*. Assim, o papel da interpretação deve ser repensado. A atividade interpretativa é direcionada para, em colaboração com a paciente, ajudá-la a compreender e organizar sua experiência, e não para revelar material inconsciente reprimido. A abordagem inicial examina os momentos de experiência emocional vivenciados na sessão e levam em consideração a influência mútua entre paciente e terapeuta. Explicações do terapeuta sobre “os verdadeiros significados” dos sintomas da paciente são substituídas por uma construção colaborativa do significado do vivenciado na sessão.<sup>20</sup> Bion,<sup>18</sup> em 1962, referiu-se ao caráter arcaico do funcionamento mental nos transtornos alimentares, apontando para o fato de que uma paciente com TA, ao chegar para tratamento, é como se fosse um bebê prematuro ou um feto que ainda não nasceu e, ao mesmo tempo, uma mulher em sua idade cronológica.

À medida que os sintomas alimentares se tornam menos proeminentes e os riscos diminuem, amplia-se o espaço para uma abordagem psicodinâmica. Nessa etapa, o enfoque terapêutico se volta para o entendimento simbólico do sintoma como uma comunicação da natureza e extensão do conflito subjacente, buscando alternativas mais adaptativas para lidar com o sofrimento.<sup>14</sup> A terapia psicodinâmica deve facilitar o mundo subjetivo da paciente a emergir. Isso ocorre de forma lenta, porém progressiva, quando o terapeuta mantém uma atitude de curiosidade e questionamento empático, tendo a experiência subjetiva da paciente como o foco da atenção. No início do tratamento, as comunicações não verbais podem ser os guias mais confiáveis para a experiência autêntica da pa-

ciente, e essa estratégia pode fornecer um ambiente em que a experiência da paciente é validada, e a reflexão criativa, facilitada. O foco não é na experiência inconsciente, mas em momentos da experiência vivenciada que era evitada, negada ou excluída previamente. Pode ser particularmente útil na sessão observar expressões afetivas visíveis ou contradições entre as comunicações verbais e não verbais, pois evidenciam a experiência vivida, em oposição a construções intelectualizadas.<sup>20</sup> Nomear sentimentos auxilia as pacientes a terem a sensação de domínio de si mesmas e a desenvolverem um repertório mais efetivo de comportamentos adaptativos para usar quando encontrarem os desafios da vida. Tornar consciente o inconsciente amplia as capacidades reflexivas, possibilitando o uso da mente de forma construtiva.<sup>35</sup>

O psicoterapeuta deve lançar um olhar e uma escuta especial ao conteúdo não verbal da paciente, expresso por meio da transferência, da atuação de suas relações objetivas. Esta pode ser caracterizada por pressões internas no terapeuta de agir ou interpretar, de forma equivocada, o material verbal da paciente, distanciando-se daquilo que deve ser compreendido. O distanciamento é como uma atuação do psicoterapeuta por sua própria dificuldade de compreender o que é vivenciado na transferência. Pacientes muito regressivos despertam intensos sentimentos no terapeuta, e, muitas vezes, fica difícil manejá-los. Emoções intensas de amor, ódio e desesperança podem impedir a capacidade de pensar e provocam no psicoterapeuta a vontade de agir, um *acting out*. Entretanto, a principal tarefa do terapeuta nesse momento é tolerar os sentimentos projetados sem realizar um *acting out*.<sup>43</sup> Ele deve se sentir confortável por estabelecer limites quando a paciente expressa sentimentos como raiva. Limites precisos e firmes são a

base do tratamento, pois constituem uma forma de auxiliar a paciente a encontrar seus próprios limites. Interpretações sobre a raiva podem ser úteis, mas apenas quando a paciente tiver condições de ouvir; *timing* é essencial.<sup>44</sup> A experiência subjetiva deve ser o material analítico primário, e o *self*, que é a estrutura ou organizador da experiência subjetiva, é a estrutura psicológica central. A ênfase em subjetividade, empatia e responsividade é importante para essas pacientes, assim como uma transferência que focalize a necessidade de uma experiência que reforce seu *self*. Terapeuta e paciente não apenas se influenciam mutuamente como constroem, de forma conjunta, os significados da experiência subjetiva.<sup>20</sup>

Os transtornos alimentares podem ser vistos como um exemplo de funcionamento esquizo-paranoide, no qual o mundo da paciente é dicotomizado entre bom/magro e mau/gordo. Os sentimentos experienciados como ruins e perigosos são projetados na comida e na gordura. Pacientes que vomitam e abusam de laxantes frequentemente são conscientes de que estão tentando livrar-se de sentimentos e que os vômitos e as fezes podem representar simbolicamente emoções más e perigosas.

O desenvolvimento de intervenções que visem a verbalizar estados internos, quebrando a ansiedade em pequenas entidades, aumentando a capacidade de pensar com clareza, separando realidade e fantasia e postergando a gratificação, envolve técnicas analíticas clássicas que auxiliam na liberação de inibições no funcionamento mental, permitindo o acesso ao mundo interno (mental). A capacidade e a disponibilidade do terapeuta para assumir o papel de objeto mau é desafiadora e auxilia as pacientes a lidar de modo mais efetivo com o

mundo externo, diminuindo os sintomas, pois a agressão é mobilizada e canalizada de forma mais adaptada – trabalhada no tratamento.<sup>44</sup> Dessa perspectiva, a psicoterapia busca integrar os sentimentos maus colocados para fora e ajuda a paciente a sair da posição esquizoparanoide para entrar na posição depressiva.

Terapeutas usam a transferência para assinalar reações baseadas em experiências antigas de relacionamentos com sentimentos de vazio e profunda solidão.<sup>7,35</sup> O trabalho no aqui e agora da sessão implica estar atento às reações da paciente, às interpretações e à forma como se apresenta. Para tanto, a interpretação deve traduzir o cenário da experiência real, nomeando e integrando o conteúdo não verbal.<sup>43</sup> Substituem-se condutas por processo de mentalização, como em organizações limítrofes de personalidade, que, muitas vezes, é o caso.<sup>7</sup> No entanto, o terapeuta deve estar atento, pois, devido à dificuldade de simbolização, a paciente, ao escutar uma interpretação, não ouve só palavras, mas também a musicalidade/melodia do que é dito, o que pode ter um efeito maior do que o conteúdo da interpretação.

O terapeuta, ao auxiliar a paciente a manejar sentimentos dolorosos, sendo continente, torna-os menos aterrorizadores. Quando esse processo ocorre adequadamente, as pacientes internalizam, de seus terapeutas, novas formas de trabalhar sentimentos, memórias, frustrações e sucessos. Quando a continência falha, as pacientes perdem uma chance de aprender métodos mais adaptativos de se acalmar, consolar e discernir seus sentimentos.<sup>35</sup> Uma postura relativamente ativa e engajadora ajuda a manter certa proximidade. Prover estrutura, interação verbal, direcionamento e mesmo intervenções comportamentais pode ser necessário para que certas pacientes sintam o terapeuta como

realmente envolvido. Atitudes específicas podem ser necessárias para certas pacientes para vivenciarem experiência de autoridade, cuidado e sentimentos positivos dos terapeutas. É apenas por tentativa e erro que terapeuta e paciente poderão encontrar significados na interação que sejam significativos e aceitáveis para ambos e que promovam crescimento para a paciente.<sup>20</sup>

Nos TAs, a relação com o corpo é central no tratamento psicoterápico. Essas pacientes tentam controlar o corpo para controlar as próprias emoções, sensações, necessidades e desejos. Falam com orgulho de seu controle sobre comida, vômitos e excesso de exercícios, uma noção de autonomia pessoal enganadora e destrutiva. Elas usam a mente para render o próprio corpo, valendo-se da intelectualização de suas dificuldades e enfatizando, no tratamento, o pensamento, para não entrarem em contato com os sentimentos; usam o mecanismo de cisão para apresentarem na sessão somente a parte madura da personalidade, aquela que, aparentemente, colabora com o tratamento. Entretanto, deixam fora da sessão os núcleos regressivos, que necessitam ser compreendidos e tratados.<sup>43</sup> Ampliando a consciência das motivações internas em si e nos outros durante os momentos de interação, é possível melhorar antecedentes de comportamentos patológicos de controle, intrusão, contenção, senso de identidade, sexualidade, emoções reprimidas, bem como padrões antigos de negligência, abuso, dificuldades temperamentais e psicopatologia parental.<sup>44</sup>

A anorexia e a bulimia são consideradas transtornos da era contemporânea, pela concretude de suas expressões, pelo vazio de significados, pelos sucessivos *actings*, pelos constantes *splittings*, pela impulsividade das ações violentas

em detrimento da ponderação elaborada do pensamento.<sup>18</sup> Intervenções psicodinâmicas podem promover um espaço para as funções reflexivas primárias se desenvolverem e expandirem, dando a chance às pacientes de fazerem uma revisão dramática dos modelos internalizados de relações. Auxiliam, lentamente, no processo de fazer conexões e vivificar um senso de continuidade. A partir da continência, as pacientes ganham respeito por si próprias, suas vidas e seus esforços e podem descobrir a coragem e a curiosidade necessárias para se comprometerem no enfrentamento da vida.<sup>35</sup>

Preocupações com o corpo são persistentes; no entanto, questões interpessoais e psicológicas passam a ocupar uma proporção muito maior da experiência subjetiva da paciente. Essa redução das preocupações somáticas e o aumento de interesse em outros aspectos do mundo emocional ocorrem devido a uma ampliação das capacidades e dos interesses; não devem ser confundidos com o desvio da atenção dos sintomas somáticos de forma prematura. Mais provavelmente, refletem o desenvolvimento de um sentido psicológico de *self* e um aumento da capacidade de percepção emocional, mais do que uma submissão aos desejos que percebe no terapeuta. Com a continuidade da terapia, a relação terapêutica auxilia na habilidade de tolerar e integrar uma ampla gama de sentimentos evocados pelas vivências, possibilitando uma vida mais plena.<sup>20</sup>

A prática contemporânea da abordagem psicodinâmica dos TAs busca integrar diversas teorias, entre elas das relações objetais, psicologia do ego e psicologia do *self*, em uma compreensão dos antecedentes dos sintomas de TA. Assim, deve-se buscar uma integração com outras intervenções e abordagens realizadas quando o cuidado é prestado por equipe multidisciplinar,

idealmente composta por especialistas em transtorno alimentar. A psicoterapia psicodinâmica objetiva clarificar os conflitos internos, desenvolver conexões que possam ser satisfatórias e prazerosas e proporcionar à paciente uma experiência maturacional corretiva, sendo a relação terapêutica um modelo.

Na contratransferência, o psicoterapeuta irá experimentar os mesmos sentimentos de desesperança, raiva ou até mesmo fome que a paciente reprime, sendo fundamental que seja capaz de conter essas projeções e experimentá-las sem atuar. Isso permite que a paciente se sinta segura o suficiente para começar a pensar sobre

seus sentimentos. Uma das experiências de maior valor na psicoterapia é quando a paciente descobre que pode permitir a si mesma tanto ser “má” quanto ser “boa” e que tanto ela quanto o psicoterapeuta sobrevivem aos seus sentimentos maus. Isso assegura que seus sentimentos não são tão destrutivos como ela temia. Essa relação permite que a paciente processe os afetos mais proeminentes, reexperimente marcos desenvolvimentais de uma maneira saudável e adulta e, por uma identificação positiva com seu terapeuta, preencha déficits psicológicos que inibiram seu desenvolvimento emocional,<sup>45</sup> para que possa descobrir um mundo além do TA.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Mariana chegou para atendimento encaminhada por um neurologista, procurado pela paciente por dificuldades de conciliar o sono. A paciente ficava três dias sem dormir ou dormia 16 horas seguidas. Além disso, Mariana referia que estava comendo compulsivamente em alguns momentos e depois induzia o vômito. Conforme o relato da família, ela também evitava alimentos considerados “proibidos” (mais calóricos), não fazia as refeições com a família e apresentava rituais para comer. No início do tratamento, estava com índice de massa corporal (IMC) de 19. A paciente recebeu o diagnóstico de bulimia nervosa e iniciou o tratamento para transtorno alimentar. No contrato de trabalho, foi esclarecido que o tratamento seria realizado por equipe multidisciplinar especializada em tratamento de TA, com consultas semanais de psicoterapia e consultas periódicas com nutricionista, clínico geral e psiquiatra. Mariana recebeu indicação de uso de medicação, porque apresentava, além dos sintomas do TA, sintomas depressivos, impulsividade, sintomas de ansiedade e pensamentos obsessivos.

Na primeira consulta com a psicoterapeuta, Mariana demonstrou sua fragilidade por meio do corpo – era pequena, muito magra (desnutrida), aparentava menos idade do que seus 23 anos, usava roupas largas, que disfarçavam a falta de formas corporais femininas, parecia que quase não conseguiria ficar em pé. Informou que vomitava após todas as refeições. Tinha cabelos loiros, secos e quebradiços, pele muito branca, olhos fundos e caídos, como se faltasse vida em seu corpo, conseqüências da desnutrição. Já as unhas das mãos eram muito bem pintadas, com esmaltes de cores fortes. Isso parecia representar o contraste da sua vida, a ambigüidade entre a vida e a morte. A paciente, com olhar de súplica, explicou sobre seus sintomas, queixando-se de que não conseguia parar de vomitar, chegando a machucar a garganta com o uso de escovas de dentes para forçar o vômito. Mariana apresentava muitos sintomas depressivos (também devido à desnutrição), como dificuldade em sair da cama, falta de ânimo para realizar suas tarefas cotidianas e sensação de pouca perspectiva de futuro. Informou que sua vida estava muito ruim e che-

(*Continua*)



### (Continuação)

gava a pensar em se matar, mas não tinha coragem de tomar tal atitude, pelo menos não concretamente, negando a possibilidade da morte devido aos sintomas do TA. O pensamento obsessivo permeava sua vida em vários aspectos, não apenas na alimentação, mas também na limpeza e na arrumação da casa, provocando rituais compulsivos. A paciente contava todos os alimentos que compunham suas refeições. Ao comer um tomate, por exemplo, pensava que nele havia “frutose que se transforma em muitas calorias” no seu corpo, e essa ideia a deixava aterrorizada e a levava a vomitar.

No início do tratamento, foram utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais, e, assim, criou-se, em conjunto com a paciente, uma formulação sobre o que ela considerava que disparava e mantinha seus comportamentos alimentares disfuncionais. Foram feitas combinações sobre a regularidade das refeições e dos lanches e instituído o uso de registro de automonitoramento. Além disso, foi iniciada a pesagem colaborativa nas consultas, com a construção de um gráfico de peso para acompanhar as modificações que estavam, de fato, ocorrendo e diminuir o medo de engordar descontroladamente. A paciente foi incentivada a não se pesar fora da sessão. Nos primeiros atendimentos, foi necessário tentar conter as angústias da paciente para vincular-se a ela. Apesar de alguma ambivalência, Mariana mostrava-se motivada para o tratamento e sentia alguns de seus sintomas, especialmente os vômitos e os rituais, como egodistônicos. A família foi vista para colaborar na avaliação e também para receber orientações sobre o TA e o tratamento; no entanto, no caso, não foi realizada terapia familiar como parte do tratamento.

Após alguns percalços iniciais, como a relutância em realizar o automonitoramento, Mariana foi conseguindo compreender melhor o círculo vicioso de seus sintomas e adquirir mais controle sobre seus episódios de compulsão-purgação, que seguiam ocorrendo com menor frequência. Em determinada sessão, a paciente reclamou que os pais não entendiam o porquê de ela não conseguir parar de vomitar. Aos poucos, conseguiu explicitar a raiva que sentia por eles a deixarem de lado. A paciente demonstrava grande ambivalência com relação aos vômitos; embora referisse querer parar de vomitar, não conseguia. Eles eram seus acompanhantes e alívio de angústias; enquanto vomitava, não precisava pensar que, embora já tivesse mais de 23 anos, não havia construído nada para si, somente terminado a escola. A paciente conta que a mãe engravidou dela aos 17 anos e seu pai não assumiu a paternidade. Desapareceu durante 22 anos. Há um ano somente, ele havia “reaparecido” em sua vida, devido a um contato de Mariana. Durante a infância, morou na casa dos avós maternos, até que, por volta dos seus 7 anos, sua mãe casou com o padrasto, a quem Mariana chamava de pai. Após dois anos, a mãe engravidou de outra menina. A paciente informou ter um péssimo relacionamento com a irmã, porque as duas discutiam e brigavam pela atenção do casal.

Após algumas semanas de tratamento, Mariana parou de vomitar, mas também parou de comer. Os vômitos cessaram porque a mãe não deixava a filha sozinha, parecia que estava começando a olhar para ela. Assim, durante quase dois meses de tratamento fazendo sérias restrições, foi perdendo peso, e o IMC ficou próximo a 17. O diagnóstico “migrou” para anorexia nervosa do tipo purgativa. Mariana relatava que era impossível seguir com o alimento dentro de seu corpo, e a distorção da imagem corporal tornou-se progressivamente mais evidente. Ela acreditava que, se comesse e não vomitasse, todo o alimento iria transformar-se em gordura. Seu sofrimento era intenso, pois percebia, pelas roupas, que estava perdendo peso, mas, ao ver sua imagem refletida no espelho, enxergava-se “gorda, cheia de gordura e banha na barriga”. Foi trabalhada sua alteração na percepção do próprio corpo por meio de monitoração da checagem corporal, orientações e educação sobre o uso de espelhos e comparações com os outros. Com o auxílio da psicoterapia, a paciente começou a melhorar o “relacionamento” com seu corpo e com suas “imperfeições”. Isso

(Continua)

*(Continuação)*

permitiu à Mariana tornar-se consciente de pensamentos sobre sua aparência e da importância desta na avaliação de seu valor pessoal.

Nas consultas com a nutricionista da equipe, a paciente recebia orientações psicoeducativas, planejava como experimentar os alimentos “proibidos”, não pular refeições e melhorar seu padrão alimentar. Mariana trazia o registro de automonitoramento às consultas com a psicoterapeuta para entenderem como se sentia no momento das refeições, bem como antes e depois delas. A paciente relatava grande ansiedade nessas situações, com medo constante do alimento, como se fosse um “terror sem nome”. Para a paciente, era difícil fazer associações de como se sentia e de onde vinha o medo da comida.

A necessidade do padrão regular da alimentação foi enfatizada com três refeições e três lanches diários. Após ingerir mesmo uma pequena refeição, a paciente registrava a crença de ter comido demais e estar com o “estômago cheio”, o que permitia identificar que a interpretação dos sinais fisiológicos de fome e saciedade estava perturbada, devido às consequências fisiológicas do estado de inanição e de suas dificuldades em discriminar estados internos de modo geral. Além disso, era uma reação com forte componente cognitivo, resultante da atenção demasiada dirigida às sensações abdominais que ficavam amplificadas. Ao mesmo tempo, a sensação de “estar entupida” era entendida pela psicoterapeuta como a dificuldade de conter os elementos que não podiam ser simbolizados pela paciente.

Como não estava mais vomitando, Mariana não conseguia seguir o esquema alimentar sem fazer restrições, tinha muito medo de comer e perder o controle sobre a comida. No entanto, aos poucos, foi se aproximando da comida e dos seus medos internos e passou a questionar se poderia realizar alguma atividade profissional para não ficar ociosa em casa. Dessa forma, combinou-se que, quando atingisse o IMC de 19, poderia buscar um trabalho. Essa sessão marcou o início de uma mudança do comportamento alimentar e o modo de se perceber como pessoa. A paciente sentiu-se encorajada e fortalecida com a confiança depositada nela pela psicoterapeuta, reforçando o vínculo e a capacidade de “ser” da paciente. Após essa sessão, passou a seguir as orientações alimentares e, conseqüentemente, iniciou a recuperação do peso. Mesmo que a paciente ainda estivesse muito assustada com o aumento do peso, aos poucos, foi fazendo aproximações com a comida. Por vezes, assustava-se e tinha muito medo de “engordar sem parar”, mas conseguia não provocar os vômitos.

Ao longo desse tempo, Mariana teve algumas compulsões que começavam a ganhar significados. Ela já percebia que, ao ficar com raiva de alguém em casa, em vez de demonstrar o que sentia, ou comia em excesso, ou fazia restrições alimentares. A destrutividade da paciente aparecia também na transferência, com a raiva por ter que se alimentar e pelo tratamento a estar “engordando”. Ainda que a paciente com anorexia se sinta nas mãos dos outros e viva em função do desejo do outro, ela se mostra dócil, obediente e controladora. Há uma alternância entre dominar e ser dominada, destruir e ser destruída.<sup>42</sup> A abordagem dessa destrutividade na transferência é fundamental para tratar tais patologias. Assim, com a continência da psicoterapeuta, que, mesmo atacada, estava sempre disponível para atendê-la no seu horário, a paciente percebeu que seus ataques não destruíam nem a terapeuta, nem o vínculo terapêutico. Suas ansiedades persecutórias diminuíram, e houve um aprofundamento de confiança e colaboração.

Conforme a modificação do padrão alimentar acontecia, a paciente conseguia, na psicoterapia, reconstruir e dar significados a sua história de vida. Nesse momento do tratamento, as técnicas cognitivo-comportamentais já não faziam parte das intervenções da psicoterapeuta. Os recursos utilizados para analisar o material trazido por Mariana eram todos considerados “ferramentas” de psicoterapia de orientação psicanalítica.

*(Continua)*



### (Continuação)

A paciente passou a lembrar que, com a separação dos pais, ela e sua mãe foram morar com os avós maternos e do quanto se percebia como um estorvo e um peso na vida mãe, que tinha pouco tempo para a filha. Mariana tinha a sensação de nunca ter sido amada pela mãe como gostaria. Ela lembrava do quanto havia-se esforçado para ser uma boa filha, boa aluna e uma excelente dona de casa, já que a mãe tinha aversão aos cuidados domésticos. Contudo, ela sentia que, por mais que fizesse esforços, sua mãe nunca estaria satisfeita com seu desempenho. Ela associava sua perda de peso e a busca pelo corpo perfeito com a busca do olhar da mãe e, quem sabe, também do pai sobre ela, olhar esse que sentia não ter sido lançado quando ainda era muito pequena. Via-se só com suas angústias, sem ninguém para acolhê-las e devolvê-las de forma a serem assimiladas como afetos.

Certo dia, Mariana veio muito assustada para a sessão, pois tinha feito muitas restrições na semana. Contou que tomou um café da manhã saboreando-o, e, logo após, veio a ideia de que todos aqueles alimentos iriam engordá-la. Sentiu-se tomada pelo medo, vulnerável. Havia uma dificuldade na paciente em distinguir a necessidade do desejo. Saborear um alimento era sentir seu gosto, e alimentar-se por necessidade era satisfazer uma falta fisiológica, exatamente como um bebê.<sup>22</sup> A interpretação dos significados inconscientes dos pensamentos íntimos da paciente representava, na transferência, a repetição da relação de dependência com seus pais. Assim, uma interpretação sobre as dificuldades da paciente, por vezes, era sentida como algo acusatório, que reforçava seu senso de inadequação e ineficácia. Bruch<sup>13</sup> sugere como método terapêutico o “uso construtivo da ignorância”, que busca estimular o surgimento das capacidades da paciente de pensar por si mesma, sendo ativa em seu processo terapêutico e desenvolvendo autonomia, iniciativa e senso de responsabilidade na exploração de seu mundo interno.

Mariana, nessa etapa do tratamento, já não apresentava sintomas do transtorno alimentar. Ela começou a construir seu desejo de voltar para a faculdade que havia largado porque se considerava incompetente. A paciente estava trabalhando. Falava com carinho da irmã, que não era mais vista como uma rival, mas como uma aliada. Ela havia percebido que não precisava ficar doente para receber o olhar e a compreensão da mãe. Ela se sentia amada, mesmo sem ser a “filha perfeita”, o que era um reflexo da melhora de sua autoestima. Além disso, estava mantendo contato com o pai.

O tratamento dos transtornos alimentares requer uma abordagem complexa, que necessita integrar profissionais de diversas áreas. Portanto, costuma ter melhores resultados quando instituído por uma equipe que fale a mesma linguagem entre si e com a paciente e que possa funcionar de forma coesa evitando dissociações. A paciente deve ser constantemente avaliada quanto aos riscos decorrentes dos padrões alimentares disfuncionais e às oscilações emocionais, sendo a segurança uma prioridade.

A abordagem psicoterápica deve levar em consideração as peculiaridades dos sintomas e as características psicológicas da paciente e raramente apresenta resultados positivos em casos extremos de desnutrição. Em pacientes que apresentam indicação, a abordagem psicodinâmica pode contribuir de forma significativa no processo terapêutico, em especial quando utilizada de forma complementar ou integrada a abordagens mais específicas ao controle dos sintomas, como a terapia cognitivo-comportamental.

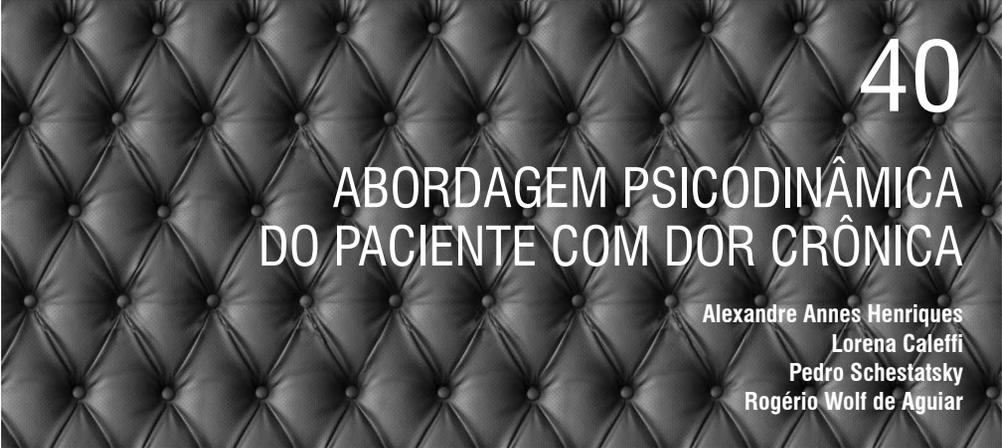
**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. A supervalorização da forma e do peso corporais, bem como do controle sobre o corpo e a alimentação, consiste na psicopatologia específica da anorexia nervosa, da bulimia nervosa e de síndromes parciais.
2. A compreensão transdiagnóstica desses transtornos, que destaca as semelhanças entre os quadros e assinala o fenômeno da migração diagnóstica ao longo do tempo, reflete-se em múltiplos aspectos da compreensão emocional e da abordagem terapêutica.
3. Da perspectiva psicanalítica, não há um modelo de compreensão único acerca dos conflitos inconscientes dos TAs.
4. Os TAs têm sido particularmente difíceis de tratar, devido a sua natureza egossintônica. Em função disso, a integração de abordagens motivacionais à abordagem psicoterápica é recomendada.
5. Especialistas em TAs indicaram usar intervenções que integram abordagens comportamentais e psicodinâmicas.
6. É de fundamental importância assinalar a necessidade de avaliação de riscos, pois os TAs estão associados a várias complicações clínicas graves, muitas delas potencialmente fatais, como arritmias cardíacas.
7. O paradigma psicodinâmico proporciona uma compreensão da dimensão psicológica das pacientes, auxiliando os terapeutas envolvidos no atendimento a conter sentimentos transferenciais e contra-transferenciais e facilitando o desenvolvimento da aliança terapêutica.
8. As preocupações com peso e comida deslocam a experiência emocional que é desconfortável ou ameaçadora; a partir daí, a intelectualização das próprias dificuldades e os mecanismos de defesa de cisão são os mais utilizados para que as pacientes não entrem em contato com os próprios sentimentos.
9. A psicoterapia deve ajudar essas pacientes a entender o significado dos sintomas e a buscar formas de controlar os modos desadaptados de lidar com os conflitos.
10. Objetivos psicológicos de longo prazo buscam resolver as vulnerabilidades subjacentes, como autoestima frágil, autoimagem negativa, deficiências na autoconfiança, e desenvolver a habilidade de regular os afetos sem lançar mão dos comportamentos do TA.
11. A psicoterapia psicodinâmica objetiva clarificar os conflitos internos, desenvolver conexões que possam ser satisfatórias e prazerosas e proporcionar à paciente uma experiência maturacional corretiva, sendo a relação terapêutica um modelo.
12. Em um primeiro momento, o psicoterapeuta deve ter um papel mais ativo, sendo desejável uma atmosfera colaborativa entre paciente e terapeuta, com evitação de silêncios, de interpretações profundas e de neutralidade austera.
13. Observar expressões afetivas visíveis ou contradições entre as comunicações verbais e não verbais permite focar na experiência vivida em oposição a construções intelectualizadas.
14. Na contratransferência, o psicoterapeuta irá experimentar os mesmos sentimentos de desesperança, raiva ou até mesmo fome que a paciente reprime, sendo fundamental que seja capaz de conter essas projeções e experimentá-las sem atuar.
15. Preocupações com o corpo são persistentes; no entanto, questões interpessoais e psicológicas passam a ocupar uma proporção muito maior da experiência subjetiva da paciente. Essa redução das preocupações somáticas e o aumento de interesse em outros aspectos do mundo emocional ocorrem devido a uma ampliação das capacidades e dos interesses.

## REFERÊNCIAS

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2009.
2. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003;361(9355):407-16.
3. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet*. 2010;375(9714):583-93.
4. Van den Eynde F, Treasure J. Neuroimaging in eating disorders and obesity: implications for research. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009;18(1):95-115.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. DSM-5. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
6. Dancyger I, Krakower S, Fornari V. Eating disorders in adolescents: review of treatment studies that include psychodynamically informed therapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2013;22(1):97-117.
7. Persano H. Abordagem psicodinâmica do paciente com transtornos alimentares. Eizirik CL, Aguiar RW, Schetatsky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 674-88.
8. Lask B, Frampton I, editors. *Eating disorders and the brain*. Chichester: John Wiley & Sons; c2011. p. 238.
9. Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009;43(14):1125-32.
10. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1342-6.
11. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry*. 2009;166(3):311-9.
12. Gordon R. Concepts of eating disorders: a historical reflection. In: Hoek HW, Treasure J, Katzman M, editors. *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Chichester: Wiley; 1998. (Wiley series in clinical and neurobiological advances in psychiatry, v. 4). p. 546.
13. Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books; 1973. p. 416.
14. Gorgati SB, Holcberg AS, Oliveira MD. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl 3):44-8.
15. Caparrotta L, Ghaffari K. A historical overview of the psychodynamic contributions to the understanding of eating disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2006;20(3):175-96.
16. Kullman A. The "perseverant" personality: a preattachment perspective on the etiology and evolution of binge/purge eating disorders. *Psychoanalytic Dialogues*. 2007;17(5):705-32.
17. Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: Klein M. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: LTC; 1946. p. 314-43.
18. Bion WR. Uma teoria sobre o pensar. In: Bion WR. *Estudos psicanálticos revisados: second thoughts*. Rio de Janeiro: Imago; 1994. p. 127-37.
19. Miranda MR. O mundo objetal anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes. *Rev Bras Psicanál*. 2004;38(2):309-34.
20. de Groot J, Rodin G. Coming alive: the psychotherapeutic treatment of patients with eating disorders. *Can J Psychiatry*. 1998;43(4):359-6.
21. Selvini Palazzoli M. Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. New York: J. Aronson; c1974.
22. Steiner CM. Anorexia, bulimia e obesidade. *Revista da SBP de PA*. 2004;6(2):441-460.
23. Ben-Meir M, Bucci W, Bers SA. The language of anorexia nervosa: implications for

- the "talking cure". *J Am Psychoanal Assoc.* 2009;57(1):181-7.
24. Gabbard GO, Gabbard G. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice.* 4th ed. Washington: American Psychiatric; 2005. p. 652.
  25. Fitzpatrick KK, Lock J. Anorexia nervosa. *Clin Evid (Online).* 2011;2011. pii: 1011.
  26. Hartmann A, Weber S, Herpertz S, Zeeck A; German Treatment Guideline Group for Anorexia Nervosa. Psychological treatment for anorexia nervosa: a meta-analysis of standardized mean change. *Psychother Psychosom.* 2011;80(4):216-26.
  27. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, Powers P, et al. Guideline watch (august 2012): practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Washington: American Psychiatric; 2012.
  28. Strober M, Johnson C. The need for complex ideas in anorexia nervosa: why biology, environment, and psyche all matter, why therapists make mistakes, and why clinical benchmarks are needed for managing weight correction. *Int J Eat Disord.* 2012;45(2):155-78.
  29. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(4):CD004780.
  30. Treasure J, Cardi V, Kan C. Eating in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2012;20(1):e42-9.
  31. Vitousek K, Watson S, Wilson GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev.* 1998;18(4):391-420.
  32. Hilbert A, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm FA, Striegel-Moore RH. Clarifying boundaries of binge eating disorder and psychiatric comorbidity: a latent structure analysis. *Behav Res Ther.* 2011;49(3):202-11.
  33. Dray J, Wade TD. Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(6):558-65.
  34. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet.* 2010;375(9714):583-93.
  35. Zerbe KJ. *Integrated treatment of eating disorders: beyond the body betrayed.* New York: W.W. Norton; c2008.
  36. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33(3):611-27.
  37. Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* New York: Guilford; c2008. p. 324.
  38. Murphy R, Straebl S, Basden S, Cooper Z, Fairburn CG. Interpersonal psychotherapy for eating disorders. *Clin Psychol Psychother.* 2012;19(2):150-8.
  39. Thompson-Brenner H, Satir DA, Franko DL, Herzog DB. Clinician reactions to patients with eating disorders: a review of the literature. *Psychiatr Serv.* 2012;63(1):73-8.
  40. Tobin DL. *Coping strategies therapy for bulimia nervosa.* Washington: American Psychological; c2000. p. 249.
  41. Bachar E. Case illustration of the self-psychological treatment of eating disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2005;42(3):154-62.
  42. Scazufca ACM, Berlinck MT. Sobre o tratamento psicoterapêutico da anorexia e bulimia. *Psicologia Clínica.* 2002;14(1):115-29.
  43. Joseph B. A transferência na situação total. In: Spillius EB, organizador. *Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica.* Rio de Janeiro: Imago; 1985. v. 2. p. 76-88.
  44. Zerbe KJ. The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2001;24(2):305-13.
  45. Fox JRE, Goss K. *Eating and its disorders.* Chichester: Wiley-Blackwell; 2012. (Wiley series in clinical psychology). p. 524.



40

# ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE COM DOR CRÔNICA

Alexandre Annes Henriques  
Lorena Caleffi  
Pedro Schestatsky  
Rogério Wolf de Aguiar

Dor é um dos principais sinais de alarme para proteção da vida e da integridade do organismo humano. É, portanto, um mecanismo adaptativo. Sua percepção leva o indivíduo ao conhecimento de que algo está ameaçando sua saúde, despertando a necessidade de se proteger. A dor aguda (DA) cumpre bem essa finalidade. Entretanto, quando a situação básica se prolonga, a persistência da dor pode se tornar, ela própria, um problema a mais, já que é capaz de desencadear um grau de sofrimento limitante e modificador do comportamento. A dor crônica (DC), com frequência, torna-se uma situação que exige uma abordagem terapêutica específica e complexa. É a causa mais comum de consulta médica, afetando cerca de 20 a 30% da população em geral.<sup>1-3</sup> Clínicos de muitas especialidades encontram seguidamente pacientes que descrevem a dor intermitente (p. ex., cefaleia crônica) ou persistente (p. ex., dor lombar) como a condição primária pela qual buscam tratamento ou como uma complicação de um transtorno clínico

subjacente (p. ex., doenças reumatológicas, neurológicas, câncer).

A abordagem do paciente com DC requer habilidades específicas, incluindo sua avaliação abrangente e o desenvolvimento de um tratamento multidisciplinar, programado para enfrentar a dor, bem como os aspectos físicos, socioambientais, espirituais e comportamentais associados.<sup>4</sup> Para melhor compreensão da abordagem psicodinâmica indicada para esses pacientes, descreveremos alguns conceitos básicos sobre o estímulo doloroso e sua percepção, os tipos de dor mais frequentes, os aspectos psiquiátricos e psicodinâmicos envolvidos e a implementação da psicoterapia de orientação analítica focada no paciente com DC.

## **NOCICEPÇÃO E DOR**

A dor pode ser considerada pelo clínico como apropriada ou desproporcional para a extensão do dano tecidual. Isso se clarifica pela distinção entre nocicepção e dor.

Nociceção é a atividade produzida no sistema nervoso por um estímulo potencialmente lesivo, que pode ser mecânico, químico e/ou térmico. Dor é a percepção dessa nociceção, mas, como outras percepções, é modulada por fatores culturais, circunstanciais, de gênero, afetivos, entre muitos outros.<sup>4</sup> Em outras palavras, a dor pode ser considerada uma emoção, não apenas uma sensação, tal como o tato e a propriocepção.

As síndromes dolorosas podem ser nociceptivas (ou musculoesqueléticas), neuropáticas, mistas ou funcionais (*dor sine materia*). As nociceptivas tendem a ser congruentes com o grau de lesão tecidual, ao passo que as neuropáticas costumam ser aberrantes, induzidas por lesões no próprio sistema nervoso, seja em nível periférico (p. ex., diabetes), seja em nível central (p. ex., esclerose múltipla).

## DOR “REAL” VERSUS DOR “EMOCIONAL”

Com frequência, psiquiatras e psicólogos são chamados para fazer o diagnóstico diferencial entre dor “real” e “emocional”. Na verdade, este é um falso dilema: “se o paciente se queixa de dor, há dor real!”. A única exceção são os pacientes simuladores, que mentem de forma voluntária e consciente sobre suas sensações. Eles inventam uma falsa informação, em geral com o objetivo de obter algum ganho secundário, seja financeiro, seja emocional (p. ex., a atenção da família). Nos demais casos, a pessoa que se queixa de dor está, de fato, vivenciando uma sensação desagradável que identifica como dor, seja conversiva, hipocondríaca, alucinatória (dores “funcionais”), seja por uma lesão tecidual em sua origem (dor or-

gânica). O que varia é o percentual de fatores psicológicos e orgânicos na gênese e na manutenção da dor.<sup>5</sup>

## ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS E NEUROPLASTICIDADE

Mecanismos centrais e periféricos de percepção da dor são dinâmicos e mutuamente interativos. O estímulo nociceptivo persistente promove mudanças morfológicas e funcionais nas estruturas neurais, as quais reforçam a própria nociceção, fazendo, com o decorrer do tempo, aumentar a sensibilidade ao estímulo doloroso (sensibilização).

Essa mudança é sustentada por peptídeos e neurotransmissores. A sensibilização resulta em hiperalgesia e também ocorre em nível central, não somente periférico, tendo sido encontrada reorganização do córtex primário somatossensorial em estudos de percepção de membro fantasma, sugerindo que a plasticidade neuronal pode se estender ao cérebro, após um quadro doloroso persistente. Mudanças neuroplásticas que resultam na experiência de dor aumentada alteram a função primária da dor, que é a de sinalizar ao organismo uma ameaça em potencial ou real a sua integridade biológica. Ou seja, a dor característica da DC passa a ser uma percepção desestabilizadora, sem valor protetor ao indivíduo.

Da mesma forma, processos psicológicos de estresse e afeto são governados por centros cerebrais ligados às vias da dor, que informam estruturas cerebrais suprassegmentares sobre a presença dessa dor. Tais estruturas são responsáveis pela aversão e pelo desprazer associados ao estímulo nociceptivo. Quando essa percepção de desprazer da dor se confunde com o desprazer

ocasionado por uma situação de estresse, o indivíduo pode decodificar a presença de uma dor física, em vez de uma dor psíquica.

Assim, a divisão cartesiana entre psique e soma é, em geral, imprecisa. Esse contrassenso anatômico-conceitual irá potencializar intervenções terapêuticas inadequadas e, por vezes, iatrogênicas.<sup>6</sup> O exemplo mais comum é visto naqueles pacientes com múltiplas intervenções cirúrgicas da coluna vertebral por lombalgia.

## DOR

A partir de alguns conceitos básicos de nocicepção e percepção dolorosa, fica mais compreensível a definição atual, universalmente aceita, e empregada de dor:

Dor é uma experiência sensória e emocional desagradável, associada a um dano tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano.

Desde 1979, essa definição, sugerida pelo Comitê de Taxonomia da Associação Internacional de Estudos sobre a Dor (IASP), inclui os aspectos nociceptivos e emocionais ligados à percepção da dor, além do aspecto descritivo e da linguagem usada para expressá-la.<sup>5,7</sup> A incapacidade de comunicar verbalmente a sensação dolorosa não exclui sua ocorrência, já que dor é sempre subjetiva, não havendo exames complementares capazes de mensurá-la.

## DOR CRÔNICA

A definição de dor crônica na literatura implica uma duração que varia de um<sup>8</sup> a seis meses.<sup>9</sup> Em algumas doenças, como enxaqueca e osteoartrite, por apresenta-

rem peculiaridades temporais (ocorrência durante anos, com agudizações), tais critérios temporais podem não se aplicar. Para alguns pesquisadores, a duração de três ou mais meses seria suficiente para o diagnóstico de DC.<sup>10</sup>

O reconhecimento da contribuição dos diversos fatores nociceptivos e não nociceptivos impulsionou esforços para formular modelos capazes de explicar a heterogeneidade da dor crônica. O modelo biomédico, que tem dominado o pensamento sobre dor aguda, caracteriza dor simplesmente em termos de estímulo nocivo e das vias neurais aferentes que servem à nocicepção. Sob uma perspectiva terapêutica, esse modelo sugere que a erradicação ou a diminuição da nocicepção, *per se*, é suficiente para aliviar a dor e restaurar a função. Esse modelo, embora atraente por sua simplicidade, várias vezes é inadequado para explicar os comemorativos clínicos associados à DC. O apego ao modelo biomédico pode conduzir a tratamento inadequado e ineficaz.<sup>4</sup>

De modo mais abrangente, Melzack e Wall<sup>11</sup> propuseram um modelo multidimensional para a experiência de dor: uma dimensão sensório-discriminativa, uma motivacional-afetiva e uma terceira cognitivo-avaliativa. A primeira dimensão, sensório-discriminativa, refere-se aos aspectos informativos e adaptativos que podem caracterizar alguns aspectos da dor (particularmente dor aguda decorrente de lesão tecidual), os quais podem fornecer informação espacial, temporal e quantitativa acerca do estímulo nociceptivo. Essa informação, provavelmente, é transmitida por vias sensitivas aferentes rápidas. A dimensão motivacional-afetiva, que reflete o componente reativo à dor, pode ser mediada por vias aferentes polissinápticas em conexão com neurônios reticulares do tronco cerebral e com o sistema límbico. Presume-

-se que impulsos para o córtex modulariam a dimensão cognitivo-avaliativa, mas esse processo é menos conhecido.

Mais recentemente, o modelo biopsiossocial vem sendo empregado pelos profissionais que se dedicam ao manejo da dor, tanto em termos de compreensão dos casos como emprego de intervenções terapêuticas. Tal modelo foi teorizado e investigado pelo médico internista e psiquiatra com formação psicodinâmica George L. Engel.<sup>12</sup> Como os fatores biológicos e psicossociais associados à dor modificam-se com o tempo, bem como as suas inter-relações, esse modelo tem explicado a natureza dinâmica das síndromes dolorosas e da heterogeneidade das evoluções funcionais. Nesse contexto, devemos considerar todos esses aspectos ao programar um plano terapêutico para o paciente. Além de a DC ser um sintoma e não fornecer sinais físicos óbvios, ela é também uma experiência solitária, que não pode ser compartilhada com terceiros. Essa situação tem um profundo impacto na vida laboral, social e familiar do indivíduo. Isolamento e conflitos são comuns com essas mudanças, influenciando de modo negativo na capacidade da construção de relacionamentos e de envolvimento em situações gratificantes. Tais fatores são cruciais na perda de qualidade de vida dos pacientes.

## Tipos clínicos de pacientes com dor crônica

Agrupar os pacientes em categorias clinicamente distintas é útil, uma vez que a melhor abordagem terapêutica pode ser bastante diferente em cada uma delas. Uma classificação possível é a que apresentamos a seguir:

a) Uma primeira grande demarcação entre os tipos clínicos de dor é a diferenciação

entre dor aguda e dor crônica. A dor aguda, em geral, é acompanhada de manifestações predominantes de ansiedade e de comportamentos mais específicos em busca de alívio da dor, enquanto a dor crônica costuma estar associada a manifestações depressivas e a comportamentos muito mais complexos, às vezes até ambíguos. A dor aguda, portanto, está cumprindo uma função adaptativa, sendo um poderoso sinal de alarme de que algo não está bem no organismo. Por sua vez, a dor crônica seguidamente se torna um problema em si e costuma estar associada a sentimentos e comportamentos mal-adaptativos. As alterações comportamentais que podem se desenvolver em quadros de doença crônica, inclusive a síndrome dolorosa, dependem muito dos aspectos psicodinâmicos de cada pessoa.

- b) Dor aguda recorrente, ou dor crônica recorrente (p. ex., cefaleia, algumas artrites, dismenorrea): quando o paciente apresenta características comportamentais do tipo doloroso crônico, o manejo é semelhante ao das demais dores crônicas.
- c) Dor crônica associada a câncer: muitas vezes, é uma mistura de dor aguda, associada a procedimentos médicos eventuais, dor aguda recorrente e dor crônica, tanto nociceptiva quanto neuropática. Nesse caso, os opioides representam a principal opção medicamentosa.
- d) Dor crônica devida a doença progressiva não maligna (p. ex., hemofilia, doenças do colágeno, fibromialgia): nesses pacientes, a extensão, o curso e as implicações psicológicas da doença de base devem ser abordados como elementos essenciais da terapia da dor, que deve ter como objetivo conforto e reabilitação.
- e) Dor crônica associada a lesão orgânica não progressiva (p. ex., neuralgia pós-herpética, distrofia simpaticorreflexa): dores associadas a lesões orgânicas que

não são ameaçadoras de vida nem rapidamente progressivas. Estão inclusas nesta categoria síndromes dolorosas musculoesqueléticas e neuropáticas. Após a avaliação inicial, que identifica a contribuição orgânica para a dor, a melhor abordagem terapêutica deverá focar o alívio sintomático e a reabilitação.

- f) Transtornos psiquiátricos que podem apresentar sintomas dolorosos como parte do quadro clínico (p. ex., transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos somatoformes): se ainda não houver cronificação dos sintomas dolorosos associados, o foco terapêutico é no transtorno psiquiátrico primário.
- g) Pacientes que apresentam mecanismos psicológicos de somatização mais exacerbados e não apresentam quadros orgânicos de dor nem transtornos psiquiátricos maiores: o foco terapêutico é na estrutura de personalidade.

## Predisposição a dor crônica

Nos anos de 1960, seguindo o ponto de vista psicossomático da época, Engel<sup>13</sup> postulou o conceito de “paciente predisposto a dor” (*pain prone patient*), definindo-o como tendo uma estrutura de personalidade com tendências compulsivas e masoquistas, por sentimentos de culpa relacionados a impulsos agressivos inibidos, para os quais a dor serve como uma expiação. Na história da infância desses pacientes, pode-se constatar um acúmulo de abuso ou rechaço emocional, brigas crônicas entre os pais ou separação/divórcio, doença crônica ou morte de um dos pais, início precoce de responsabilidades excessivas para a idade e grande exigência de conquistas. Mais tarde, Sullivan propôs a existência de um perfil catastrófico de resposta aos estímulos doloro-

sos, aferido mediante escores recentemente validados para o português brasileiro.<sup>14</sup> Esse tipo de funcionamento costuma ser visto nos pacientes com fibromialgia, caracterizados por amplificar suas sensações, em especial a dolorosa.

Alguns desses achados retrospectivos puderam ser confirmados em estudos prospectivos, nos quais uma predisposição a dor pôde ser realmente verificada. O fato de que traumas na infância podem ser fatores contributivos essenciais para um quadro posterior de dor crônica não é mais questionado. Dor contínua após cirurgia lombar sem complicações foi um achado em pacientes com experiências traumatizantes na infância, comparados com pacientes sem esses traumas.<sup>15</sup> Assim, pode-se inferir que o desenvolvimento da personalidade na infância também influi na ocorrência posterior de dor crônica, inclusive por hiperativação e hipersensibilização de vias dolorosas periféricas e centrais. Há uma associação significativa entre abuso sexual na infância e dor pélvica crônica.<sup>16</sup>

Porém, é necessário enfatizar que a dicotomia entre dor “puramente psicogênica” e “puramente física”, como foi tentado nos anos de 1970, é meramente didática e inviável na prática clínica. Dor crônica é sempre um resultado da interação de numerosos fatores (físicos, psicológicos, sociais, culturais e, não menos importantes, iatrogênicos).<sup>17</sup>

## AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO PSQUIÁTRICO

A avaliação do paciente com dor é multidimensional. Muitos indivíduos não acreditam (nem aceitam) que seja necessária uma avaliação psicodinâmica para sua condição dolorosa. A ideia de que a condição seja

“predominantemente de etiologia psicogênica” pode contribuir para o estresse do paciente.<sup>18</sup> A presença de dificuldades psicológicas não invalida a queixa do paciente nem elimina a possibilidade de uma condição clínica não psiquiátrica ser a causa principal da dor.<sup>10</sup> Um encaminhamento para um psiquiatra não significa, obrigatoriamente, que a causa da dor crônica seja “psicogênica”, mas que pode haver fatores psíquicos que interagem de forma negativa com a dor.

Os pacientes com dor crônica apresentam associação significativa com abuso de substâncias psicoativas, como álcool, benzodiazepínicos e opioides; aqueles com doenças progressivas apresentam maior risco de suicídio.<sup>19</sup>

A associação mais frequente de DC é com sintomas depressivos. A prevalência de transtorno depressivo varia de 18 a 60% dos pacientes com dor crônica.<sup>18</sup> Outros diagnósticos associados com frequência são transtornos de ansiedade, da personalidade e de somatização.

A maioria dos estudos sugere que a dor crônica costuma preceder a depressão<sup>18</sup> e suceder a dependência química e os transtornos de ansiedade.<sup>19</sup>

Quando a dor crônica precede a depressão, sugere-se que o maior fator desencadeante seja o “estresse de viver com a dor”. Esse modelo de “resposta depressiva” aplica-se especialmente às mulheres.<sup>20</sup>

O momento de entrevista requer habilidade para poder se comunicar de forma mais profunda com o paciente, identificar traços de personalidade e mecanismos de defesa, bem como fazer um diagnóstico descritivo de um transtorno psiquiátrico.

Em geral, esses pacientes mostram um pobre julgamento em relação a procedimentos médicos de risco, negam sentimentos agressivos e rapidamente se alternam entre a idealização e a desvalorização da equipe assistencial. As flutuações tanto do humor como da cooperação podem ser sintomáticas de uma ferida narcísica ou de um dano na autoestima, bem como decorrentes de frustrações repetidas, com abalo na confiabilidade a terceiros. Estimular a falar de sentimentos como a raiva é tão importante quanto estimular a falar da insônia ou da hérnia de disco, assim como identificar as inter-relações entre esses fatores (p. ex., dor-raiva-insônia).

Também é crucial avaliar o grau de catastrofização do exame do estado mental do paciente.

A catastrofização é a distorção cognitiva mais estudada na literatura relacionada à percepção e ao ajuste psicológico à dor.<sup>21</sup>

Vários pacientes desenvolvem, ao longo do tempo, mecanismos de defesa que aumentam sua capacidade de conviver com a dor e, perante o clínico, podem contar uma longa história de dor intensa sem as manifestações de sofrimento que se veriam em um paciente com dor aguda.<sup>22</sup> A capacidade de adaptação ao sofrimento, ironicamente, conduz esses pacientes a uma situação desfavorável diante do examinador, que pode duvidar de sua veracidade. Outros, ao contrário, aumentam, de modo inconsciente, a intensidade de suas queixas.

Comportamentos ritualizados para lidar com a dor podem ter certo grau obsessivo, e os pacientes desenvolvem teorias sobre os mecanismos da dor que refletem

uma maneira de raciocinar compatível com o processo primário de pensamento. Entretanto, a psicose não é frequente. Muitas vezes, o paciente com dor crônica apresenta necessidades infantis de dependência e passividade acentuada. Verbalizam pobremente emoções e afetos, tendem a permanecer preocupados com experiências somáticas em detrimento dos conflitos psíquicos e têm grande dificuldade para lidar com o luto.

A presença de uma condição física bem estabelecida não descarta a importância de fatores emocionais associados, e vice-versa. Uma lesão tecidual ou uma doença física podem ser utilizadas de maneira inconsciente para obter satisfação de necessidades neuróticas, como, por exemplo, livrar-se das responsabilidades com exigências do trabalho ou afetivas. Entretanto, a presença de conflitos psíquicos identificados não afasta, necessariamente, a presença de fatores orgânicos responsáveis pela dor, por seu agravamento ou por sua manutenção. A arte e o desafio de tratar o paciente com DC se constitui na capacidade de discernir a importância de cada um desses componentes.

## **AVALIAÇÃO PSICODINÂMICA**

O terapeuta psicodinamicamente informado necessitará de paciência e flexibilidade ao lidar com pacientes com dor crônica.<sup>15</sup> As entrevistas iniciais de avaliação costumam durar uma hora cada e são semidirigidas. Pede-se ao paciente que fale dele mesmo com grande liberdade, à sua maneira. Idealmente se intervém pouco. É necessário buscar, sob esse discurso oficial, a “verdadeira história”, a que ele conhece, mas negligencia, e sobretudo a de que ele não tem consciência, reprimida.<sup>23</sup>

Ao tomar conhecimento da longa história médica dos pacientes com DC, percebe-se, em geral, a quantidade de profissionais que lhes dedicaram bastante tempo. Entretanto, eles têm a impressão de que não foram escutados e investem em convencer seus médicos da “fiscalidade” da dor.<sup>24</sup> É necessário privilegiar a escuta de uma forma diferente, ou seja, considerando que quem escuta sabe menos sobre aquele que diz não se conhecer. Essa escuta é uma forma de aprendizagem: aprender a conhecer.

É importante não infantilizar o paciente, assumindo uma atitude superprotetora, com manifestações afetivas excessivas. A aliança terapêutica deve ser o mais realista possível, com esclarecimento e correção de expectativas e fantasias irrealis.

O terapeuta deve desenvolver uma atenção especial à linguagem da somatização. Procuram-se pistas por meio da descrição detalhada das características da dor e das consequências geradas na vida do paciente, descobrindo ganhos e perdas. Há ganho secundário? Os sintomas encobrem dificuldades conjugais ou sexuais? Existe algum conflito psíquico simbolizado pela dor? Há tensão muscular crônica? Há achados clínicos compatíveis com a dor? É importante que o paciente conte sua história, evitando-se o uso excessivo de perguntas dirigidas. Caso o paciente comece a descrever uma sucessão de tratamentos prévios, procura-se explorar o modo de enfrentamento e os sentimentos associados a tais experiências, dando-lhe a oportunidade de expressar e refletir a respeito de seus afetos.<sup>25</sup>

Colhe-se uma história detalhada da vida atual e passada, tentando identificar conexões entre eventos da vida e o início dos sintomas ou sua modificação. Como é comum que o paciente refute qualquer re-

lação entre a dor e sua vida emocional, as associações, conscientes ou inconscientes, são instrumentos úteis para validar os indícios de conexões que possam existir. Em alguns casos, há referência a um histórico de pais emocionalmente distantes, que compensavam esse funcionamento somente quando a criança estava doente, tornando-se mais afetivos e disponíveis.<sup>26</sup>

Dansak<sup>27</sup> introduziu o conceito de “ganho terciário”, que se refere a vantagens obtidas, inconscientes ou não, por terceiros (familiares, cuidadores ou outros) em relação a uma pessoa com dor crônica. Esses aspectos devem ser investigados.

De acordo com Joyce McDougall,<sup>28</sup> há dois grandes conceitos oriundos da pesquisa psicanalítica sobre as afecções psicossomáticas: o de raciocínio operatório, criado pelos psicanalistas da Sociedade Psicanalítica de Paris, e o de alexitimia, cunhado por Peter Sifneos, nos Estados Unidos.

O raciocínio operatório refere-se não apenas a um modo de relação com o outro como também a uma determinada maneira de pensar; implica uma forma de relação objetual, marcada pela pobreza de investimentos libidinais e ausência de reação afetiva diante de perdas ou outros acontecimentos traumatizantes. O conceito de alexitimia refere-se à incapacidade de o sujeito nomear seus estados afetivos ou de descrever sua vida emocional. Sifneos, a princípio, atribuiu essa carência a um distúrbio precoce de simbolização linguística. Depois, junto com Nemiah, sugeriu a possibilidade de um defeito fisiológico estrutural. Em ambas as hipóteses, há uma falta de percepção de emoções em nível psíquico. As emoções e os afetos ligados a sensações físicas, sendo rejeitados pelo psi-

quismo do sujeito, criam uma espécie de espaço psíquico vazio, favorecendo somatizações. Nessa linha, a dor seria uma distração de sentimentos e pensamentos ameaçadores, prevenindo a expressão consciente deles.

Uma terceira possibilidade explorada pela Escola Psicanalítica de Paris é uma espécie de histerização arcaica, na qual já há um sentido simbólico em sintomas psicossomáticos, à semelhança da conversão. Entre os pacientes com DC, é comum encontramos os que sofrem a angústia de castração, devido à má elaboração do complexo de Édipo, gerando dores históricas, ou, então, psicossomáticos, nos quais a angústia de perda do objeto é a principal. Nesses casos, a dor, que é localizada em algum ponto corporal, reassegura que ele não perdeu partes do seu corpo, último investimento afetivo que faz ao retirá-lo do objeto idílico ideal (a mãe).<sup>23</sup>

Tanto o vazio da vida afetiva em nível psíquico quanto a falta de identidade do “eu” são supridos pelo sintoma psicossomático e pela dor. Ainda que à custa de sofrimento, dessa maneira, o psiquismo do sujeito “se percebe” como corpo e, portanto, como identidade. Os sintomas psicossomáticos, mesmo que regressivos e, às vezes, perigosos para a integridade vital do sujeito, ainda assim teriam um compromisso com a manutenção da integridade psíquica e da vida.

No transtorno doloroso, tudo começa a girar em torno da lesão e da dor; o indivíduo pode até ter a impressão de que tudo está programado ao redor da dor persistente. O fato de esse processo poder ser observado com frequência levou ao surgimento da expressão “função psicoprotética da dor”, pois o indivíduo fica com a impressão de que a dor o mantém com o senso de si mesmo e, paradoxalmente, lhe dá estabilidade.<sup>17</sup>

## MECANISMOS DE DEFESA E DOR CRÔNICA

Podem-se identificar vários mecanismos de defesa em pacientes com comportamento doloroso crônico. Entre eles, destacam-se os seguintes:

- a) Conversão: há um caráter simbólico predominante na gênese e na manutenção da dor; é um mecanismo característico do tipo psicogênico de dor.
- b) Narcisismo: alguns pacientes tentam se proteger em um mundo imaginário de invulnerabilidade e poder, de forma a evitar sentimentos quase insuportáveis de desamparo. Muitas vezes, essas pessoas são extremamente preocupadas com o sucesso. Ser bem-sucedido é um campo no qual alguém pode construir suas próprias habilidades, objetivando um sentimento de autonomia, estabilidade, força e autoconfiança. Porém, a construção prova ser frágil, se a eficiência da pessoa for subitamente diminuída por uma lesão física ou uma doença e o indivíduo se torna dependente da ajuda de outro. Isso pode levar a uma reativação dos sentimentos infantis de desamparo e a uma conseqüente crise psicossocial.<sup>17</sup>
- c) Estados de tensão psicovegetativos: em geral, sensações físicas acontecem junto com emoções, sendo chamadas de correlatos emocionais. Porém, quando o desenvolvimento e a diferenciação das emoções inatas em sentimentos psiquicamente percebidos não transcorrem com sucesso durante os primeiros anos de formação da personalidade, é possível que os sintomas físicos apareçam dissociados da experiência emocional, e o indivíduo, então, não consegue conectá-los com os processos mentais.
- d) Negação: Fernandez e Turk<sup>29</sup> concluíram que as pesquisas, tradicionalmente, têm

enfocado mais a ansiedade e a depressão associadas à DC, pois a maioria dos pacientes encobre sentimentos, especialmente a raiva, por meio do mecanismo de defesa inconsciente da negação. Com a negação, a comunicação dos impulsos agressivos fica mascarada e de mais difícil percepção por parte do examinador.

- e) Dissociação: é mais comum de ocorrer em pessoas que sofreram abuso ou trauma na infância. A dissociação dificulta ainda mais o senso de integração do paciente, acarretando respostas não adaptativas no contexto da DC.
- f) A dor também pode funcionar como mecanismo de defesa contra uma dor psíquica considerada, inconscientemente, insuportável pelo paciente. Tal situação é mais comum quando há uma correlação cronológica com algum evento importante de vida e o início ou a alteração de um quadro de dor. Situações de vida, por exemplo, podem ser a perda de uma pessoa afetivamente importante, perdas financeiras ou, ainda, perda da própria saúde física. Incluem-se nesse grupo, ainda, casamento, nascimento de filhos, promoções, formatura, mudança para casa própria, os quais representam ganhos objetivos, mas podem ser vivenciados com aumento de ansiedade, medo, aumento de responsabilidade.
- g) Outros mecanismos de defesa que podem ser identificados são cisão, projeção das partes dolorosas do *self*, formação reativa e regressão de leve a grave. A equipe terapêutica pode ser, então, raivosamente rejeitada, quando percebida como persecutória. Despersonalização, embora rara, pode ser um recurso defensivo empregado para lidar com a dor intensa persistente. Distorções graves da imagem corporal acontecem devido à sobrecarga das funções integrativa e sintética do ego.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Laura, mulher com cerca de 45 anos de idade, solteira, vive sozinha, sem filhos, procurou atendimento no Serviço de Dor por reagudização (há oito meses) de um quadro de enxaqueca, cefaleia tensional crônica e cervicobraquialgia (diagnosticadas com radiografias e exame neurológico e tratadas anteriormente). Somente após várias sessões, pôde relacionar a piora da dor com a perda de um relacionamento amoroso importante. A princípio, Laura apenas se preocupava em relatar seus sintomas físicos e queixar-se de que não percebia alívio da dor, negando qualquer sentimento importante quanto à interrupção de sua relação amorosa. Quando ficou claro que a paciente não tomava as medidas terapêuticas necessárias para o alívio da dor, que ela conhecia (uso de analgésicos e fisioterapia), percebeu-se que estava mantendo a dor física, a fim de não se defrontar com a dor da perda. Ao compreender essa correlação, a paciente conseguiu mudar o foco de suas sessões, centrando-se em sua decepção e na raiva do ex-companheiro. Essa mudança de foco permitiu que ela expressasse e elaborasse seus sentimentos em relação à dor da perda e tomasse as medidas adequadas para um alívio efetivo de suas dores físicas. Trata-se, aqui, de um nítido uso defensivo da dor física, para evitar os sentimentos e os significados mais dolorosos em um nível psíquico.

## TRATAMENTO

É preciso ter em mente que, ao tratar em psicoterapia um paciente portador de DC, será necessário manter contato com profissionais de outras áreas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) e abordar aspectos relacionados a uso de medicação (p. ex., expectativas fantasiosas de soluções completas por parte dos medicamentos, frustração com efeitos colaterais e sintomas persistentes). Os múltiplos fatores envolvidos na DC determinam variados tratamentos. Dessa forma, quase sempre, o paciente está realizando múltiplos tratamentos (medicamentoso, fisioterapia, cirurgias, exercícios físicos e posturais, acupuntura, relaxamento, entre outros), que fazem parte do tratamento multidisciplinar e multimodal em DC. Invariavelmente, isso implica contatos entre os profissionais para melhor coordenar o tratamento e evitar dissociações por parte do paciente, o que não é raro. Em muitos casos, a presença do psicoterapeuta na equipe exerce

um papel aliviador da pressão transferencial que o paciente exerce sobre todos os que o tratam. Ele pode auxiliar os demais membros da equipe a manejar de maneira mais satisfatória as demandas do paciente. Nesses casos, o psicoterapeuta terá de usar suas habilidades para participar de um tratamento dessa ordem e tentar manter o enquadre da psicoterapia de orientação analítica.

## Psicoterapia psicodinâmica

Os pacientes com sintomas psicossomáticos, em geral, estão no limite do alcance das psicoterapias psicodinamicamente orientadas. Pelo pensamento operatório, pela alexitimia e pela expressão corporal de seus sentimentos, cria-se uma dificuldade particular à abordagem pela palavra e pela busca de significados simbólicos em seus sintomas. Uma revisão sistemática de 2001<sup>30</sup> sobre o tratamento psicodinâmico em dor crônica indicou algumas adaptações técnicas necessárias nesse contexto:

- a) realizar uma abordagem um pouco mais estruturada e suportiva (pelo menos no início do tratamento)
- b) o terapeuta deverá ter uma função de *holding* mais desenvolvida

Lakoff,<sup>31</sup> entretanto, defende ser possível trabalhar psicodinamicamente com esses pacientes. Lembra Freud:<sup>32</sup>

É de conhecimento universal que a pessoa atormentada por dor orgânica e desconforto perde seu interesse pelas coisas do mundo externo, na medida em que elas não se referem ao seu sofrimento. Uma observação mais de perto nos ensina que ela também retira seu interesse do seu objeto de amor; tanto quanto ele sofre, ele cessa de amar.

Contudo, a abordagem de Freud foi mais focada em pacientes cuja dor era considerada “totalmente psicogênica.

Depreende-se que o paciente com DC perde seu interesse na família, nos amigos e na equipe terapêutica. A compreensão da dinâmica das relações familiares é de grande importância, pois, muitas vezes, a família está ambivalente, ora superprotegendo o paciente, estimulando a sensação de incapacidade e dependência, ora rechaçando-o, privando-o dos cuidados necessários, por se sentir usada por ele.

A pedra angular da psicoterapia dirigida ao *insight* é um profundo conhecimento da história do desenvolvimento do paciente, sobre a qual se possa formular um modelo psicogênico que explique (pelo menos em parte) seu comportamento doloroso<sup>31</sup> e sua situação atual.

Um objetivo essencial no tratamento é auxiliar o paciente na compreensão e na aceitação de que a dor é potencializada

e perpetrada pelo estresse. Nesse ponto, o paciente começa a reconhecer a relevância dos aspectos psíquicos envolvidos. A abordagem psicodinâmica não foca somente aspectos de vida atuais estressantes, mas também a exploração de fontes inconscientes de estresse, como traços de personalidade e eventos traumáticos relevantes.<sup>33</sup>

Nesse sentido, a psicoterapia psicodinâmica faz o caminho inverso da nocicepção, auxiliando o paciente a desfazer a sobreposição entre estímulo nociceptivo e estímulo psíquico doloroso. Ao mesmo tempo, o espaço psíquico deixado vazio, descrito aqui, passa a ser preenchido por novos significados, desta vez emocionais, com uma nova nomenclatura para os afetos.

A relação terapêutica é essencial. Os pacientes, ao perceberem que sua DC e eles próprios são levados a sério, sem o temor de se tornarem “psicologicamente rotulados”, tornam-se preparados para colaborar em seu autoconhecimento. Uma aliança terapêutica estável e uma relação de confiança precisam ser mencionadas como os fatores principais nesse contexto.

Do ponto de vista psicodinâmico, o tratamento foca especialmente as experiências que o paciente teve em seus relacionamentos precoces – que são representados na relação terapêutica. Em geral, a psicoterapia psicanalítica aborda os significados simbólicos das experiências. Porém, no caso da abordagem do paciente com DC, nem sempre é tão importante dar ao sintoma (exceto na conversão) um significado simbólico, mas perceber a dor como um registro de experiências interativas que o paciente teve em seus primeiros anos de vida. No aqui e agora da relação terapêutica, também ocorrem experiências de relacionamento que corrigem seu modelo interno

do mundo. Acima de tudo, as referências emocionais e, portanto, físicas são reguladas para uma forma nova e mais adaptativa. Desse modo, tais processos nem sempre são muito ligados ao *insight*, mas à vivência da relação propriamente dita.

Alguns aspectos de uma relação terapêutica não são primariamente acessíveis ao *insight*. Precisam ser oferecidos dentro da relação terapêutica e talvez possam ser experimentados em um nível simbólico. O objetivo principal dessa abordagem, que pode ser atribuída à psicanálise, é a reintegração das emoções aos processos mentais simbólicos disponíveis e, como resultado, a obtenção de um nível mais alto de ajustamento. As conversações têm um significado “de fundo”, e o modo como as relações são experimentadas fisicamente, muitas vezes, é a parte mais importante do processo terapêutico. Portanto, também não é coincidência que elementos de terapia pela dança, musicoterapia e diferentes terapias orientadas para experiências corporais sejam integrados com sucesso à abordagem psicoterapêutica psicodinâmica.<sup>17</sup>

Ninguém se habitua à dor intensa. É possível, porém, desenvolver adaptações do ego, a fim de conviver com a DC. A contrapartida é que a dor crônica pode acentuar traços neuróticos, tendo como consequência distorções de ego e restrições da personalidade.

Existe um número significativo de tentativas de entender a dor como um aspecto da psicologia do ego. Freud<sup>34</sup> chamou a atenção para a semelhança da dor física com a experiência da perda de um objeto. Schilder, em 1957, notou que a dor precisa ser localizada e, então, trazida em conexão com a organização da imagem corporal, um conceito que é fundamental para entender como o corpo integra estímulo doloroso e lida com ele.

Percebida do ponto de vista das funções do ego, a dor não deve ser tão independente da solução de compromisso. A psicoterapia interpretativa conecta a dor com a experiência afetiva e reforça o ego, promovendo *insight*.

A DC pode, então, ser considerada uma crise acidental contínua, na qual o funcionamento do ego é prejudicado de diversas formas. Freud<sup>32</sup> descreveu a hipercatexia da parte dolorosa acompanhada de regressão ao narcisismo. Distorções da percepção da imagem corporal, relações de objeto instáveis, prejuízo laboral, incapacidade de concentração, disfunção sexual e depressão com ideação suicida associados à dor também são característicos. Bastiaans, citado por Lakoff,<sup>31</sup> descreveu pacientes psicossomáticos como neuróticos que pretendiam ser mentalmente saudáveis e bem-adaptados. Ele afirmou que,

[...] como resultado de seus intensos e crônicos esforços para manter essa pretensão, eles precisam pagar um alto preço na forma de sintomas corporais.

Isso é particularmente verdade em pacientes com dor cujo foco na qualidade sensorial da experiência dolorosa serve como defesa contra conflitos profundos.

No passado, medidas cirúrgicas, como cordotomia anterolateral, tractotomia do tronco cerebral e ressecção talâmica, eram realizadas em pacientes cuja dor tinha sido rotulada como intratável, antes de se considerar qualquer investigação e tratamento psicológico. Nos dias atuais, a participação de um psiquiatra ou psicólogo na avaliação de indicação desses procedimentos é obrigatória.

O acidente ou a doença que iniciou a “carreira dolorosa” pode ser visto pelo terapeuta como um núcleo ao redor do qual

muitos conflitos são engendrados. Tais conflitos se originam em fixações precoces do desenvolvimento que foram, antes do acidente, sendo compensadas por adaptações rígidas e distorções de caráter.<sup>31</sup>

Também é fundamental a compreensão dos mecanismos inconscientes de defesa utilizados pelo paciente, que pode negar seus sentimentos, tyrannizar a família e obter ganhos primários e secundários com seus sintomas e, ainda, transferir essa maneira de se relacionar para a equipe assistencial. Se a equipe não perceber o que está acontecendo, pode se envolver com as necessidades mais regressivas do seu paciente, reforçando a doença, e não sua recuperação.

Recentemente, grupoterapia de orientação analítica tem sido indicada e empregada em pacientes com transtorno doloroso.<sup>35</sup>

Outras modalidades psicoterapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental, têm demonstrado algumas evidências no tratamento conjunto da DC.<sup>36</sup> Via de regra, o psicoterapeuta, além de abordar as questões mais específicas de como o paciente lida com a dor, será recrutado para manejar, psicoterapeuticamente, outros transtornos, como transtornos depressivos, de ansiedade, e também avaliará a necessidade de manejo farmacológico de tais condições.

## Contratransferência

É preciso destacar a importância dos sentimentos contratransferenciais – os sentimentos suscitados no cuidador – pelo indivíduo com dor crônica. Eles são fortes e contraditórios. No início, uma grande simpatia pela “vítima” de um destino desgastante, acompanhada de uma necessidade de reparação, eventualmente associada a

um entusiasmo onipotente. Mas, por vezes conjuntamente, exasperação e rejeição diante do sentimento de impotência e de fracasso ganham espaço. É preciso estar atento para que eles não contaminem muito a formulação diagnóstica e as perspectivas terapêuticas.

Se os sentimentos de frustração e impotência parecerem intoleráveis, há o risco de se desenvolver uma relação de conluio. Em alguns casos, o terapeuta também precisa estar atento para o tipo de relação que se estabelece entre outros profissionais e o paciente, a fim de prevenir que consequências iatrogênicas apareçam em função de uma relação de conluio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da abordagem psíquica ao paciente com dor crônica é cada vez mais reconhecida. A própria IASP sustenta que a equipe assistencial para tratar pacientes com dor crônica deve ser composta por, pelo menos, um profissional da saúde mental (médico psiquiatra ou psicólogo) entre as quatro profissões essenciais.

A psicoterapia de orientação analítica é uma alternativa terapêutica interessante na composição do plano terapêutico do paciente com DC. Ela pode ser empregada em um grupo maior de pacientes com dor, e, com certeza, não somente “como última etapa” para “pacientes resistentes aos tratamentos habituais”. Além disso, o modelo psicanalítico tem muito a oferecer ao próprio funcionamento efetivo da equipe assistencial. Contudo, é difícil engajar o paciente com dor crônica em modalidades terapêuticas psicanalíticas tradicionais. É provável que, hoje, esse seja o maior desafio ao psicoterapeuta psicanalítico nesse contexto.

**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. Deve-se compreender a dor como uma experiência sensório-perceptiva, que é modulada por um complexo de fatores nociceptivos, emocionais, culturais, circunstanciais e sociais.
2. Reconhecer as características diferenciais dos tipos de dor, principiando pela dor aguda e a dor crônica, é de fundamental importância.
3. Há aspectos da personalidade do paciente que interferem na expressão dolorosa, inclusive na predisposição para a cronificação da dor.
4. É preciso conhecer os fenômenos neurofisiológicos e emocionais que interagem no quadro doloroso crônico.
5. São descritos, no capítulo, alguns dos mecanismos de defesa inconscientes mais frequentes nos pacientes com dor crônica.
6. Enfatiza-se a importância de uma anamnese cuidadosa, que permita ao paciente explorar sua história pessoal associada aos sintomas dolorosos.
7. Alerta-se para a necessidade de o terapeuta permanecer atento aos fenômenos contratransferenciais para manejar melhor o paciente.
8. É preciso estar consciente de que a complexidade dos fatores em jogo nos pacientes com dor crônica indica um tratamento multidisciplinar, o que, por sua vez, exige capacidade de trabalhar em equipe.

**REFERÊNCIAS**

1. Elzahaf RA, Tashani OA, Unsworth BA, Johnson MI. The prevalence of chronic pain with an analysis of countries with a Human Development Index less than 0.9: a systematic review without meta-analysis. *Curr Med Res Opin.* 2012;28(7):1221-9.
2. Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr Med Res Opin.* 2011; 27(2):449-62.
3. van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth.* 2013;111(1):13-8.
4. Portenoy RK, Cheville AL. Chronic pain management. In: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB. *Psychiatric care of the medical patient.* 2nd ed. Oxford: Oxford University; c2000. p. 199-225.
5. Aguiar RW, Caleffi L. Dor crônica. In: Fráguas Jr R, Figueiró JAB, coordenadores. *Depressões: em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias.* São Paulo: Atheneu; 2001. p. 407-18.
6. Roth R. Psychogenic models of chronic pain: a selective review and critique. In: Massie MJ, editor. *Pain: what psychiatrists need to know.* Washington: American Psychiatric; 2000. (Review of Psychiatry, v. 19, n. 2). cap. 3. p. 89-131.
7. Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain. In: Bonica JJ, editor. *The management of pain.* 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990. cap. 2. p. 18-27.
8. Massie MJ, editor. *Pain: what psychiatrists need to know.* Washington: American Psychiatric; 2000.
9. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP; c1994.
10. Henriques AA. Dor crônica e transtornos psiquiátricos. In: Gomes FA, organizador. *Comorbidades clínicas em psiquiatria.* São Paulo: Atheneu; 2012. p. 123-44.
11. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science.* 1965;150(3699):971-9.
12. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36.
13. Engel G. Psychogenic pain and the pain-prone patient. In: Gresziak RC, Ciccone DS, editors. *Psychological vulnerability to chronic pain.* New York: Springer; c1994.
14. Sehn F, Chachamovich E, Vidor LP, Dall-Agnol L, de Souza IC, Torres IL, et al. Cross-cul-

- tural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. *Pain Med.* 2012;13(11):1425-35.
15. Taylor GJ. The challenge of chronic pain: a psychoanalytic approach. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry.* 2008;36(1):49-68.
  16. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ.* 2006;332(7544):749-55.
  17. Frischenschlager O, Pucher I. Psychological management of pain. *Disabil Rehabil.* 2002;24(8):416-22.
  18. Leo RJ. *Clinical manual of pain management in psychiatry.* Washington: American Psychiatric; c2007.
  19. Gatchel RJ, Dersh J. Psychological disorders and chronic pain: are there cause-and-effect relationships? In: Turk DC, Gatchel RJ. *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook.* 2nd ed. New York: Guilford; c2002. p. 30-51.
  20. Tunks ER, Crook J, Weir R. Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. *Can J Psychiatry.* 2008;53(4):224-34.
  21. Turner JA, Aaron LA. Pain-related catastrophizing: what is it? *Clin J Pain.* 2001;17(1):65-71.
  22. Catchlove RFH, Cohen KR, Braha RED, Demers-Desrosiers LA. Incidence and implications of alexithymia in chronic pain patients. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1985;173(4):246-8.
  23. de Lantsheere B. [A psychoanalytic approach to chronic pain]. *Rev Med Brux.* 2000;21(4):A214-8.
  24. Kenny DT. Constructions of chronic pain in doctor-patient relationships: bridging the communication chasm. *Patient Educ Couns.* 2004;52(3):297-305.
  25. Aguiar RW, Branchtein LC. Avaliação psiquiátrica do paciente com dor crônica: relato e discussão de um caso clínico. *Cadernos do IPUB.* 1997;(6):155-61.
  26. Basler SB, Grzesiak RC, Dworkin RH. Integrating relational psychodynamic and action-oriented psychotherapies: treating pain and suffering. In: Turk D, Gatchel RJ, editors. *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook.* 2nd ed. New York: Guilford; c2002. p. 94-127.
  27. Dansak DD. On the tertiary gain of illness. *Compr Psychiatry.* 1973;14(6):523-34.
  28. McDougall J. *Em defesa de uma certa anormalidade.* 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
  29. Fernandez E, Turk DC. The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain.* 1995;61(2):165-75.
  30. Söllner W, Schüssler G. [Psychodynamic therapy in chronic pain patients: a systematic review]. *Z Psychosom Med Psychother.* 2001;47(2):115-39.
  31. Lakoff R. Interpretive psychotherapy with chronic pain patients. *Can J Psychiatry.* 1983;28(8):650-3.
  32. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 14. p. 89-119.
  33. Hsu MC, Schubiner H. Recovery from chronic musculoskeletal pain with psychodynamic consultation and brief intervention: a report of three illustrative cases. *Pain Med.* 2010;11(6):977-80.
  34. Freud S. Inibição, sintomas e ansiedade (1926). In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira.* Rio de Janeiro, Imago, 1974. v. 20.
  35. Nickel R, Ademmer K, Egle UT. Manualized psychodynamic-interactional group therapy for the treatment of somatoform pain disorders. *Bull Menninger Clin.* 2010;74(3):219-37.
  36. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11:CD007407.

## LEITURAS SUGERIDAS

Bibring GL. The mechanism of depression. In: Greenacre P, editor. *Affective disorders: psychoanalytic contribution to their study.* New York: International Universities; [1953].

Cassem NH, Bernstein, JG. Depressed patients. In: Cassem NH, editor. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry.* 4th ed. Saint Louis: Mosby; c1997. p. 35-68.



# 41

## ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE TRAUMATIZADO

Caroline Garland

Apresentamos aqui, inicialmente, três casos clínicos de indivíduos que procuraram ajuda médica e psicológica após eventos traumáticos em suas vidas. No momento da busca de atendimento, muitos meses ou mesmo anos depois dos eventos precipitantes, nenhum deles se sentia capaz de continuar com suas atividades da vida cotidiana. A vida parecia ter sido interrompida.

### **O BOMBEIRO**

---

Um bombeiro sênior, de 40 anos, havia sido distinguido com as mais altas honrarias pelo trabalho ao resgatar uma família em um incêndio quase fatal. Entretanto, após mais de 20 anos de trabalho bem-sucedido, ele tinha sido aposentado por doença, seu casamento terminara e vivia sozinho em um estado de quase colapso alcoólico. Descreveu como seus sonhos eram cheios de imagens de corpos queimados, enegrecidos e retorcidos. Começara a beber a fim de entorpecer-se para tirar essas imagens de sua cabeça. Antidepressivos não tinham surtido efeito sobre essas ocorrências, e ele estava se deteriorando rapidamente.

### **A MULHER QUE FOI ASSALTADA**

---

Uma mulher jovem, em excelente forma física, que trabalhava em uma agência de publicidade, costumava sair para correr todas as manhãs, bem cedo, antes do trabalho. Um dia, foi subitamente atacada por trás e derrubada; roubaram-lhe uma pequena quantidade de dinheiro. Seus ferimentos físicos não foram muito sérios, e ela esperava ser capaz de voltar ao trabalho dentro de poucos dias. Entretanto, foi ficando cada vez mais ansiosa e relutava em sair de casa. Não conseguia mais ir ao trabalho utilizando transporte público e, em poucos meses, perdeu seu emprego. Aos 28 anos de idade, voltou para casa a fim de viver com seus pais.

### **O ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

---

Um homem jovem, excepcionalmente bem-comportado, mecânico de motores em uma fábrica de carros de prestígio, havia levado uma vida irrepreensível. Quando criança, cantava no coro da igreja e, na adolescência, continuou a comportar-se de maneira civilizada com seus pais. Tinha um relacionamento responsável com uma garota encantadora, com quem acredita-

va que se casaria um dia. Então, de forma inesperada, ele destruiu sua motocicleta em uma colisão com um automóvel. Seu joelho foi danificado, e, após diversas operações, o cirurgião lhe disse que não havia mais nada a fazer. Ele teria sempre uma claudicação e continuaria a sentir algum grau de dor. Tornou-se mal-humorado e retraído. Seus amigos tentaram animá-lo, levando-o a um bar local. Um dia, perdeu a calma e, em um ato de violência totalmente sem precedentes, arrastou seu amigo mais chegado para o banheiro e repetidamente bateu a cabeça dele contra a parede. Se não tivesse sido contido por outros, poderia ter matado o amigo. Esse ato foi seguido por uma profunda depressão, que culminou em uma tentativa de suicídio. Ele teve de ser hospitalizado por alguns meses. Passou a viver a vida de um semi-invalído, em casa, com seus pais.

Como podemos entender o impacto de longo prazo desses acontecimentos sobre os três indivíduos? Por que o bombeiro entrou em colapso depois de 20 anos de serviço bem-sucedido? O que transformou essa jovem mulher ativa e saudável em uma pessoa regredida e agorafóbica, incapaz de continuar sua carreira? O que fez um jovem bem-comportado tornar-se violento, não apenas com os outros, mas consigo mesmo, uma vez que uma depressão dessa gravidade deve gerar violência voltada para dentro, para o próprio *self*?

Neste capítulo, mostraremos a importância e o valor de um entendimento psicoterapêutico do impacto do trauma sobre o funcionamento mental e – mais a longo prazo – sobre a personalidade.

Propor uma “abordagem psicodinâmica” do trauma não é defender que todos que foram traumatizados requerem tratamento psicanalítico, ou mesmo psicoterápico.

Muitos indivíduos são capazes de se recuperar de modo satisfatório de eventos e situações como os descritos há pouco. Entretanto, para aqueles que não o conseguem, uma abordagem psicodinâmica é valiosa. Eventos traumáticos no presente tendem a ligar-se com eventos traumáticos do passado e a desenterrá-los. Mesmo quando foram relativamente menores, ou mesmo já tratados em algum grau, eventos do passado ganham vida nova com o acontecimento presente.\* Esse vem a ser o caso de muitos sobreviventes que não foram capazes de ter nem uma recuperação espontânea parcial. Uma vez que a ligação, embora inconsciente, entre passado e presente seja estabelecida na mente do sobrevivente, o presente tende a ser entendido e respondido mais em termos do passado.

Então, eventos passados têm que ser reelaborados fisicamente, em conjunto com o que quer que esteja acontecendo no presente, antes que o indivíduo seja capaz de recuperar seu equilíbrio funcional.

## O INCÊNDIO NO METRÔ

Um homem ficou preso em um incêndio no sistema de metrô da cidade. Ele lembrou ter sentido, à medida que o calor e a fumaça aumentavam, que estava prestes

\* Melanie Klein<sup>1</sup> mostra como o luto por uma perda ou o pesar, no presente, inevitavelmente, reevocam e demandam a reelaboração da posição depressiva infantil primitiva, na qual a criança está elaborando seus próprios impulsos destrutivos em relação a uma figura a quem ela também ama e de quem necessita.

a perder a vida. Seu primeiro pensamento foi de que não tinha tomado providências suficientes para garantir o futuro da esposa e dos filhos, caso morresse. Ainda que tenha sofrido queimaduras e danos pulmonares por ter inalado fumaça quente, escapou com vida. Alguns meses mais tarde, achando-se incapaz de continuar com seu trabalho e vida familiar, e cada vez mais impossibilitado de viajar por transporte público, procurou ajuda. No tratamento com sessões semanais, foi capaz de recordar incidentes de sua vida passada, quando experimentou dor e perigo. Sofreu frequentes episódios de febre alta quando criança, o que o fazia sentir como se estivesse pegando fogo. Uma vez, quase foi atropelado por um imenso caminhão. Nessas ocasiões, sentia-se abandonado por sua mãe, ficando entregue ao perigo e à angústia. Ela não o protegera contra essas coisas ruins que lhe aconteceram. Tais sentimentos vieram à tona no tratamento e puderam ser associados com suas experiências no incêndio. Sentir-se compreendido e amparado (contido) no tratamento permitiu-lhe elaborar sua raiva em relação aos objetos por terem falhado em protegê-lo das coisas ruins que aconteceram em sua vida. Ele colocou o dinheiro da indenização que recebeu em um fundo de seguro de vida para sua esposa e filhos e começou a sentir que sua vida, mais uma vez, tinha um significado.

Como e por que o sobrevivente faz essa associação inconsciente entre passado e presente? Ela acontece de forma automática, como parte do processo humano normal de atribuir significado a acontecimentos. Freud<sup>2</sup> entendia que, a fim de limitar a quantidade de ansiedade flutuante livre na mente, em qualquer tempo, o indivíduo tenta “vincular” o significado de eventos no presente a estruturas mentais e expectativas preexistentes.

Paradoxalmente, essa tentativa normal de dar significado a um evento *a priori* sem sentido – um terremoto, um desastre de avião – é que torna o trauma difícil de tratar.

O evento traumático é entendido como confirmação de uma suspeita prévia de que o mundo é um lugar hostil e perigoso. Tentativas de persuadir o paciente do contrário apenas o fazem fortalecer suas defesas e fortificar-se em uma visão do mundo que pode ter um colorido paranoide. É muito difícil para o ser humano entender a noção de “acidente”, “acaso” ou aleatoriedade. Portanto, eventos assustadores no presente tendem a ser ligados a eventos assustadores do passado, dando a estes um vigor renovado.

Esse tipo de abordagem significa que nunca estamos tratando “o trauma” como uma entidade em si mesmo.

Tratamos um ser humano, com uma história, uma personalidade e uma vida que foi interrompida de modo violento pelos eventos que suportou.

Nosso trabalho é ajudar o paciente a retomar sua vida, por mais gravemente que tenha sido afetado pelo que aconteceu.\*

Nesse tipo de tratamento, um entendimento psicanalítico do desenvolvimento psíquico, social e sexual é particularmente útil, uma vez que a psicanálise adota uma

\* O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5)<sup>3</sup> considera “crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo” como um dos critérios para o transtorno de estresse pós-traumático. Isso pode ser entendido também como perda de esperança e de um senso de propósito na vida. O tratamento de orientação psicanalítica visa a ajudar a restaurar esse sentimento de perda de sentido de um futuro pessoal e produtivo.

visão de vida longitudinal. Esse ponto de vista considera que o que aconteceu nos primeiros dias e meses de vida afetará o desenvolvimento da personalidade inteira – a estabilidade do indivíduo ou a falta dela; suas vulnerabilidades ou forças e, mais fundamentalmente, sua capacidade de envolver-se em relações significativas com os outros.

Além disso, uma postura psicoterapêutica em relação ao paciente nos permite um envolvimento com ele de uma forma que possibilita uma ligação emocional real, e nos protege de pensar que temos que lutar por uma cura instantânea, por uma solução rápida para seu problema. Um ser humano traumatizado é aquele que foi esmagado por intenso desamparo durante um longo período de tempo.<sup>4</sup> Suas defesas contra a ansiedade falharam, ele é incapaz de funcionar e está em um estado de sofrimento agudo.

Com frequência, a sensação de desamparo do paciente é transmitida a nós de uma forma inconsciente, mas poderosa.

Isso é perceptível em funcionários e médicos da emergência, a curto prazo; em psicólogos e terapeutas, a mais longo prazo – de modo que ficamos preocupados com soluções, com ação, com fazer alguma coisa, a fim de evitarmos ter que experimentar esse estado de desamparo em nós mesmos. Não é fácil sentar com outro ser humano que se encontra em um estado de grande sofrimento e suportar não apenas o seu tumulto emocional, mas também uma agitação dentro de nós em resposta. Contudo, isso é o que precisamos fazer se quisermos ajudar o paciente a se recuperar. Se, em vez disso, nos precipitamos à ação, a “técnicas”, a mensagem que fica explícita é a de que o ocorrido não pode ser tolerado,

que ninguém suportará escutar. Então, o paciente é deixado em seu estado de isolamento, sentindo que ninguém pode suportar saber o que ele teve que experimentar.

## CONTINÊNCIA

A capacidade de escutar, de compreender e de experimentar o estado do paciente sem ser impelido a agir sobre ele é o que entendemos por continência. Ela está no centro de qualquer tentativa de ajudar alguém a recuperar seu equilíbrio emocional, seja uma criança assustada, um adulto violento, seja alguém que se desintegrou como resultado de um trauma sofrido.

### O paciente que ameaçou matar

Um analista estava atendendo um homem muito perturbado, que trouxera uma faca para a sessão, ameaçando matá-lo. O profissional, naturalmente, ficou com medo, mas não se moveu de sua cadeira. Disse, com tranquilidade, ao paciente: “Bem, se você está tentando me apavorar, certamente conseguiu!”. O paciente, percebendo que todo seu medo em relação à invasividade do tratamento estava agora depositado no analista, se acalmou, e a sessão pôde continuar.

Como esse episódio demonstra continência? O analista mostrou ao paciente que a projeção do seu terror havia obtido sucesso, na medida em que o analista era, agora, quem estava com medo. Entretanto, ele não estava tão apavorado que não pudesse pensar ou acessar e fazer uso de seu conhecimento dos processos psíquicos. Não perdeu a cabeça, apavorando-se. Ao contrário, não cedeu à ansiedade, mas a conteve dentro de si, em vez de tentar controlar ou ameaçar o paciente, o que teria empurrado a ansiedade de volta para este, mais uma vez.

O paciente pôde perceber que estava com um terapeuta que tinha uma compreensão emocional dos perigos inerentes à situação externa e do que estava acontecendo dentro do paciente, seu estado de ânimo.

O terapeuta tinha simplesmente contido a ansiedade e conseguiu transformá-la em palavras, de modo que ela foi contida, tanto verbal quanto emocionalmente.

A teoria psicanalítica oferece uma estrutura para compreender alguma coisa que está acontecendo no paciente e que pode parecer sem sentido para ele – um terremoto, um incêndio terrível, um acidente de avião, atos de terrorismo ou de brutalidade sancionados pelo Estado. Nossas teorias são continentes para nós, como terapeutas, pois, se quisermos fornecer continência para o paciente, deveremos ser capazes de conter nossos próprios sentimentos. Por mais desconcertados ou perturbados que possamos ficar pelo que ouvimos, não é de ajuda para o paciente chorar por ele, abraçá-lo ou dizer-lhe que sabemos exatamente como ele se sente. Isso é o que famílias e amigos fazem. A razão de o paciente ter buscado um profissional é que a ajuda, a simpatia e o apoio da família e dos amigos não foram suficientes. O paciente sente-se preso a um estado mental particularmente opressivo e quer ajuda de um tipo diferente.

## O QUE É UM TRAUMA (PSÍQUICO)?

Um trauma é um acontecimento ou uma situação que causa dano a longo prazo ao aparelho psíquico.

Freud<sup>2</sup> usava a palavra grega *trauma* (significando uma ferida) metaforicamente para descrever como acontecimentos que são grandes, violentos ou inesperados podem romper o “escudo protetor” do aparelho psíquico. Esses eventos têm potencial para causar uma ruptura naquela tela protetora – ou seja, suprimir a capacidade normal da mente de filtrar eventos que ameaçam ser esmagadores. Quando uma criança pequena espia por entre seus dedos ao olhar figuras de monstros, ela está fazendo o mesmo tipo de coisa, titulando a dose para algo que seja controlável. Alguns eventos não podem ser controlados dessa maneira ou, na verdade, de maneira nenhuma, e então o funcionamento mental não pode continuar de uma forma ordenada ou coerente. O resultado é uma ruptura de todas as defesas contra a ansiedade, e o indivíduo torna-se incapaz de funcionar normalmente.

A ansiedade vem de fontes internas, mesmo que tenha sido liberada pela forma como os eventos externos aniquilaram as defesas normais que empregamos contra sentimentos intensos de horror, medo e pavor. Freud<sup>4</sup> descreveu cinco fontes principais de ansiedade, das quais a mais esmagadora é a de morte, ou ansiedade de aniquilação. Um evento externo ameaçador da vida libera um fluxo ingovernável de medos e fantasias interiores, mesmo quando a morte não é iminente. As outras quatro fontes principais de ansiedade dizem respeito a perda do objeto (figura ou figuras centrais na vida do indivíduo); perda do amor do objeto (abandono, divórcio, traição, infidelidade); ansiedade de castração (hoje considerariamos isso como análogo ao desamparo extremo, a ausência total de potência em face do perigo); e a ansiedade que Freud considerava como sendo provocada pelo próprio nascimento.

Percebe-se que essas cinco fontes de ansiedade têm um aspecto importante em comum. Todas dizem respeito à separação de algo considerado essencial à vida – incluindo a própria vida.

Nem todo evento traumático é sempre tão devastador. Às vezes, pode-se perceber a mente tratando de se proteger da ruptura das defesas contra ansiedade ao defender-se vigorosamente do contato com a realidade. Uma mulher que teve uma queda séria ao galopar um cavalo ouviu com clareza o radiologista dizer que tinha quebrado três costelas, mas insistia que “sabia” que o radiologista estava enganado. Ela “sabia” que tinha sido apenas uma escoriação e que poderia continuar com as cavalgadas. Duas horas mais tarde, quando o choque do acontecimento diminuiu, ela foi capaz de encarar o fato de suas costelas estarem quebradas e de só poder cavalgar novamente após muitas semanas. Essa mulher estava negando a extensão do dano, a fim de poder absorver a notícia de forma mais gradual, em um ritmo que conseguia manejar sem se sentir esmagada pela ansiedade. Às vezes, o mecanismo de negação é mais extremo, quando a parte da realidade que tem que ser encarada é insuportável.

Para esses casos, Freud descreveu a forma de como um “remendo” ilusório pode ser usado para cobrir o corte feito no “escudo protetor” por um evento intolerável.

## **Negação extrema: um “remendo” ilusório sobre a fenda no ego**

Dois irmãos pequenos estavam brincando no porão do bloco de apartamentos no

qual viviam, uma atividade proibida porque a caldeira para os apartamentos estava lá localizada. A caldeira apresentou um defeito e explodiu, e o irmão mais novo morreu. Durante um ano, o menino mais velho (que não apenas tinha perdido seu irmão, mas também se sentia dolorosamente culpado pela morte dele) continuou insistindo que seu irmãozinho estava vivo e que o via e brincava com ele todos os dias. Ele podia ser visto tendo conversas com o irmão “invisível”. Foram necessários dois anos de terapia antes que a convicção delirante de que o irmão ainda estava vivo fosse abandonada, e o menino pudesse ser ajudado a reconhecer a dolorosa realidade da perda, sua e de seus pais.

## **O trauma na visão de Freud**

A história da psicanálise e a história do nosso entendimento de trauma estão estreitamente ligadas.

Na década de 1880, durante seus primeiros trabalhos sobre trauma, Freud acreditava que muitos sintomas histéricos eram um tipo de formação de compromisso produzida pela necessidade de o indivíduo “esquecer” (separar-se e dissociar-se de) eventos traumáticos do passado que eram perturbadores demais para serem tolerados na consciência. Ele considerava que o sintoma, que frequentemente carregava uma ligação simbólica com o trauma original, podia ser curado trazendo de volta à consciência o evento esquecido, seguido por elaboração, no tratamento, de todo sentimento original que o tinha acompanhado. Muito raramente, mesmo hoje, os médicos se deparam com um paciente que se apresenta dessa maneira.

## ***O anestesista***

Após um acidente de automóvel, um jovem médico viu-se incapaz de retomar seu trabalho como anestesista. Três meses mais tarde, foi encaminhado pelo seguro-saúde para tratamento psicológico. A princípio, estava cético em relação a uma abordagem psicológica das suas dificuldades. O psicoterapeuta ajudou-o a lembrar-se de alguns dos eventos ocorridos imediatamente após o acidente. Ele sentira muita dor enquanto estava no setor de emergência do hospital local. Tinha pedido ajuda à enfermeira e ela lhe respondera para aguardar sua vez, dizendo: “Vocês, médicos, sempre são os piores pacientes!”. Ele se sentiu violentamente irritado com ela, pensando que poderia matá-la – no mínimo, a deixaria sofrer muitas dores se viesse a se tornar sua paciente. Esse, naturalmente, é um pensamento perigoso para um anestesista, uma vez que ele é mesmo capaz de manter a vida e a morte em uma balança.

Depois desse momento, ele reprimiu o pensamento violento, mas de forma inconsciente, não ousou permitir-se voltar ao trabalho, que passou a ser visto como muito arriscado. O psicoterapeuta ajudou-o a perceber como seu impulso violento em relação à enfermeira ligava-se ao passado, com sua raiva em relação à mãe, por mandá-lo para a escola mesmo quando tinha dores de estômago. Esse tipo de lembrança pôde ser tratado no decorrer de três sessões, e ele começou a sentir-se aliviado. Seus sintomas passaram a fazer sentido para ele, o que lhe permitiu sentir-se novamente no comando de sua vida, em vez de permanecer agarrado a algum processo de doença terrível e misterioso. Ele foi capaz de rir, aliviado, ao perceber como uma expansão da consciência tinha, no seu caso, reduzido a dor mental, ao passo que, em

sua profissão, ele trabalhava para reduzir a dor por meio da eliminação da consciência. Conseguiu voltar ao trabalho e, mais tarde, tornou-se um consultor.

O modelo original de Freud para o evento traumático reprimido foi o da sedução sexual de uma criança por parte de um adulto. Continuou pensando assim até reconhecer o fato de que, embora fantasias de sedução sexual pelo pai possam ser universais, a sedução real não o é.\*

Isso o levou à descoberta significativa da realidade psíquica, a forma como o indivíduo percebe e se sente em relação ao que o rodeia, que é assumida como a própria realidade.

Tal descoberta revolucionou nosso entendimento de vida mental. Daquela época em diante, pôde-se constatar que a realidade psíquica, com frequência, desempenha um papel ainda maior do que a realidade externa na determinação das suposições e do comportamento de um indivíduo.

Entretanto, na época da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), o terrível impacto psicológico desse evento sobre os soldados levou Freud a revisar suas primeiras teorias de trauma e a reconsiderar o significado real da realidade externa. Nesse período, Freud estava usando um modelo diferente de funcionamento psíquico: o de um aparato mental (o ego) cujo funcionamento bem-sucedido depende da filtragem, da distribuição e do manejo efetivo do fluxo

\* Mais recentemente, tornou-se evidente que a sedução ou o abuso sexual de crianças por adultos é muito mais comum do que era suposto após a retratação original de Freud de suas primeiras constatações. Isso tem consideráveis implicações para o tratamento de adultos que foram sexualmente molestados quando crianças.

contínuo de estimulação que recebe de fontes internas e externas. Foi nesse momento que desenvolveu o conceito do “escudo protetor”. Ainda que Freud entendesse isso em termos primariamente neurológicos, o pensamento psicanalítico moderno prefere considerá-lo como o resultado da internalização de relações primitivas boas com a mãe (ou cuidador primário).

Portanto, a noção de um escudo protetor foi mantida, embora a visão do mecanismo que o produz tenha mudado da neurofisiologia para a internalização de aspectos úteis dos primeiros relacionamentos.

Freud havia dado particular atenção ao fenômeno do luto (em oposição a um estado melancólico prolongado), referindo-o como necessário para a recuperação de uma perda. (Tais perdas incluem não apenas a morte de pessoas queridas como também a perda da identidade e da existência pré-trauma do sobrevivente.) Em seu ensaio original, *Reflexões para os tempos de guerra e morte*,<sup>5</sup> Freud decifra não apenas o impacto da batalha sobre o soldado como também o impacto da sobrevivência quando alguma outra pessoa morreu. Por mais próxima que a morte estivesse dos sobreviventes, não poderia deixar de haver um senso de triunfo pela sobrevivência. Por sua vez, isso poderia levar à culpa, que agiria como um impedimento grave à recuperação.

## Culpa do sobrevivente: um caso de melancolia

Um jovem estava tendo uma discussão violenta com sua namorada, enquanto diri-

gia o carro. Devido a um terrível acidente, que não foi sua culpa (o carro foi atingido por um caminhão que surgiu, de forma imprudente, de uma estrada secundária), a garota morreu, e ele ficou muito ferido. Recuperado de seus ferimentos físicos, o jovem entrou em um estado de profunda melancolia, que os antidepressivos não puderam debelar. Apenas dois anos mais tarde, quando procurou ajuda psicológica, pôde começar a entender a dinâmica de sua recusa em prantear a perda da namorada. Em vez de encarar a culpa pela briga – e o psicoterapeuta foi a primeira pessoa para quem ele admitiu a briga –, tinha preferido permanecer em um tipo de morte-em-vida, por meio do apego a uma identificação com a namorada morta. Preferiu a dor da melancolia à dor da culpa que teria que suportar, caso se permitisse continuar com sua própria vida. Foi ajudado, durante a terapia, a entregar-se a uma tristeza e a um luto reais e, com o tempo, foi, aos poucos, capaz de permitir-se voltar à vida novamente.

## DIFERENÇAS INDIVIDUAIS

Tanto quanto entender o impacto de certos tipos de eventos sobre a mente, precisamos também saber sobre as diferenças individuais: por que algumas pessoas recuperam-se melhor ou mais rapidamente do que outras, e algumas não se recuperam nunca? Recuperação não significa voltar à condição pré-traumática, mas alcançar um estado mental no qual o evento não seja considerado a única, ou a mais significativa, experiência na vida do indivíduo. Entre as diferenças individuais estão:

- a) diferenças constitucionais no poder de recuperação (resiliência)

- b) a fase da vida na qual o trauma aconteceu
- c) a história prévia

Eventos traumáticos podem acontecer em qualquer estágio de vida. O mundo interno da criança está profunda e irrevogavelmente formado por suas primitivas relações com seus objetos primários, que, associadas às fantasias do bebê, determinam a natureza de seu entrosamento com o mundo.

Quando o trauma é grave e prolongado na infância, ele pode afetar de modo adverso todo o desenvolvimento e a personalidade do adulto.

Às vezes, um trauma da infância é “esquecido” – separado da consciência e negado. Em outras situações, também o significado dos eventos da infância não é reconhecido e sentido (quer dizer, entendido) até muitos anos mais tarde, quando a criança – talvez agora um adulto – encontra-se em um ambiente seguro o suficiente para permitir que esses estados mentais primitivos se revelem. Entretanto, precisamos reconhecer que também pode ser complicado diferenciar entre fato e fantasia quando se trata de memórias da infância. Quanto mais precoces e extremas as agressões ao ego, mais difícil se torna separar o que pode realmente ter acontecido.

A validade de “memórias recuperadas” tem sido objeto de dolorosos debates entre público e profissionais. No tratamento psicoterapêutico que se baseia em um entendimento analítico da personalidade, a ênfase estará na natureza dos derivativos daqueles primeiros relacionamentos, quaisquer que tenham sido, à medida que eles surgem na sessão entre paciente e analista. Isso significa que constatar os duros

acontecimentos do passado – o que, de qualquer maneira, pode até não ser possível – é sentido como menos crucial do que constatar os acontecimentos reais do presente, vivenciados pelo paciente. Essa é a área na qual o envolvimento psicoterapêutico pode ser mais poderoso para efetuar uma mudança para melhor.

O indicador mais efetivo da capacidade do paciente de se recuperar, ainda que parcialmente, de um evento traumático ocorrido na idade adulta está relacionado à natureza e à qualidade dos seus primeiros relacionamentos.

Os bons relacionamentos na infância são internalizados para estruturar um núcleo estável e seguro da personalidade do indivíduo. Más experiências abalarão esse núcleo, e, por um momento, o indivíduo se sentirá perdido, abandonado por seus objetos internos bons, e extremamente vulnerável no mundo como um todo. Entretanto, a força do mundo interior (os primeiros relacionamentos internalizados) é crucial para tornar possível a eventual recuperação de um equilíbrio estável e a confiança cautelosa na previsibilidade do ambiente, ou seja, do próprio mundo. Elementos dos primeiros relacionamentos são refundidos e processados mais uma vez pelo vínculo do relacionamento com a pessoa do terapeuta. O paciente é capaz de ligar-se novamente tanto ao objeto bom, que é sentido como lhe tendo dado a vida, como ao objeto mau, que o abandonou aos perigos do mundo; assim, começa a reintegrar essas duas versões divididas de seu objeto (um inteiramente bom, o outro inteiramente mau), de modo que fantasias, sentimentos e impulsos associados possam ser tratados na terapia.

## OS EFEITOS SECUNDÁRIOS DE LONGO PRAZO: IDENTIFICAÇÃO VERSUS PENSAMENTO

Em resumo, quando um indivíduo é traumatizado por um evento violento inesperado, o impacto sobre o funcionamento mental é imenso. Há um período imediato de choque e negação – o acontecimento é muito grande e muito horrível para ser absorvido de uma só vez, e a mente protege-se tentando suprimi-lo. Essa supressão pode alternar-se com momentos em que o evento consegue atravessar as barreiras mentais, criando um senso esmagador de intrusão. Em nenhum dos estados mentais há a possibilidade de conceitualizar o evento ou pensar sobre ele.

As coisas podem ser ainda piores. Às vezes, a repressão falha, e todas as defesas comuns contra a ansiedade são removidas. Tanto interna quanto externamente, isso é próximo de um colapso.

Durante períodos nos quais o evento traumatizante esmaga o indivíduo – ou até mesmo um grupo de pessoas –, qualquer capacidade de que possa ter havido de confiar na bondade, na segurança e na previsibilidade do mundo e daqueles que o habitam fica bastante reduzida.

Alguém ou alguma coisa fez isso ou não impediu que isso acontecesse. Há um sentimento preponderante de perseguição e desconfiança. Todos são suspeitos. Medo e ódio, juntamente com um impulso de reverter o dano, o trauma, podem dominar o funcionamento mental. Já estamos familiarizados com isso em nossos pacientes na forma da posição esquizoparanoide,<sup>6</sup> na

qual o mundo parece ser dividido em preto e branco.\*

Há muitos efeitos de mais longo prazo que são igualmente marcantes, mas um em particular tem implicações próprias para o tratamento psicoterapêutico do sobrevivente. Trata-se da dificuldade para pensar que permanece e, na área do próprio trauma, que pode até mesmo se deteriorar.

Por “pensar”, nesse contexto, referimo-nos à capacidade de representar eventos mentalmente, de modo que eles possam ser examinados sem a adoção de uma relação esquizoparanoide com o mundo ou sem mergulhar outra vez na sensação de que está acontecendo tudo de novo.

Esse segundo estado mental às vezes é chamado de *flashback*. Em um *flashback*, o ego é esmagado pelos elementos sensoriais brutos não processados do evento traumático – coisas vistas, ruídos, cheiros, emoções. (Trabalhos recentes, realizados por neurofisiologistas, associam isso ao envolvimento da *amígdala*, na qual os centros corticais superiores necessários para o que chamamos de “pensamento” são ignorados.) Ainda que com os tipos certos de experiência posterior, e talvez com ajuda terapêutica, isso possa melhorar, o processo quase nunca é inteiramente completado. Resta uma área na mente, uma área “bloqueada”, ocupada por memórias do trauma, na qual a verdadeira simbolização nunca é recuperada, e aquilo que Hanna Segal<sup>7</sup> chamava de “equação simbólica” domina.

\* “Se você não está conosco, está contra nós.” Nesse estado mental, é evidente que o pensamento, a ideia de considerar outras possibilidades, outras formas de relação, está excluído.

Os estímulos sensoriais – que poderiam até mesmo incluir certas palavras ditas em voz alta – não mais representam o evento do passado. De forma instantânea, eles se tornam o evento do presente, evocando as respostas emocionais e fisiológicas experimentadas no momento do trauma. Em seu estado menos tóxico, isso se mostra de uma maneira tal que a parte observadora sensata da mente (ego racional) é sobrepujada, e uma ação de emergência é acionada, ainda que, ao mesmo tempo, uma pequena voz interna esteja dizendo: “São fogos de artifício, não fogos de artilharia”, ou “Aquele avião não está visando este edifício”.

O *flashback* é mais um exemplo da dificuldade de pensar após um trauma: uma memória involuntária de um fato do passado que parece estar acontecendo no presente.

## O bombeiro

Durante a primeira consulta com o bombeiro (descrito no início do capítulo), perguntei-lhe como ele se conduziria após um incêndio no qual as coisas não tivessem ido bem. Ele disse que, quando tinha um dia ruim, não sentia vontade de ir para casa. Ficava pela estação ou ia a um bar, tomar alguns drinques com a turma, esperando que tudo se acalmasse dentro de si. Ele estava relativamente calmo na hora em que ia para casa, lugar que considerava um oásis de mansidão. Nunca falava sobre seu trabalho, porque não podia suportar que a esposa e filhos soubessem o que estava acontecendo dentro de sua cabeça – “porções de corpos queimados, enegrecidos e retorcidos”. Gostava de cozinhar em casa, porque aprendera a fazê-lo para a turma

toda quando era apenas um recruta do corpo de bombeiros e isso o agradava. Porém, logo veio à tona que aquilo era apenas uma desculpa. Quando sua esposa cozinhava, às vezes deixava algo que fora cortado por fora da panela, ficando um cheiro de queimado; isso provocava nele súbitas explosões de violência, o que apavorava a esposa e o deixava confuso. Descrevia a esposa lhe dizendo: “Mas é apenas um pedaço de *bacon*, olha, vou fazer um pouco mais”, mas era tarde demais. Ele já estava preso no *flashback*, aterrorizado e furioso (a raiva representando a tentativa de mantê-lo inteiro, sem cair em pedaços).

Havia uma sequela ainda mais perturbadora nessa desintegração da capacidade de pensar ou, dito de outro modo, de colocar o que aconteceu em termos simbólicos, em palavras. Para qualquer grau de incapacidade de pensar sobre um evento doloroso, há, quase sempre, o recurso de uma identificação.

O homem jovem, melancólico, é um exemplo. O bombeiro também é apanhado em uma combinação complexa de identificações. Ele se identifica tanto com o morto, que não conseguiu resgatar, quanto com o fogo aterrorizante (sua agressão verbal à esposa) que o fez sentir-se desamparado.

A experiência clínica<sup>8</sup> tende a mostrar que a escolha do objeto para a identificação depende da concepção do sobrevivente sobre o evento original. Quando parece que alguma coisa dolorosa e desagradável foi feita a si mesmo, ocorre um movimento em direção à identificação com o objeto que pareceu ter ocasionado aquele estado de coisas profundamente desagradável. Isso inverte a direção do evento traumático, dando à vítima do trauma a sensação de estar controlando ativamente a situação (em oposição à situação de desamparo), e talvez permita a gratificação por meio da vingança, quan-

do, como às vezes acontece, a vítima torna-se o executor.

A descrição de Freud<sup>2</sup> do jogo do menininho com o carretel é um exemplo maravilhosamente observado e entendido desse processo. Incomodado pelas idas e vindas da mãe, essa criança de menos de 2 anos de idade repetidamente lança um carretel amarrado a um cordão (“Foi...”) e, então, puxa-o novamente (“Dá!” – aqui está!). A criança não liga (como as crianças modernas também tendem a fazer) seu ato diretamente à figura da mãe, mas joga fora e depois pega de volta um objeto inanimado, que entendemos como representando ou simbolizando a mãe.

Quando alguém sobreviveu a um acontecimento no qual outros morreram, o sobrevivente pode ficar com uma considerável carga de culpa. Fazer uma identificação com o morto, ou com a pessoa danificada, e cessar de ter uma vida intensa ou prazerosa podem parecer formas de evitar a culpa e também ansiedades em relação a fantasmas vingativos.

Os fantasmas, como Freud<sup>5</sup> salienta em seu ensaio, são representações daqueles sobre os quais o sobrevivente triunfou, permanecendo vivo quando eles morreram.

Esse é o caso quando o sobrevivente perdeu outros, sentidos como fundamentais a seu bem-estar, ou quando se sentiu, de alguma forma, responsável pela perda deles. Para resumir, as identificações pós-trauma são, basicamente, de dois tipos. Às vezes, são feitas com o morto, ou com o indivíduo lesado, para que a pessoa não tenha que se separar destes, reconhecer a perda e, principalmente, tomar contato com a culpa de ter sobrevivido ao outro que morreu. Com mais frequência, porém,

as identificações são feitas com o agente ou o objeto sentido como o causador do trauma, por uma mistura complexa de necessidades narcisistas e defensivas. Em ambos os casos, as identificações tomam o lugar do pensamento. Elas são uma forma de resolver os problemas que o pensamento poderia tornar visíveis.

Uma identificação com o agente causador do trauma pode ser desencadeada pelo que parece ser, à vítima, consciente ou inconscientemente, uma vingança justa. Entretanto, de igual forma, e certamente do ponto de vista do observador, é possível pensar nela como alguma coisa que chamaríamos de um imperativo projetivo. Neste, tão importante quanto noções de “justiça”, há o impulso de reverter uma ferida narcisista.

A vítima pode sentir-se diminuída, irritada e humilhada por seu absoluto desamparo e por seus sofridos sentimentos.

Para sentir-se grande e poderosa novamente, parece essencial que empurre aqueles terríveis sentimentos de humilhação de volta, violentamente, para o agente causador do evento traumático. Então, os sentimentos que acompanharam a explosão são revertidos, e a vítima torna-se o executor. Dentro de uma organização psíquica primitiva (a que qualquer um de nós pode retroceder nas primeiras horas após um evento traumático), uma reversão bem-sucedida do trauma, “olho por olho”, pode ser seguida de triunfo e grandiosidade, ambos estimulados por um senso de justiça. Mais uma vez, esse estado “inflado” da mente limita a capacidade para o pensamento realístico. Podemos ver esses processos ocorrendo tanto no micronível, no indivíduo, como no macronível, em gru-

pos políticos e religiosos ou, até mesmo, em nações.

O “jogo do carretel” é, ao mesmo tempo, inocente e fascinante.

Na maioria das vezes, a tentativa de uma reversão do trauma leva a um ciclo progressivamente crescente de vingança, destruição e desespero.

“Você matou meu irmão, por isso devo matá-lo.” Guerras tribais ou religiosas desse tipo são difíceis de interromper, uma vez que a manutenção de um estado de mágoa justificada é uma poderosa defesa contra a culpa da responsabilidade e a dor da perda. A situação na Irlanda do Norte, em Israel e na Palestina, bem como em muitos outros países, representa estados mentais nos quais a tentativa de reter na mente, de pensar sobre as dificuldades continuamente, sucumbe em favor da ação. E a ação, nessas situações, é uma defesa contra o pensamento e a dor mental que o acompanha.

A capacidade de pensar sobre um evento traumático pode ser gravemente limitada. Em certo sentido, é essa incapacidade de pensar sobre alguma coisa que queremos destacar quando afirmamos que uma pessoa foi traumatizada: essa é a natureza real do dano crônico ao aparelho mental.

Quando a capacidade de simbolizar foi perdida, torna-se impossível identificar a diferença entre alguma coisa que representa um perigo potencial (um símbolo) e outra que realmente é um perigo potencial.

Portanto, qualquer estímulo evocativo do trauma original produzirá não

lembranças, pensamentos ou elaboração, mas um *flashback*. A ansiedade-sinal<sup>4</sup> na área do trauma é invariavelmente substituída por ansiedade automática, ou *flashback*. O *flashback* é uma evidência da área (em geral) delimitada de dano permanente do funcionamento mental, criado por um trauma grave.

O trabalho de Hanna Segal<sup>7</sup> sobre simbolismo é central a essa forma de entendimento do resultado de longo prazo do trauma. Ela faz uma distinção crucial entre um símbolo genuíno e uma equação simbólica. Na segunda, algo que o indivíduo sabe ser diferente da coisa simbolizada é, não obstante, sentido e respondido como se fosse a própria coisa. O bombeiro sabia que o *bacon* queimando não era um ser humano queimando, mas sentiu assim e respondeu a isso, de forma emocional e fisiológica, como se fosse. De uma forma impotente, seu ego traumatizado recusava-se a reconhecer uma diferença entre os dois, para fins de sua própria sobrevivência.

Segal<sup>7</sup> e Bion<sup>9</sup> concordam em suas descrições de como a perda do continente interno (a forma mais moderna de descrever as consequências psíquicas da ruptura do escudo protetor) resulta na perda do espaço no qual a atividade mental, ou simbolização, pode ocorrer. A recuperação é, então, impossível sem uma nova reelaboração da experiência de continência. Esse é o objetivo de um entendimento psicanalítico das consequências de trauma grave. O processo de continência, fornecido pelo cenário analítico/terapêutico, é a base para o tratamento do traumatizado, tendo em vista a reparação ou a restauração do objeto bom interno, que, por sua vez, leva a uma renovação da confiança (embora cautelosa e provisória) no mundo externo. Curiosamente, pessoas traumatizadas por “atos de Deus” (mesmo terremotos e furacões, na visão do universo de relações objetais, são

atribuídos a algum tipo de ação pessoal) podem sofrer com relação a isso não menos que aqueles que viveram uma agressão pessoal direta, como estupro, assalto ou tortura.

## TRATAMENTO

Durante anos, determinada sequência de intervenções psicoterapêuticas revelou-se efetiva para ajudar aqueles que buscam tratamento em estado traumático.

### Sessões individuais

A princípio, é oferecida ao sobrevivente uma série de sessões individuais, em geral quatro, nas quais os acontecimentos que o trouxeram para tratamento podem ser explorados. A primeira consulta pode durar de 1h30min a 2 horas. As sessões subsequentes são limitadas a 1 hora. Preferimos atender os pacientes em uma primeira consulta apenas alguns meses após os eventos traumatizantes, a menos que seja evidente que uma intervenção rápida seja importante.\*

Há uma tentação, por parte do terapeuta, de oferecer-se ao paciente como um objeto bom, em especial após eventos envolvendo maus-tratos – tortura, quase assassinato ou rapto. Contudo, embora o desejo seja compreensível, essa é uma maneira inútil de proceder, pelo menos a longo prazo. O paciente está cheio de raiva e sofrimento em relação ao que aconteceu, e isso não pode ser expresso a um terapeuta que começa se apresentando como bom e útil.

\* Um exemplo característico seria a presteza em atender uma pessoa jovem, cujo pai ou mãe foi assassinado pelo cônjuge. Quando isso acontece, a pessoa, efetivamente, perde ambos os pais – por morte e por prisão.

Os terapeutas *podem* ser bons e úteis, mas apenas quando se oferecem como sendo nem bons, nem maus, mas apenas abertos, envolvidos e comprometidos a escutar e a tentar entender o significado dos eventos para o paciente.

O sobrevivente pode começar com o relato direto do que aconteceu ou com alguma coisa aparentemente não relacionada ao problema básico. Em qualquer caso, a tarefa do terapeuta é estar aberto, escutar com extrema atenção, compreender o estado do paciente, abster-se de fazer sugestões “úteis” e reconhecer que tudo o que o paciente diz tem significado no contexto da terapia. Portanto, se ele começa com o trauma, talvez sinta que não pode pedir uma hora do terapeuta a menos que se apresente com uma situação ou problema suficientemente dramático para atrair o interesse do outro. Se o paciente começa com eventos aparentemente não relacionados, pode estar temendo esmagar o terapeuta com seu próprio sofrimento e confusão em relação ao evento traumático. Assim, todo e qualquer comportamento tem tanto um significado real como um possível significado defensivo.

A tarefa das primeiras sessões é ajudar o paciente a começar a ver o evento traumático e suas respostas dentro de sua vida como um todo.

É comum, após um acontecimento traumático, os horizontes do sobrevivente diminuírem a ponto de sua mente conter apenas o trauma e sua resposta a ele. Portanto, a área de interesse do terapeuta no início do encontro costuma ser mais ampla do que a do paciente. Muitas vezes, é

surpreendente o quanto pode gerar alívio para o paciente ajudá-lo a falar sobre seus primeiros relacionamentos de vida e familiares. Isso pode lembrá-lo de que o trauma não é tudo o que ele tem ou pode ser.

É importante deixar o paciente saber, no início dessa série de encontros, que, após um máximo de quatro sessões, terapeuta e paciente revisarão juntos a situação e considerarão o que pode ser necessário em seguida. Alguns pacientes julgarão quatro sessões suficientes para desfazer o bloqueio mental e emocional que existe dentro deles. Outros precisarão continuar sendo atendidos em tratamento individual.\* Entretanto, a maioria dos pacientes traumatizados obterá grande progresso também dentro de uma terapia de grupo analítica.

## Terapia de grupo

Por tratamento de grupo não nos referimos a grupos especializados para traumatizados. Estes são arranjos de curto prazo, apenas raramente reunidos e somente quando um número de indivíduos sofreu o mesmo trauma – um acidente de transporte ou um incêndio de hotel. Após quatro ou cinco sessões, todos esses grupos especializados correm o risco de se tornar grupos de terapia de propósito geral, nos quais problemas individuais com a vida e com relacionamentos começam a ter prioridade. Portanto, quer após sessões individuais,

quer após algumas sessões de tratamento focalizado no evento para os sobreviventes de traumas grupais, os pacientes se sairão melhor em um grupo de terapia analítica ambulatorial dirigido a sintomas e problemas mistos.

O grupo é o tratamento de escolha para muitos pacientes, em particular para aqueles que também foram traumatizados.

Isso, por mais de uma razão. Eventos traumáticos tendem a ocupar uma posição central na mente do sobrevivente e, como consequência, servir como “organizadores” não apenas de experiências pós-traumáticas, mas, em retrospecto, também da vida pré-trauma. Do mesmo modo, o indivíduo traumatizado tende a retrair-se de ligações emocionais com o mundo a sua volta e a reforçar suas próprias fronteiras contra a penetração do exterior. Esses dois fatores, tomados em conjunto, indicam uma tendência a tornar-se mais centrado no próprio *self*. O tratamento de grupo age contra o fortalecimento dessas tendências e a redefinição de uma personalidade pós-traumática em torno da posição central de “Eu sou um sobrevivente de tal e tal coisa”. Os grupos oferecem ao paciente a oportunidade de envolver-se na vida e nas dificuldades dos outros, dentro de um ambiente seguro. Isso mantém abertas as fronteiras pessoais e promove um senso de atuação psicológica, crucial para aqueles nos quais um senso prolongado de impotência suprimiu a iniciativa e incentivou uma dependência inútil.

A outra razão diz respeito à forma como o mundo interno do indivíduo torna-se visível no grupo como relações externas com outros. A natureza explícita das negociações do grupo sobre as relações de uns

\* As pessoas jovens, que sofreram o assassinato de um dos pais, particularmente o pai do mesmo sexo, podem precisar de mais trabalho individual para ajudá-las a lidar com a forma terrível como fantasias normais da infância de substituir o pai, ou livrar-se dele de alguma forma, subitamente se tornaram reais. Pessoas nessa situação são particularmente propensas a apegar-se a uma identificação com o pai assassinado.<sup>8</sup>

com os outros forma parte do “trabalho” psicológico que é a base da modificação das projeções e introjeções que ocorrem em todos os agrupamentos e nas relações intergrupo. De certo modo, o grupo de terapia permite a mudança de uma posição na qual o narcisismo domina o funcionamento (quer ele derive de trauma recente, aparecendo como centralização no próprio *self*, pós-traumático, quer de psicopatologia anterior) para uma posição na qual relações objetais ou ligações emocionais com outros são mais possíveis e mais baseadas na realidade. Haverá, portanto, maior capacidade para funcionar de maneira a reconhecer as necessidades, as vulnerabilidades e as dificuldades dos outros; o indivíduo é auxiliado a lutar contra a ambivalência sentida em relação a esses outros, os quais, de competidores, podem passar a ser vistos como recursos terapêuticos valiosos.

Esse movimento, que também é um afastamento de uma visão paranoide do mundo, na qual os outros são sentidos como indignos de confiança, pode ser lento e bastante doloroso quando envolve, como no caso do traumatizado (particularmente quando o trauma implicou dano físico permanente), o reconhecimento da realidade de sua vida após o evento que o trouxe para tratamento.

A natureza e o grau das perdas que têm de ser encaradas envolvem um luto real. Essa é, provavelmente, a mais profunda das tarefas psicológicas que o paciente traumatizado precisa enfrentar.

O luto é sempre um trabalho intensamente difícil, mesmo para o indivíduo mais intacto do ponto de vista psicológico. O luto pode parecer uma tarefa impossível quando a personalidade está danificada e

incapacitada por eventos traumáticos e os recursos pessoais estão em seu ponto mais baixo.<sup>10</sup> Quando o luto falha, ou é impossível elaborá-lo, a personalidade pode tornar-se dominada pela melancolia,<sup>11</sup> pela negação maníaca<sup>1</sup> ou pela mágoa.<sup>12</sup> Nesses casos, o indivíduo permanece preso a uma posição na qual o potencial para reencontrar e revincular-se a agrupamentos ou a instituições sociais preexistentes (p. ex., o ambiente de trabalho) está limitado ou absolutamente ausente.

A natureza particular do trabalho psicológico que cada indivíduo, dentro de um grupo de terapia, tem que fazer a fim de alcançar o funcionamento normal também é útil na recuperação do trauma. A tarefa de tornar-se membro de um grupo de terapia reflete, em um microcosmo, o trabalho que enfrenta qualquer indivíduo dissociado ou deslocado na macrocultura. No grupo de terapia, a tarefa é largamente emocional e psicológica. Esse é o objetivo de uma experiência intensiva em um grupo pequeno. Os problemas e os danos internos são identificados e tratados dentro de uma estrutura que seja controlável para o indivíduo. A sociabilidade inata da criatura humana é mobilizada, e a capacidade para crescimento emocional e psicológico e para integração dentro do grupo pequeno pode – no seu devido tempo – ser exportada para a sociedade mais ampla.

Em um grupo de terapia, o que é terapêutico vem de outros membros (pacientes) tanto quanto do terapeuta.

Portanto, em termos psicanalíticos, o tratamento de grupo age para reduzir a inveja do seio, que é sentido como detentor de todos os recursos necessários para a própria vida. Quando cada membro do

grupo pode não apenas sentir-se faminto e desamparado (o bebê) como também uma parte dos recursos (o seio) para outros, então a inveja, que impede o crescimento e o desenvolvimento interior, é abrandada.

## Os limites da recuperação

Infelizmente, nem todos podem ser ajudados a recuperar-se de trauma. O bombeiro recusou tratamento a longo prazo. Para ele, aquele derradeiro incêndio tinha sido demais. Cumulativamente, incrementos diários de experiências traumáticas tinham, súbita e finalmente, derrubado suas defesas e o esmagado com seus significados. Preso entre duas identificações, com o morto e com a violência do próprio incêndio, sentiu que não podia se arriscar a “melhorar”. Ele poderia causar mais dano a seus objetos amados com sua irritabilidade explosiva e sofrer culpa demais em relação àqueles que não conseguira salvar no passado. O curioso é que isso se ligava a sua culpa pelo acidente vascular cerebral sofrido pelo pai, a quem fora incapaz de ajudar. O bombeiro escolheu, no fim, permanecer isolado e em um estado de quase colapso, amparado pelo serviço social.

Porém, tanto a jovem que foi assaltada quanto o rapaz que se tornou violento mudaram de algumas sessões individuais para tratamento de grupo. A jovem, na medida em que se descobriu capaz de ser útil a seus companheiros de grupo, com o passar do tempo, pôde sair da posição de extrema dependência que adotara como defesa contra novas agressões (correndo para a casa dos pais, por exemplo). Sua agorafobia diminuiu quando conseguiu reconhecer seu próprio potencial para ação destrutiva, parando de projetá-la totalmente no ambiente – que se transformara, então, em muito perigoso para ela. Suas fronteiras pessoais

alargaram-se mais uma vez quando se viu envolvida com as vidas de seus companheiros de grupo e perdeu seu foco exclusivo sobre o assalto traumático que tinha sofrido. Em resumo, começou a melhorar.

Da mesma maneira, o jovem prejudicado no acidente de motocicleta foi ajudado a enfrentar diversas suposições que vinham orientando sua vida. Uma delas era a de que os seres humanos podiam ser reparados exatamente da mesma forma prática que costumava consertar veículos motores danificados. Outra era a de que, se a pessoa for “boa” – amar seus pais, obedecer a Deus e ser gentil com a namorada –, a vida será boa em troca. O ardente sentimento de injustiça do paciente em relação à iniquidade do que tinha acontecido a ele (observe sua incapacidade de conceber o evento como um “acidente”) deu lugar ao reconhecimento mais triste, porém mais sensato, de que a vida não é justa, mas que também não é injusta. Ela simplesmente é o que é, e deve-se tirar o melhor proveito dela. Igualmente, sua “bondade” quando jovem o obrigara a reprimir uma grande quantidade de agressividade e autoafirmação normais. No grupo, finalmente encontrou formas simbólicas de ser agressivo (p. ex., por meio de palavras mais do que de ações) e descobriu que podia discutir com seus companheiros sem ninguém ser permanentemente prejudicado como resultado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda experiência contribui para a mudança e para o crescimento da personalidade. É isso que significa “aprender com a experiência”.<sup>13</sup> Entretanto, a experiência traumática difere quantitativamente, senão qualitativamente, da experiência cotidiana humana.

A diferença está na subitaneidade, na intensidade e na toxicidade do acontecimento, que esmaga defesas e procedimentos mentais estabelecidos e causa algo próximo de um colapso mental.

É importante lembrar que, embora o indivíduo possa ser ajudado a retomar sua vida de novo, esta não será mais a mesma que a vida pré-trauma. Em alguns aspectos, será mais difícil e mais dolorosa. Em outros, pode até melhorar, na medida em que o indivíduo adquire maior compreensão da realidade e maior reconhecimento do valor de boas relações com os outros.

A tarefa da psicoterapia psicanalítica é ajudar o paciente a fazer essa transição. Ela

oferece a possibilidade de uma mudança do estágio no qual o sobrevivente está preso ao trauma, como aspecto dominante da vida mental, para um estágio subsequente, em que o trauma se torna uma parte do todo, ainda presente, ainda doloroso, mas capaz de ser contemplado sem *flashback* – sem a sensação de ser lançado ao fogo, mais uma vez. Quando o evento traumático pode tornar-se parte do funcionamento emocional global do sobrevivente, em vez de continuar sendo uma área separada e evitada, um “corpo estranho” na mente, então pensamento concreto e identificações não precisam mais tomar o lugar do pensamento flexível e criativo, do sentimento e da imaginação. Em outras palavras, há novamente a possibilidade de um futuro pessoal.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. A “abordagem psicodinâmica” do trauma não significa que todos os pacientes requeiram tratamento de orientação analítica, mas que muitos, talvez, necessitem desse enfoque para elaborar melhor a situação traumática.
2. Muitas vezes, eventos passados têm que ser reelaborados juntamente com o fato traumático do presente, antes que o indivíduo possa recuperar seu equilíbrio funcional. Paradoxalmente, a tentativa normal de, sozinho, buscar o significado de um evento que é *essencialmente sem sentido* – um terremoto, um desastre de avião, um estupro por um cuidador – é o que torna o trauma tão difícil de tratar.
3. Um trauma é um acontecimento ou uma situação que causa dano a longo prazo ao aparelho psíquico. Caracteriza-se pela subitaneidade, pela intensidade e pela toxicidade do acontecimento, que esmaga as defesas e os procedimentos mentais estabelecidos e causa algo próximo de um colapso mental.
4. A hipótese freudiana da existência de um “escudo protetor” contra estímulos pode ser entendida, nos dias atuais, separada da neurofisiologia, como uma função dependente da internalização de aspectos úteis dos primeiros relacionamentos do bebê com sua mãe.
5. O indicador mais efetivo da capacidade do paciente de se recuperar de um evento traumático ocorrido na idade adulta está relacionado à natureza e à qualidade dos seus primeiros relacionamentos.
6. “Pensar”, no contexto do trauma, refere-se à capacidade de representar os eventos mentalmente, de modo que possam ser examinados sem a adoção de uma relação esquizoparanoide com o mundo ou sem mergulhar na sensação de que tudo está acontecendo de novo.
7. Quando a capacidade de simbolizar foi perdida, torna-se impossível diferenciar entre algo que representa um perigo potencial (um símbolo) e algo que, de fato, pode ser um perigo.

8. Os terapeutas *podem* ser bons e úteis, mas apenas quando se oferecem como sendo nem bons, nem maus, mas apenas abertos, envolvidos e comprometidos a escutar e a tentar entender o significado dos eventos para o paciente.
9. A tarefa das primeiras sessões é ajudar o paciente a começar a ver o evento traumático e suas respostas dentro de sua vida como um todo.
10. O grupo é o tratamento de escolha para pacientes que foram traumatizados. No grupo, o que é terapêutico vem de seus outros membros (pacientes) tanto quanto do terapeuta.
11. A natureza e o grau das perdas que têm que ser encaradas envolvem um luto real. Essa é, provavelmente, a mais profunda das tarefas psicológicas que o paciente traumatizado precisa enfrentar.
12. Quando o evento traumático consegue fazer parte do funcionamento emocional global do sobrevivente, em vez de ser uma área separada e evitada, um “corpo estranho” na mente, então pensamento concreto e identificações não precisam mais tomar o lugar do pensamento flexível e criativo, dos sentimentos e da imaginação, e o processo de cura pode começar a se desenvolver.

## REFERÊNCIAS

1. Klein M. Mourning and its relation to manic depressive states. In: Klein M. The writings of Melanie Klein. London: Hogarth; 1975. v. 1.
2. Freud S. Beyond the pleasure principle. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1920. v. 18. p. 1-64.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
4. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1926. v. 20.
5. Freud S. Thoughts for the times on war and death. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1915. v. 14. p. 273-301.
6. Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. In: Klein M. The writings of Melanie Klein. London: Hogarth; 1975. v. 3.
7. Segal H. Notes on symbol formation. Int J Psychoanal. 1957;38(6):391-7.
8. Garland C. Action, identification and thought in post-traumatic states. In: Garland C. Understanding trauma: a psychoanalytical approach. London: Karnac; 2002. (Tavistock clinic series). cap. 13.
9. Bion W. Attacks on linking. Int J Psychoanal. 1959;40(5-6):308-15.
10. Garland. From troubled families to corrupt care: sexual abuse in institutions. In: Weldon EV, Van Velsen C, editors. A practical guide to forensic psychoterapy. London: Jessica Kingsley; 1997. p. 62-71.
11. Freud S. Mourning and melancholia. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1915. v. 14. p. 239-58.
12. Young L, Gibb E. Trauma and grievance. In: Garland C. Understanding trauma: a psychoanalytical approach. London: Karnac; 2002. (Tavistock clinic series). cap. 5.
13. Bion W. Learning from experience. London: Karnac Books; 1984.

## LEITURA SUGERIDA

Bion W. A theory of thinking. In: Bion. Second thoughts: selected papers on psycho-analysis. New York: J. Aronson; 1984.

# ABORDAGEM PSICODINÂMICA NA INFÂNCIA

Maria Lucrecia Scherer Zavaschi  
Ana Margareth Siqueira Bassols  
David Simon Bergmann  
Victor Mardini

A psicoterapia de orientação psicanalítica para crianças é uma modalidade de tratamento que privilegia a relação entre o terapeuta e o pequeno paciente, utilizando a linguagem falada, o brincar, a dramatização e outras manifestações plásticas como os principais veículos de comunicação. Essa psicoterapia se distingue de outras por proporcionar condições de estímulo ao processo evolutivo, pertinente à idade da criança, adequando as condições de comunicação às referidas idades cronológicas e emocionais para as quais está destinada.

A psicanálise e a psicoterapia psicodinâmica encontram-se em um momento de grande entusiasmo, tendo em vista as modernas descobertas da neurogênese e da plasticidade cerebral ao longo da vida. Essas descobertas identificaram o desenvolvimento de novas conexões neurais e modulações de antigas sinapses, relacionadas ao aprendizado e à memória, enfatizando a importância do ambiente na determinação de expressões fenotípicas de patologias predisponentes no genótipo dos indivíduos. Além disso, informam sobre a possibilidade de uma psicanálise e uma psicoterapia de orientação analítica, literalmente, al-

terarem a estrutura cerebral ao modificarem essas funções.<sup>1</sup>

A abordagem psicodinâmica na infância encontra suas bases teóricas na psicanálise, sobretudo em Freud, seu fundador, e em seus seguidores. Freud,<sup>2</sup> em 1909, com o tratamento do pequeno Hans, lançou elementos fundadores para a psicanálise de crianças, bem como para a psicoterapia de orientação psicanalítica. “Na ocasião, ele admitiu que a intervenção fora útil para o menino” porque “o pai, homem esclarecido, havia colaborado sobremaneira para a obtenção dos bons resultados”.

Posteriormente reconheceu, a partir das experiências terapêuticas de sua filha Anna,<sup>3</sup> que a teoria psicanalítica não só poderia ser comprovada por meio da observação direta, como também poderia consubstanciar o corpo teórico do tratamento de crianças.<sup>4</sup>

## HISTÓRIA

Os atendimentos psicológicos a crianças, até o século XX, eram realizados a partir do aconselhamento dos pais, ou do mane-

jo ambiental, quando ocorriam. Se considerarmos as crianças até a época da Idade Média, e mesmo até a Renascença, observaremos que raramente eram ouvidas e, muito menos, lhes era dada a palavra. A psicoterapia de orientação psicanalítica dedica-se, de forma precípua, a oferecer-lhes ouvido e olhar e, sobretudo, conhecimento de seus padrões de relacionamento, atentando e respeitando cada etapa de seu desenvolvimento.

A primeira criança a ser atendida pelo referencial psicanalítico de que se tem conhecimento foi o pequeno Hans, descrito por Sigmund Freud.<sup>2</sup> Freud, na ocasião, não se apercebeu do enorme campo de trabalho que iria descortinar-se.

Deve-se também a Freud a descoberta de que o brinquedo da criança tem um sentido inconsciente. Essa descoberta foi realizada a partir da observação de um bebê de 18 meses que brincava com um carretel, expressando sua ansiedade de separação em relação à mãe.<sup>5</sup>

Após o atendimento do pequeno Hans, houve o desenvolvimento de terapêuticas que aplicaram largamente os conceitos psicanalíticos no tratamento de crianças em distintas situações: em ambientes terapêuticos, residenciais, na reeducação de delinquentes e, sobretudo, na educação de forma global. A década de 1920 foi frutífera no crescimento da especialidade, formando-se, na Inglaterra, três grupos no panorama psicanalítico de crianças.<sup>6</sup> Um deles, liderado por Anna Freud, dava grande ênfase aos aspectos desenvolvimentais, apreciando as competências alcançadas em cada estágio do desenvolvimento da criança. Ela realizou estudos acerca dos “perfis” diagnósticos, levando em consideração o

desenvolvimento que ocorria paralelo ao aprofundamento da análise. Ressaltou que o complexo de Édipo, que antes era visto deslocado na vida dos adultos, podia ser identificado imediatamente.<sup>3</sup>

No outro extremo, Melanie Klein estava convencida de que a análise de crianças era semelhante à de adultos. Desenvolveu e estabeleceu as regras básicas da técnica do brinquedo no *setting* analítico, ampliando o espectro de tratamento às muito pequenas, uma vez que postulava a existência de um ego rudimentar no bebê, capacitando-o a reagir às ansiedades provenientes tanto de fontes internas quanto externas. Exemplificou seu pensamento teórico por meio do relato da análise de Rita, uma menina de 2 anos e 9 meses.<sup>7</sup> Klein refere que as diferenças entre a mente do adulto e a mente infantil levaram-na a entender as associações da menina por meio do brinquedo.

A criança expressa suas fantasias, seus desejos e suas experiências de um modo simbólico, por meio dos brinquedos e dos jogos. Ao fazê-lo, utiliza os mesmos meios de expressão arcaicos, filogenéticos, a mesma linguagem que nos é familiar a partir dos sonhos.<sup>7</sup>

Em uma posição intermediária, encontrava-se Von Hug-Hellmuth.<sup>8</sup> Ela foi a primeira analista de crianças a utilizar a técnica do brinquedo como instrumento do tratamento, sugerindo que o brincar espontâneo pode servir de complemento e até mesmo substituir a comunicação verbal. Ela, porém, não se dispunha a atender crianças muito pequenas. Também nesse grupo estava Donald Winnicott,<sup>9</sup> experiente pediatra e psicanalista, que, a partir das inovadoras teorias de Klein aplicadas a sua extensa prática clínica com crianças, construiu novos conceitos sobre o desenvolvimento psíquico humano. Entre suas ideias inovadoras, encontram-se a importância

do ambiente sobre o desenvolvimento do indivíduo, a teoria sobre a mãe suficientemente boa, a teoria da sustentação, ou *holding* e o conceito de objeto transicional.<sup>10</sup>

As divergências técnicas entre Anna Freud e Melanie Klein suscitaram inúmeros debates: Klein considerava que o período preparatório, preconizado por Anna Freud, impedia o desenvolvimento de um genuíno *setting* analítico. Segundo ela, se a transferência fosse trabalhada com lógica, a neurose de transferência apareceria, e a criança estaria apta ao processo analítico. Klein costumava envolver a própria criança na situação analítica, mantendo os pais fora do tratamento. Acreditava que, devido à transferência, o analista poderia ser objeto de ciúmes e hostilidade. Admitia que os pais pudessem representar considerável dificuldade em análise de crianças. Seu método dava especial atenção às fantasias inconscientes, à dramatização, utilizando-se de uns poucos brinquedos. Até hoje, seus seguidores usam essa técnica, valendo-se de bonecos, miniaturas de automóveis, animais selvagens e domésticos, papel, lápis, tesouras, barbante, bolas, cubos, água, entre outros recursos.

Anna Freud, por sua vez, criticava Melanie Klein em sua afoiteza no uso de sucessivas interpretações simbólicas. Não concordava com o fato de ela equacionar o brinquedo com a livre associação do adulto. Para ela, Klein não respeitava o ego da criança, ultrapassando as defesas desta, em vez de analisá-las lentamente. Criticava-a por levar adiante uma análise do id com indivíduos que estavam lutando para alcançar e manter um adequado *status* de ego. A posição de Anna Freud era a de que o trabalho deveria ser feito de modo gradual. Primeiro, pela verbalização das percepções externas e, depois, das internas. Preferia analisar, com cuidado, as defesas e as resistências. Preconizava, ainda, que o

analista estivesse atento a possíveis fugas da criança, ao confrontar-se com o material inconsciente ou com a transferência negativa.<sup>3</sup>

Anna pensava que a criança preferia soluções ambientais a intrapsíquicas. Em diversas circunstâncias, o analista teria que se conformar em trabalhar, por bastante tempo, sem a aliança terapêutica. Enfatizava a dupla relação do analista com seu paciente, ora visto como um novo objeto, ora como um objeto transferencial. Às vezes, segundo ela, o analista funciona como um ego auxiliar ou como um superego externo. Monitorando ambas as situações, internas e externas, o analista de crianças “é muito mais um ambientalista” do que um analista de adultos. O psicanalista de crianças, portanto, deveria estar atento para essa dupla relação com seu paciente, dirigida para dentro e para fora.

O doutor James Anthony,<sup>11</sup> profundo conhecedor de psicanálise e da psiquiatria e quem construiu a história destas nos Estados Unidos, no que se refere ao trabalho com crianças, nos EUA, mencionando as polêmicas que marcaram a história da psicanálise infantil, afirma que ambos os sistemas de trabalho trouxeram significativas mudanças para o campo da psicanálise, originando, em última instância, uma integração entre eles.

O conflito é o estímulo do pensamento. Instiga-nos a apurar nossa observação e memória. Demove-nos da passividade de rebanho e impele-nos à criatividade.<sup>11</sup>

A teoria psicanalítica do desenvolvimento expandiu-se e continua confrontando-se com desafios clínicos que podem ser resumidos em dois tópicos, segundo estudos de Tyson: como explicar a saúde e como explicar a formação dos quadros psicopatológicos.

O autor ressalta que a complexa e primitiva relação mãe-bebê, bem como a identificação do papel do pai no desenvolvimento do indivíduo, trarão à luz muitos elementos capazes de auxiliar no esclarecimento de tais questões. Considerou que todos os fenômenos psicológicos que advêm dessa complexa interação estão assentados em bases biológicas.<sup>12</sup> Essa preocupação já fora levantada por Freud, em sua equação etiológica.<sup>13</sup>

O tempo de teorias simples sobre o desenvolvimento já passou, e a visão reducionista dos não analistas acerca da teoria psicanalítica é extremamente exígua; eles caricaturizam o desenvolvimento humano em fase oral, anal e fálica, explicando a origem dos fenômenos neuróticos como simples pontos de fixação: porque o desmame ou o controle esfinteriano foi precoce ou tardio, ou porque a masturbação foi estimulada ou permitida.<sup>12</sup> É evidente que a proposta de Freud, mesmo em seus primórdios, era muito mais complexa do que essa. As recentes evidências científicas de que a mente é a manifestação virtual da atividade cerebral revigora a ideia original de Freud.<sup>14</sup> Ainda que a psicanálise e as neurociências tenham métodos e objetivos distintos, os achados da neurociência estimulam a retomada do projeto da equação etiológica.<sup>13</sup>

A boa notícia, do ponto de vista das neurociências, é a de que o cérebro, sendo um sistema vivo, desenvolve-se ao longo de toda a vida.<sup>15</sup> Para nós que trabalhamos com paradas, retrocessos e desvios do desenvolvimento, e que temos o objetivo de auxiliar nossas crianças e adolescentes a retornar ao curso normal dele, por meio de diferentes abordagens terapêuticas – entre elas, a psicoterapia de orientação psicanalítica –, trata-se de uma notícia alvissareira.

Se observarmos que existem períodos de exuberante crescimento cerebral, denominados períodos sensíveis, e que seu crescimento e organização dependem das primitivas relações interpessoais, sobretudo as muito primitivas, identificaremos o quão visionária foi a afirmativa de Freud,<sup>16</sup> em 1938, ao descrever a relação do bebê com sua mãe:

[...] única, sem paralelo, que se estabelece de forma inalterada por toda a vida, como o primeiro e mais forte amor objetal e como o protótipo de todas as demais relações amorosas.

Seguindo essa premissa, a maioria das dinâmicas está de acordo com o importante papel que as primeiras relações têm no desenvolvimento humano. Essa primitiva relação pode reeditar-se no contexto da psicoterapia, com a emergência da transferência, havendo uma nova oportunidade para a restauração desses laços.

A ênfase na continuidade e na mutualidade das transações entre o indivíduo e o ambiente tem tido grande relevância no momento atual. O reconhecimento das complexidades interativas multideterminadas do desenvolvimento e da patologia requer uma construção teórica que vai além do pensamento reducionista.<sup>17</sup>

As pesquisas acerca do desenvolvimento do bebê levaram a um segundo importante tema, que, segundo Zeanah,<sup>17</sup> suplantaria o modelo teórico de fixação – regressão em favor de um modelo teórico de construção contínua. Tradicionalmente, as teorias psicodinâmicas consideravam que as relações experienciais eram organizadas pelos estágios libidinais oral, anal e fálico. A psicopatologia é compreendida como derivada da regressão a pontos de fixação, resultantes de vulnerabilidades consti-

tucionais e de traumas infantis, situados em certos períodos críticos ou sensitivos. Esse modelo de fixação e regressão da psicopatologia também pode guiar o tratamento. A psicanálise e a psicoterapia psicodinâmica procuram, de forma gradual, evidenciar o trauma original, ou o ponto de fixação, de maneira que possa ser elaborado (*working through*). Nessa conceitualização, a origem ontogênica da psicopatologia reside em um particular estágio libidinal do desenvolvimento, sobre o qual incidiu um trauma.

## OBJETIVO

O objetivo deste capítulo é apresentar os principais fundamentos da teoria e da técnica da psicoterapia de orientação analítica (POA) aplicada a crianças.<sup>18-20</sup> Os autores entendem que esse é um procedimento derivado da psicanálise, com a qual compartilha os mesmos fundamentos teóricos e possibilidades de aliviar o sofrimento emocional.

## FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Os fundamentos psicanalíticos não formam, atualmente, um bloco monolítico de ideias. Há várias escolas, com diferentes orientações e discordâncias quanto à natureza da mente, seu desenvolvimento, psicopatologias e tratamento. No entanto, os terapeutas de orientação psicanalítica concordam, de acordo com Kaye,<sup>21</sup> com as seguintes premissas:

1. O principal foco da POA é a subjetividade do indivíduo, a experiência interna da *self*, sendo o objetivo principal do tratamento a autoaceitação e o autoentendimento, por meio do

relacionamento terapêutico. A ferramenta primordial da POA é o vínculo que se estabelece entre o terapeuta e seu paciente. Tal premissa se adapta também às necessidades das crianças, pois mesmo as pequenas têm um conceito – ainda que restrito – acerca de si próprias.

2. O conhecimento do inconsciente é essencial para o entendimento das experiências subjetivas do paciente e de seus padrões de relacionamento. Os afetos, as motivações e os processos inconscientes, incluindo os mecanismos de defesa, são aceitos como determinantes do comportamento normal e anormal do ser humano. Mesmo crianças pequenas podem se beneficiar desses conceitos.
3. Os padrões emocionais, comportamentais e relacionais podem ser compreendidos pelo determinismo psíquico. O comportamento humano tem uma lógica, acontece por “razões” psicológicas, compreensíveis a partir da ligação que mantém com múltiplos impulsos, afetos e experiências a elas relacionadas. As crianças, mesmo as bem pequenas, compreendem a linguagem dos sentimentos e as manifestações pré-verbais da comunicação.
4. A criança é o pai do homem. As experiências primitivas da criança fundam importantes e consistentes padrões na percepção, no pensamento, no sentimento e no comportamento do indivíduo, os quais são carregados por toda a vida, por meio de crenças, expectativas e atitudes internalizadas. A esse padrão de relacionamento que se reedita no âmbito da POA se dá o nome de “transferência”.
5. O tratamento se baseia, primordialmente, na transferência. O enfoque no aqui e agora das relações transferenciais

promove a evolução do processo psicoterápico.

6. O objetivo do tratamento não se restringe à melhora dos sintomas, mas a um amplo crescimento do paciente. Assim, na POA para crianças e adolescentes, inclui-se o retorno ao curso normal de seu desenvolvimento.
7. Ao longo do tratamento, podem ocorrer barreiras emocionais ou “resistência” ao desenvolvimento psicológico.

## EVIDÊNCIAS DE EFETIVIDADE

A maior pesquisa sobre os resultados em psicanálise e POA foi efetivada na Inglaterra, com um estudo retrospectivo de 700 prontuários.<sup>22-25</sup> Os autores observaram que o tratamento de orientação psicanalítica apresentou excelentes resultados, sobretudo para crianças pequenas.

Crianças portadoras de transtornos globais do desenvolvimento ou com déficits intelectuais responderam pobremente ao tratamento. Em menor escala, alguns estudos evidenciaram, além da melhora sintomática, uma melhor *performance* escolar em *follow-up* realizado após um ano.<sup>26,27</sup>

Pesquisadores da Universidade de Pisa<sup>28</sup> observaram a efetividade de um tratamento psicoterápico breve, focal, de orientação psicanalítica, de 11 sessões, para 58 crianças com transtorno distímico ou de ansiedade, com história de grave privação. O tratamento incluiu terapia individual e familiar. O grupo-controle foi encaminhado a tratamento na comunidade. As medidas foram tomadas antes do tratamento, aos seis meses e aos dois anos. Os resulta-

dos revelaram significativas diferenças entre ambos os grupos.

Outros estudos, como os de Kolvin e colaboradores<sup>29</sup> e Lochman e colaboradores,<sup>30</sup> também evidenciaram consideráveis melhoras com a psicoterapia de orientação psicanalítica. Um estudo que investigou o resultado da psicoterapia baseada na mentalização em crianças que sofreram maus-tratos e que apresentaram vínculos emocionais com tipo de apego inseguro e limitada capacidade de mentalização antes da psicoterapia relatou alterações na mentalização após as 20 primeiras sessões.<sup>31</sup>

## A AVALIAÇÃO

### Entrevista com os pais

A avaliação inicia-se desde o primeiro contato realizado com os pais. O terapeuta começará, então, a conhecer o funcionamento da família. Algumas vezes, são os professores os primeiros a perceber a dificuldade da criança, podendo indicar negação ou pouca sensibilidade dos pais.

É fundamental lembrar que os pais podem estar com ansiedade e culpa por sentirem estar falhando na tarefa de bons pais. O terapeuta deve cuidar para não parecer um juiz, devendo esclarecer que está ali para ajudá-los a tratar seu filho. Além disso, muitas vezes, a família pode estar vindo de uma longa trajetória de avaliações, e o psicoterapeuta pode representar a última esperança desses pais.

Não é demais afirmar que o terapeuta deve ter sempre presente o desenvolvimento psicomotor normal, o momento evolutivo em que se encontra a criança e o contexto no qual está inserida.<sup>32</sup> Apenas assim poderá avaliar de forma acurada as condições em que se encontra seu pequeno paciente.

O terapeuta deve manter uma postura de neutralidade, não assumindo a função de paternidade de seu jovem paciente, uma vez que alguns pais, por se sentirem incompetentes, cansados ou angustiados, podem desejar transferir essa função para ele.

A atenção aos sentimentos contra-transfereciais poderá ser de grande ajuda na avaliação, assim como durante todo o processo psicoterapêutico.

É possível que, nos primeiros encontros, alguns dados da história não sejam contados, principalmente situações cercadas de culpa ou ansiedade. Informações dolorosas para os pais podem ser omitidas de propósito. Somente poderá vir à tona com a melhora da criança e com a culpa, então, atenuada. Uma boa relação terapeuta-pais favorece, em muito, esse processo. A técnica adequada de avaliação se realiza ao deixar bastante livre uma parte da primeira entrevista, pois os pais, por meio da associação livre, poderão trazer questões íntimas, que, em perguntas diretas, talvez não aparecessem. Porém, quando informações consideradas importantes não forem apontadas, pode ser necessária uma arguição direta. Um *check-list* auxilia na investigação diagnóstica.

Uma boa análise da situação demanda algumas entrevistas. Para tanto, será apresentado um roteiro de modelo para a avaliação. Não é necessário que seja seguido do modo como é descrito. O fundamental é que, ao final, o avaliador disponha de informações necessárias para uma adequada indicação terapêutica.

É importante averiguar o motivo pelo qual os pais buscaram o atendimento e por que neste momento, além de questões do tipo: quando se iniciaram os sintomas? Quais os elementos desencadeantes? É relevante perguntar a respeito de fatores agra-

vantes ou atenuantes. Como pais, cuidadores ou escola lidam com a situação? Qual a evolução e a repercussão do problema nos meios familiar, escolar e social? É importante saber qual a intensidade do sofrimento da criança e as limitações que acarreta.

Arminda Aberastury<sup>33</sup> recomenda que se pesquise a rotina diária da criança, desde o acordar até recolher-se à noite. Como são os fins de semana? Como transcorre ou se comemora o aniversário? Quais as brincadeiras e os brinquedos prediletos? Brinca sozinha ou acompanhada? Demonstra prazer no que faz? Qual o tempo que passa assistindo à TV, jogando *videogame* ou no computador? É muito importante perguntar se os pais conhecem a qualidade dos programas a que o filho assiste. Deve-se investigar o grau de dependência da criança com seus cuidados básicos, como hábitos de higiene, vestimentas, alimentação, sua curiosidade, iniciativa, capacidade de se defrontar com circunstâncias adversas.

Quando o filho desobedece ou desafia pais ou adultos, como estes se conduzem? Quais são os castigos ou as punições aplicados? Como a criança se comporta diante de limites ou castigos?

Quanto ao sono, é importante saber os hábitos que antecedem o adormecer. Se há uma rotina, horário, se ocorre de uma maneira tranquila e se adormece na própria cama ou na de seus pais. Se a criança tem um quarto próprio, se dorme sozinha ou acompanhada e se usa rotineiramente esse quarto.

É importante obter informações a respeito do planejamento dessa gravidez. Qual a reação de cada um dos pais quando souberam da gravidez? Pensou-se na possibilidade de realizar um abortamento? Que lugar esse filho ocupa na família? Quantos filhos o casal tem? Desejaram ou ainda pretendem ter mais filhos? É necessário perguntar sobre uso ou abuso de álcool, outras

drogas ou medicamentos durante a gravidez. Foi realizado pré-natal? Essas questões vão fornecer ao psicoterapeuta informações de como a família se organizou para receber o bebê.

Durante a(s) entrevista(s), investiga-se a idade gestacional, se o parto foi vaginal ou cesárea. Foi usada analgesia ou anestesia? Houve alguma intercorrência antes, durante ou após o parto? Qual a participação do pai durante todo o processo? A mãe sentiu-se amparada e segura pelo companheiro e teve uma maior disponibilidade afetiva para servir de continente para seu bebê?

Pergunta-se a respeito do bebê imaginário, da preferência do sexo e da reação dos pais ante o filho real. Mãe e bebê se viram em seguida ao nascimento? O filho chorou logo? Qual seu peso e comprimento? Apgar? Foi possibilitada uma interação entre a mãe e seu bebê? Ficaram em alojamento conjunto, ou o filho ficou no berçário? Existiu alguma intercorrência que dificultasse a interação pais-bebê?

O primeiro ano é decisivo para a vida do bebê. Nesse ínterim, são lançadas as bases para o futuro desenvolvimento emocional da criança, assim como para as futuras relações de objeto.

Qual a relação do bebê com a alimentação e como demonstrava estar com fome? Como exercia a força de sucção? Pergunta-se a respeito da amamentação ao seio e sobre as emoções que despertavam na mãe. Se o aleitamento materno não foi possível, como foi realizado? Foi prazeroso para mãe e filho?

Questiona-se sobre marcos do desenvolvimento psicomotor, não apenas quanto ao momento, mas também à maneira como começaram e como repercutiram

nos pais e na criança: sorriso, sociabilidade; firmou a cabeça, sentou sem e com apoio, engatinhou, deu os primeiros passos e falou as primeiras palavras.

A introdução de novos alimentos, diferentes do leite materno: quando e como ocorreu e como o bebê reagiu? Segundo Aberastury,<sup>33</sup> o modo como a criança aceita essa perda mostrará como ela enfrentará as perdas futuras.

Pergunta-se a respeito da dentição: se foi acompanhada ou não de desconforto, se coincidiu com o desmame e se causou transtorno do sono. Pesquisa-se sobre o controle esfinteriano, qual a idade, forma como se realizou e a atitude diante das questões de limpeza e sujeira. Ainda, como os pais relatam e reagem a respeito da sexualidade do filho e como lidam com a sua própria. Privacidade quanto ao banho da criança e dos pais, troca de roupa, relações íntimas, uso do toalete, coabitação ou co-leito.

Verificam-se os antecedentes mórbidos: doenças, cirurgias, hospitalizações, situações traumáticas e reações da criança e dos pais ante situações adversas. O psicoterapeuta deve estar atento à possibilidade de existir negligência, abuso e maus-tratos, independentemente de nível cultural ou socioeconômico, mesmo que não exista uma queixa formal quanto a essas questões. Investiga-se, ainda, a existência de traumatismos ou acidentes repetidos que possam mascarar uma tentativa de suicídio.

Perguntas de como e quando iniciou na pré-escola e na escola também devem ser feitas. Como foi e quanto tempo durou o período de adaptação? Há problema(s) de aprendizado? Há dificuldade maior em leitura ou matemática? A criança tem dificuldade em prestar a atenção? É inquieta, dispersa ou causa transtorno na sala de aula? Como se relaciona com colegas e professores? Quais as expectativas dos pais

quanto à escolaridade do filho? Como é a disponibilidade afetiva para o aprendizado e quais os sentimentos da criança em relação ao estudo, aos temas e à leitura? Como se posiciona e como brinca no recreio? Fica sozinha ou em grupo? Pratica e aprecia atividades esportivas?

O conhecimento dos antepassados da criança, da história de seus hábitos, de tradições e de tabus pode oferecer modelos de identificação para o paciente. É importante informar-se a respeito de gerações anteriores, não apenas quanto aos aspectos genéticos estritamente biológicos, mas também quanto aos padrões genético-dinâmicos das relações predominantes. Elaborar em detalhes um heredograma auxiliará na visualização das famílias de origem e da família nuclear. Pesquisar a existência de transtornos mentais de forma minuciosa: a natureza e o número de familiares comprometidos, por exemplo, com transtornos do humor, transtorno obsessivo-compulsivo, do espectro autista e transtornos psicóticos.

Prego e Silva<sup>34</sup> orientam que, ao terminar uma avaliação, o psicoterapeuta terá a possibilidade de vir a conhecer três crianças: a inventada pelos pais, a construída por ele, terapeuta, e a criança real, que irá atender.

## Entrevista com a criança

A entrevista com a criança deve se realizar em uma sala preparada, que permita o brinquedo livre, incluindo o uso de água, tintas, argila, cola, por exemplo. Convém que tenha piso e paredes laváveis e que disponha de uma pia com água corrente, para que a criança possa também se valer desse meio para o trabalho psicoterápico. Os

móveis devem se adequar ao tamanho das crianças. É interessante ter um quadro para desenhar, um espelho que permita ver-se de corpo inteiro, um armário com gavetas individualizadas, que possam ser identificadas pela cor, por exemplo, e chaveadas, com a chave colocada em local que possa ser manipulada somente pela criança e/ou pelo terapeuta.

O material usado deve ser simples e resistente. Os brinquedos não devem ser sofisticados, permitindo um livre curso às fantasias do pequeno ou jovem paciente. Todo material deve ser individual para cada criança e guardado em sua gaveta. Assim, por meio dessa atitude concreta, ela terá a compreensão de que todo trabalho, desenhos e brincadeiras realizados são sigilosos. O material lúdico da criança representa seu mundo interno, e só será usado pela dupla criança-terapeuta durante o trabalho, não sendo violado por nenhuma outra pessoa.<sup>35</sup>

A gaveta (ou caixa individual) deverá conter: família terapêutica, bonecos de pano, plástico ou madeira, carrinhos (bombeiros, polícia, corrida, ambulância). Poderá ter também avião, navio, panelinhas, pratinhos, xícaras, revólveres, espadas, blocos de encaixar ou cubos de madeira, massa de modelar ou argila, tintas, pincéis, cola, fita adesiva, cordão, tesoura, linha e agulha, retalhos de pano.

O terapeuta, de acordo com a situação, utilizará outros materiais ou brinquedos, caso considere necessário. Assim, com uma menina em avaliação por uma reação traumática à perda de um familiar em acidente de ônibus, com a finalidade de facilitar a projeção de fantasias, o terapeuta poderá colocar um ônibus entre os brinquedos.

Nas consultas de avaliação, o material deve ficar à disposição para a criança. Sua reposição, ao longo do tratamento, não de-

ve ser realizada sem um exame detalhado a respeito de seu significado. Brinquedos, mesmo que muito utilizados ou danificados, não devem ser trocados sem o devido entendimento da destruição e do significado da troca, pois esse fato pode ser, por exemplo, expressivo de fantasias e conflitos. A simples reposição poderá configurar uma troca maníaca, uma busca de reparar um ataque na relação transferencial e que está reeditando conflitos que não foram compreendidos.

É fundamental que o pequeno paciente se confronte com suas ações, mesmo que destrutivas. É mais apropriado que a criança venha a se defrontar com seus aspectos destrutivos no brinquedo do que em sua *performance* escolar ou social ou em seu próprio corpo. Essa é a finalidade do *setting*, justamente para que ali a criança, de forma livre, expresse seus conflitos.

As entrevistas iniciais representam o começo do estabelecimento de uma aliança terapêutica. Nas consultas diagnósticas, segundo Angold,<sup>36</sup> o avaliador necessita ser habilidoso para conseguir harmonizar adequada coleta de informações, olhar observador, empenho e preocupação a respeito das dificuldades da criança, o que considera uma verdadeira arte. A entrevista psicodinâmica procura encontrar quais conflitos inconscientes colaboram para a constituição dos sintomas do paciente. O terapeuta ficará atento a padrões de assuntos conflituos e defesas habituais.

A avaliação com a criança possibilita uma exploração direta da sua percepção sobre a dificuldade apresentada e uma avaliação do nível de desenvolvimento, além do exame do estado mental. O uso de sessões não estruturadas na avaliação possibilita estabelecer inferências a respeito da vida psíquica da criança, englobando seus desejos, impulsos, medos, defesas, conflitos, afetos e relações objetais.

A criança deve ser orientada e preparada pelos pais, assim como devem ser discutidos com ela os objetivos, a natureza e a proposta da avaliação.

Tudo o que ocorre no *setting* da primeira consulta servirá de subsídio para a avaliação. Tudo o que ocorrer durante o processo terapêutico servirá para a busca de compreensão do psiquismo da criança e dos afetos correspondentes, que serão interpretados à luz do entendimento dinâmico, tendo como fio condutor a relação transferencial e contratransferencial estabelecida.

O primeiro contato com a criança se dá na sala de espera, quando o terapeuta se apresenta e a convida para entrar. O comportamento dos pais é fundamental nesse momento, pois a criança está atenta aos gestos mais sutis deles que possam expressar ansiedade ou ambivalência. Se for bem preparada e informada a respeito dos motivos daquele encontro, facilitará bastante sua entrada. É de se esperar, mesmo assim, que apresente um pouco de angústia nesse momento.

O terapeuta necessita estar atento a esse começo, uma vez que a atitude da criança e dos pais, assim como o modo como a criança interage com o avaliador, indicarão aspectos do funcionamento da família.

Logo após a entrada, deve-se esperar um pouco até que ela se manifeste. Busca-se decodificar e compreender as atitudes iniciais. Habitualmente, o início é recheado de ansiedades paranoides, que devem ser entendidas e interpretadas. É importante tranquilizar a criança, comunicando a ela que o terapeuta está ali para auxiliá-la a entender seus problemas (falar quais) e que, para isso, é necessário conhecê-la. Portanto, irá brincar e observá-la.

Ao fim da consulta, o terapeuta deve ter um conhecimento pelo menos parcial do estado mental da criança, dos conflitos, dos mecanismos de defesa e dos recursos sádios de ego de que dispõe para enfrentar situações do desenvolvimento de forma adequada ou desfavorável. Simmons<sup>37</sup> descreve um esboço para o exame do estado mental: aparência, temperamento, afeto, orientação e percepção, mecanismos de defesa, integração neuromuscular, processos de pensamento e verbalizações, fantasias (sonhos, desenhos, desejos e brincadeiras), superego (ideais e valores do ego, integração da personalidade), autoconceito (relações com o objeto, identificação), capacidade de *insight* e estimativa do coeficiente de inteligência.

Pode se fazer necessária a solicitação de exames complementares e/ou a avaliação de outros especialistas. Alguns exames laboratoriais devem ser solicitados quando houver suspeita de organicidade. O terapeuta deve solicitar uma avaliação o mais abrangente possível, tendo em vista os custos e o tempo despendidos, que podem ser limitados pelas condições socioeconômicas da família. Solicitam-se hemograma, EQU, EPF, VDRL, sorologia anti-HIV, entre outros exames.

A testagem psicológica constitui um valioso instrumento diagnóstico, além da utilidade para verificar o andamento e auxiliar na decisão do término de tratamento. Para Chabert, citado por Vasconcellos,<sup>38</sup> aspectos que escapam à vista do avaliador podem ser evidenciados pela sensibilidade dos testes projetivos, como Rorschach e Teste de Apercepção Temática (TAT), por exemplo. Os escores dos testes dão informações importantes, mas devem ser interpretados no contexto total da avaliação, levando-se em consideração sua consistência com as informações dos pais, da escola e do próprio terapeuta.<sup>39</sup>

Uma avaliação da criança pelo neuropediatra pode se fazer necessária, por meio de exame neurológico, exame neurológico evolutivo (ENE) e exame das funções corticais, com a finalidade de garantir que fatores orgânicos não diagnosticados antes, ou surgidos recentemente, sejam descartados. Também o neurologista ajuda a compreender e detectar sinais neurológicos leves que possam estar relacionados com o *status* do desenvolvimento da criança. Alterações do exame neurológico podem estar associadas a alguns transtornos psiquiátricos específicos, como transtorno de Tourette e transtornos do espectro autista, entre outros.

A avaliação psicopedagógica deve ser solicitada quando se suspeitar de algum transtorno do aprendizado e/ou de motricidade. Harway<sup>40</sup> refere que esse estudo identificará as áreas de maior vulnerabilidade e de maior potencial, para planejar um programa específico no qual a criança consiga desenvolver seu potencial cognitivo.

Todas essas informações devem ser integradas com os dados fornecidos pelos pais. Ao final, o terapeuta deve ser capaz de ter um estudo de caso completo, com a finalidade de levantar uma hipótese diagnóstica, tanto do ponto de vista descritivo (CID-10<sup>41</sup> e/ou DSM-5<sup>42</sup>) quanto da perspectiva dinâmica, e fazer uma indicação terapêutica.

## RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

Os resultados da avaliação serão apresentados aos pais após cuidadosa formulação diagnóstica, que deve reunir a observação feita sobre a criança, os resultados dos exames complementares e as informações de outros profissionais. A entrevista com os

pais visa a informá-los quanto ao diagnóstico e permitir que o avaliador os auxilie na elaboração de sentimentos e percepções relacionados aos problemas do filho. Além disso, oferece suporte quanto a procura de tratamento e recomendações e plano de tratamento, caso seja indicado.

O clima dessa consulta pode ser tenso, pois é frequente que os pais sintam-se culpados pelas dificuldades do filho. É necessário confortá-los, ressaltando as competências da criança e os esforços despendidos em sua educação, sem negar os problemas. Para facilitar a compreensão, a comunicação com os pais dispensa o uso de termos técnicos, apresentando a situação de forma realista. Durante essa entrevista, avalia-se a existência de uma aliança terapêutica inicial com os pais, peça fundamental para o estabelecimento da relação terapêutica e a manutenção do tratamento da criança.

As impressões iniciais do terapeuta também devem ser explicadas ao paciente, respeitando seu nível de compreensão e desenvolvimento. O terapeuta deve informar que comunicará aos pais esses resultados, bem como sua indicação terapêutica.

## INDICAÇÕES

Paulina Kernberg<sup>43</sup> arrolou como indicações de POA três situações básicas: sintomas específicos; conflitos interpessoais persistentes; atraso, parada ou regressão no desenvolvimento adaptativo ou emocional. Em 1995, Kernberg<sup>44</sup> especificou um pouco mais as indicações: neurose crônica grave; neurose sintomática, histérica, depressiva, fóbica e obsessivo-compulsiva; transtornos psicossomáticos que interfiram no desenvolvimento; transtornos de identidade de gênero, da personalidade,

anorexia nervosa, personalidade narcisista; transtornos *borderline* com bons recursos de ego e superego e motivação para o tratamento.

Para a American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP),<sup>45</sup> não existe especificidade diagnóstica para o uso da psicoterapia dinâmica. Ela tem sido usada de forma efetiva para transtornos internalizantes (p. ex., transtornos depressivos e de ansiedade), transtornos externalizantes (por exemplo, transtorno do déficit de atenção/hiperatividade) de severidade leve a moderada, dificuldades mal-adaptativas da personalidade e reações emocionais internas disfuncionais a eventos de vida.

No *Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children*,<sup>45</sup> sugerem-se diferentes indicações, conforme a duração do tratamento. A psicoterapia individual breve, de tempo limitado, é indicada para crianças que se encontram em estresse situacional agudo, como luto, ansiedade de separação, problemas de sono ou ansiedade aguda. Existe um foco de tratamento definido, bem como um momento de término, que impulsiona o processo, ao passo que a psicoterapia de longo prazo, sem definição de tempo para seu encerramento, é indicada quando os fatores biológicos e sociais desestabilizam cronicamente a adaptação e o desenvolvimento da criança, quando há dificuldades psicológicas devido à complexidade das comorbidades ou quando estão presentes conflitos e interferências desenvolvimentais solidamente arraigados na criança. Na indicação da POA, deve-se considerar a capacidade da criança em reconhecer seus comportamentos, seus efeitos nos outros e suas condições de relatar seus problemas ou refletir sobre eles.

## CONTRAINDICAÇÕES

A psicoterapia psicodinâmica é contraindicada a crianças com patologias graves (psicose, quadro severo de transtorno global do desenvolvimento e transtornos severos da conduta, sem culpa ou remorso) ou déficits cognitivos, devido às limitações da capacidade de *insight*. Famílias muito deterioradas, com funcionamento psicótico ou oposição franca de um dos pais ao tratamento, podem dificultar e até impedir o andamento da psicoterapia.<sup>4</sup>

Mesmo havendo indicações para uma psicoterapia dirigida ao *insight*, esse tipo de tratamento fica contraindicado quando a família apresenta um funcionamento caótico ou quando a criança não tem motivação para o tratamento.<sup>4</sup> Na situação em que os pais discordam em relação à indicação/continuidade do tratamento, recomenda-se trabalhar essas resistências, que, se não tratadas, podem levar a não efetivação do tratamento ou a sua interrupção precoce.

## USO DE MEDICAÇÃO

Psicofármacos podem ser usados junto do tratamento psicoterápico, para aliviar sintomas e facilitar a capacidade do paciente para o trabalho terapêutico.

Entretanto, o terapeuta deve levar em consideração os possíveis significados que a criança ou a família podem atribuir à medicação. Não há drogas curativas para os transtornos psiquiátricos na infância. Por vezes, o alívio dos sintomas pelo uso de medicação induz alguns pais a propor a descontinuidade do tratamento, antes que

questões subjacentes sejam resolvidas na psicoterapia.

## OBJETIVOS DA PSICOTERAPIA

A psicoterapia infantil psicodinâmica é um meio psicológico de ajudar a criança, por meio do relacionamento com seu terapeuta, a tornar-se mais livre, mais conhecedora de si e dos outros, encontrando uma forma de expressar suas emoções. A compreensão psicanalítica do sintoma incluso na formulação diagnóstica dinâmica permitirá a estruturação dos dados clínicos, sendo utilizada como um guia do tratamento.<sup>46</sup>

Recentemente, a AACAP, no *Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children*,<sup>45</sup> descreveu como objetivos da psicoterapia:

- aumentar comportamentos adaptativos
- melhorar a sintomatologia
- melhorar a adaptação à família, à escola e aos colegas
- reparar traços de personalidade mal-adaptativos
- reelaborar conflitos para flexibilizar padrões defensivos e relacionais rígidos
- aliviar inibições desnecessárias
- desenvolver na criança um pensamento flexível
- ter acesso à vida de fantasia
- estabilizar o funcionamento psicológico, ampliando a liberdade de expressão por meio do jogo e das palavras, em vez de por ações impulsivas
- promover uso flexível das defesas, bem como habilitar a criança a uma avaliação de sua vida compatível com sua idade
- aumentar as capacidades para atividades pró-sociais
- estimular o funcionamento autônomo na escola, adequado à idade cronológica

- desenvolver senso de identidade, incluindo identidade sexual, apropriado para a idade
- promover autoestima positiva

O tratamento tem como meta aliviar o sofrimento psíquico da criança, permitindo que ela retome o curso normal do seu desenvolvimento, apresentando um funcionamento esperado para a idade em casa, na escola e na comunidade.

Nos casos de patologia familiar grave, com suspeitas ou confirmação de negligência, abuso ou maus-tratos, um dos objetivos da POA será garantir um ambiente de proteção para a criança, privilegiando um espaço saudável para seu desenvolvimento emocional. Em situações mais simples, muitas vezes, a orientação da família é suficiente. Outras vezes, será encaminhado um dos pais, ou ambos, ou um irmão para tratamento, ou até mesmo uma abordagem familiar paralelamente ao tratamento individual da criança. Outra possibilidade, se necessário, é contar com a ajuda de instituições de proteção à criança, como o Conselho Tutelar e o Ministério Público.

## O PROCESSO PSICOTERÁPICO

Concluída a avaliação, é possível que o terapeuta tenha identificado que a situação que precipitou a busca de avaliação e que causou preocupação à família representa um breve percalço no curso do processo de maturação da criança, não tendo ocorrido parada, regressão ou atraso no desenvolvimento. Nesses casos, pode-se entender que uma eficiente orientação e apoio aos pais sejam suficientes. Nossa

posição é por ações que respeitem a situação peculiar de cada paciente e de sua família, partindo de medidas menos intrusivas até a indicação de POA, que irá necessitar de grande envolvimento por parte da criança e de seus pais.

O primeiro passo, após a avaliação e a indicação psicoterápica, é fazer um contrato claro com o paciente e com os pais. Nele, constará a combinação de horários e frequência das sessões, buscando contemplar as conveniências da criança e dos pais. Procura-se combinar claramente honorários, feriados, férias e a responsabilidade com eventuais ausências.

O fato de que as crianças estão “passando por um processo de desenvolvimento, ao mesmo tempo em que participam de um processo analítico”, é uma diferença fundamental da análise e da POA entre crianças e adultos.<sup>47</sup> Outro aspecto a se considerar é que a psicoterapia não se desenrola só a partir das comunicações verbais, mas das pré-verbais e das extraverbais, expandindo os recursos da comunicação entre paciente e terapeuta. O propósito básico da psicoterapia é trabalhar com a vida afetiva do paciente. Dessa forma, o brincar torna-se “o meio privilegiado de comunicação”, por ser a forma principal de expressão da vida emocional utilizada pela criança. O brincar é utilizado pelas crianças “para pensar, imaginar e construir significados”, da mesma forma que a linguagem é usada pelos adultos, sendo muito efetivo para “acessar e comunicar afetos”.<sup>47</sup>

O *setting* terapêutico deve ter condições para funcionar como um palco aberto e livre, no qual a imaginação da criança e o faz de conta possam

expressar-se sem restrições, permitindo-lhe revelar seus mais íntimos pensamentos e sentimentos. O terapeuta necessita da capacidade de compartilhar os interesses e o brincar da criança, o que moldará os principais laços entre ambos e permitirá o desenvolvimento da aliança terapêutica.

Além do brincar e do desenho, outros elementos entrarão na composição do *setting*, como música, filmes, um diário, fenômenos da natureza e até um animal de estimação. Porém, as ferramentas fundamentais serão os pensamentos e os afetos de ambos os participantes, que, por meio da transferência, da resistência e da contra-transferência, formarão a base sobre a qual se desenvolverá o tratamento.

## Etapa inicial do tratamento

Anna Freud<sup>3</sup> preconizava uma fase introdutória, na qual se prepararia a criança para o tratamento, buscando motivá-la, uma vez que ela só estaria ali devido ao desejo dos pais. Já os seguidores de Melanie Klein consideram que, desde a primeira hora de jogo, a criança não só desenvolve a transferência como também apresenta uma percepção inconsciente sobre sua doença e também uma fantasia de cura.<sup>33</sup>

Apesar das controvérsias históricas, na prática diária do tratamento de crianças, observa-se a presença de ansiedades persecutórias desde o início. Elas se manifestam por desconfiança, sentimentos de ameaça e tentativas de transformar a situação nova em algo já conhecido. Caron e Seewald<sup>48</sup> recomendam, como regra no atendimento de crianças que as interpretações sejam claras, simples e verdadeiras. Alertam para o fato de que, embora a criança não seja capaz de expressar-se verbalmente, pode

muito bem compreender o que está ocorrendo e desejar ser ajudada. No período inicial, é importante que o terapeuta observe bem as características de seu paciente e favoreça seu entendimento a respeito das “regras” do processo terapêutico.

O desempenho do terapeuta durante as sessões será pautado pela própria criança. Esse engajamento no brincar não surge facilmente para alguns terapeutas. É necessária alguma “regressão a serviço do ego” e muita criatividade para vencer as inibições naturais do adulto.<sup>49</sup>

O terapeuta necessita estar em contato com seus próprios aspectos infantis, sem perder a consciência de seu papel analítico diante do material que a criança apresenta.<sup>50</sup>

Há também controvérsias quanto à participação direta do terapeuta no brincar do paciente. Para os autores deste capítulo, a participação do terapeuta obedece às diferentes necessidades e situações. Pode estar limitada ao desempenho de papéis determinados pelo paciente, como diretor de cena, ou mostrar-se mais ativo, para facilitar a comunicação entre ambos. À medida que a terapia evolui, menor vai se tornando o trabalho dramático ou plástico e mais comunicações verbais poderão ocorrer. Atualmente, muitos analistas propõem que “[...] ajudar a criança a brincar promove o desenvolvimento não por *desvelar* o significado, mas por ajudar a criança a produzir significados”.<sup>51-53</sup> É importante assinalar que o valor terapêutico da comunicação verbal repousa menos no conteúdo e mais na liberdade para verbalizar seus estados internos, pensamentos e sentimentos.<sup>54</sup> Outro aspecto importante é o manejo do contato físico direto. Ocor-

re com frequência com crianças pequenas, que buscam esse contato e até necessitam dele. Ao fim da primeira fase do tratamento, a criança, possivelmente, terá alcançado os seguintes objetivos:

- apresentar certo bem-estar, que lhe permite produtividade nas sessões
- comunicar-se bem
- formar uma aliança de trabalho com o terapeuta
- dar-se conta de que algumas de suas atividades mentais são geradas internamente, em vez de procederem somente do mundo externo
- compartilhar com o terapeuta uma maneira própria de representar estados internos com palavras, imagens e símbolos

A predominância de comunicações verbais poderá ser tomada como indício de evolução do trabalho terapêutico e melhora do paciente.<sup>55</sup>

## Etapa intermediária do tratamento

Nessa fase, paciente e terapeuta terão de despender muito esforço emocional para atingirem seus objetivos. Estarão juntos, cada um com suas experiências prévias, em uma nova experiência afetivo-emocional, como considera Ferro: “A história que se desenrolará será absolutamente nova”.<sup>56</sup>

O objetivo da terapia é utilizar o relacionamento e o conhecimento a respeito da situação individual da criança para remover os obstáculos internos ou externos que estejam inibindo seu crescimento psicológico normal e recolocá-la no melhor patamar de desenvolvimento.

Espera-se que o processo psicoterápico facilite a capacidade do paciente

para intimidade, consideração e gratidão.<sup>44</sup>

Cada psicoterapia se desenvolve de acordo com as características particulares de paciente e terapeuta, bem como dos objetos do mundo interno de cada um deles. A literatura é farta em termos de estudos que contemplam essa fase intermediária e que identificam as principais tarefas dessa etapa. Há um constante interjogo de sentimentos transferenciais e contratransferenciais. O terapeuta é alvo das projeções e dos sentimentos de seu paciente e deve estar atento às suas próprias respostas afetivas ao paciente, aos seus objetos internos e a sua família real. Por seu lado, o paciente, já mais aliviado de sentimentos persecutórios e mais familiarizado com o processo, disporá de maior liberdade de partes de seu ego observador, que se aliarão ao terapeuta na tarefa de identificar conflitos e buscar elaborá-los, mostrando-se mais “maduro” para receber interpretações.

Para Coppolillo,<sup>55</sup> a interpretação não se resume a um ato ou evento, sendo um processo que se inicia com atos preparatórios. Clarificações e elucidaciones vão identificando as atitudes ou as particularidades da história do paciente.

Tais atitudes adquirem determinado significado e se repetem na transferência com o terapeuta e com outros personagens da vida do paciente. Para esse autor, o termo “interpretação” deve ser reservado para o resumo verbal de um processo que permitiu ao paciente experimentar e entender as defesas (ou resistências) que foram levantadas contra a ansiedade gerada por um impulso, desejo, convicção, aspiração ou fantasia.<sup>55</sup>

O terapeuta deve estar alerta para o fato de o processo estar constantemente

sob a ameaça de estancamento, visto que as resistências seguem vigentes e até recrudescidas, cabendo ao tratamento o trabalho de demovê-las. Não só o paciente poderá ficar aprisionado na armadilha da formação de compromisso, mas também o terapeuta, por identificação projetiva. Deve-se atentar para a história genético-dinâmica do paciente e, sobretudo, para os fenômenos transferenciais e contratransferenciais que operam no “campo terapêutico”, pois é no aqui e agora que ocorrerão os fenômenos emocionais e racionais que reconstruirão a história do paciente, propiciando a reparação dos objetos atacados.

## Fase final da terapia

O término da psicoterapia envolve a criança, os pais e o terapeuta. A fase final dependerá muito da orientação do terapeuta e das metas alcançadas. Em geral, a maioria das discussões sobre o tema examina critérios para o término, indicando como pontos centrais o esbatimento dos sintomas e a retomada do processo de desenvolvimento normal.

O fato de a criança ainda estar em desenvolvimento dificulta a avaliação do momento mais oportuno para a alta. Términos prematuros estão relacionados a múltiplas causas: os pais, por motivos competitivos com o terapeuta ou com a própria criança, podem não tolerar as melhoras e retirar prematuramente o paciente, racionalizando que o objetivo já foi alcançado.

Outras vezes, não tolerar a melhora do filho diz respeito a não aprovarem as mudanças que o filho vem promovendo, que podem ir contra suas expectativas, por exemplo: crianças submissas que se tornam mais ativas ou desafiadoras,

crianças deprimidas que passam a “existir” em sala de aula e exigir alguma atenção dos professores, e assim por diante.

Mudança de domicílio, dificuldades financeiras ou de transporte e separações podem influir de forma importante. Ocorrem, ainda, situações relacionadas com avaliação errônea, por parte do terapeuta, ou, no caso das instituições, mudança de estágio dos residentes.

Em estudo recente, Gastaud e Nunes<sup>57</sup> pesquisaram 2.106 prontuários de crianças que estavam em atendimento psicoterápico, em duas instituições de ensino de POA, em Porto Alegre. Destas, 200 receberam altas, e 793 abandonaram seus atendimentos. Os grupos foram comparados, e os resultados indicaram que meninos apresentaram mais risco de abandonar o tratamento; crianças encaminhadas por neurologistas ou por psicólogos demonstraram menor risco de abandono. Após o sexto mês de atendimento, o risco de abandono decaiu de forma considerável. Os autores levantaram hipóteses para as associações encontradas e concluíram que

[...] conhecer preditores de abandono em psicoterapia possibilita aos terapeutas identificar precocemente pacientes pertencentes ao grupo de risco para abandono, oportunizando-lhes trabalhar preventivamente e mais diretamente aspectos de resistência e transferência negativa desses pacientes e seus familiares, principalmente nos primeiros seis meses de tratamento.<sup>57</sup>

Sugerem a possibilidade de se criarem técnicas de intervenção precoce com os pais e realizar tratamentos transdisciplinares (combinados) como saídas possíveis para evitar o abandono, que chegou a um valor em torno de 60% dos casos, semelhante a estudos internacionais.

É lamentável que, em situações de muita instabilidade, com pacientes de condições socioeconômicas e emocionais precárias, a alta prematura seja a mais frequente. A própria criança pode ser causadora da alta prematura, quando não tolera a intromissão em seu mundo interno conflituado e recorre a *acting outs* que precipitam a mudança de abordagem para a internação psiquiátrica, por exemplo.

As altas terapêuticas ocorrem quando o paciente apresenta sinais de remissão do quadro que o trouxe a tratamento. Entre inúmeras listagens de critérios de alta, privilegamos a de Paulina Kernberg:<sup>44</sup>

- O paciente apresenta ideia mais realista do terapeuta e de suas funções, demonstrando bom relacionamento com ele, utilizando humor e apresentando maior tolerância às separações – alicerçados em maior confiança.
- O terapeuta utiliza, de forma crescente, intervenções dirigidas ao mundo interno do paciente, tais como clarificação, confrontação, interpretações da transferência, reconstruções genéticas.
- Passa a trazer mais material referente à vida cotidiana, dando-se conta da perspectiva de tempo e apresentando planos futuros.
- A qualidade das comunicações mostra mudança; a criança consegue revisar os conflitos e buscar resolução. Há aumento de verbalizações.
- O brinquedo desenrola-se de forma agradável, sendo utilizado para elaborar e resolver conflitos.
- Sonhos podem antecipar ou representar ansiedades acerca do término.
- Há maior modulação afetiva quanto ao espectro, à intensidade e ao conteúdo do material.
- Demonstra sentimentos ambivalentes com relação à alta, porém acompanhados de alívio.

- Ocorrem comportamentos sublimatórios, compartilhando novos interesses.
- As defesas tornam-se mais flexíveis e evoluídas.
- Com mais frequência, observa-se *insight*, acompanhado de críticas acerca de si próprio. O paciente torna-se mais reflexivo e busca entendimento sobre as causas dos fenômenos que observa em si – relativos tanto ao mundo interno quanto ao mundo externo.
- Diminuem os sintomas e os *acting outs*, muda a postura; a vestimenta passa a apresentar-se de forma adequada à idade.

Em resumo, a criança ingressa no curso normal do desenvolvimento.

## PECULIARIDADES DA TERAPIA NAS DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS

---

### Intervenções psicoterápicas pais/bebês (IPPBs)

As IPPBs são indicadas para bebês de 0 a 3 anos que se apresentam ou que estão em risco de desenvolver algum distúrbio que comprometa sua saúde mental. O desenvolvimento favorável do ego do bebê necessita de um ambiente (mãe/pai) que proporcione condições que atendam às suas necessidades básicas. É na harmonia da interação entre o bebê e pais e/ou cuidador\* que as potencialidades inatas (dis-

---

\* No capítulo, quando houver referência à relação mãe-bebê, também estão inclusos aí todos os cuidadores que participam de maneira presente na interação com o bebê, sejam eles pai, avós, sejam eles tios, entre outros.

criminação de impressões sensoriais, memória, inteligência, busca por interação e afetos, entre outras) serão estimuladas e expressas. Do ponto de vista neurobiológico, Stern<sup>58</sup> destaca os neurônios-espelho e os osciladores adaptativos como mecanismos fundamentais na estruturação da matriz intersubjetiva entre o bebê e a mãe. Situações que perturbem persistentemente a sintonia na intersubjetividade entre o bebê e os pais irão desencadear sintomas no bebê (comportamentos autodestrutivos e heteroagressivos, ansiedades, somatizações e isolamento emocional, crises de choro inconsoláveis, comportamentos de birra, comportamento opositor). Fatores como doença mental dos pais, condutas parentais inadequadas (excessivo controle, punição, reações de rejeição), estilos de temperamento discordantes entre pais e bebê e situações de vida que desencadeiam estresse têm papel importante na origem desses distúrbios.<sup>59</sup>

O objetivo do tratamento, nessa faixa etária, é estimular e aumentar a habilidade dos pais para propiciar um ambiente seguro, no qual a criança tenha acesso às suas necessidades individuais, promovendo seu desenvolvimento.<sup>59</sup>

As IPPBs baseiam-se na premissa de que cuidados, proteção, aprendizado e reciprocidade com as figuras de apego são fundamentais para a saúde mental na infância e criam padrões de interação internalizados pela criança como estruturas psicológicas estáveis ao longo da vida.<sup>59</sup>

Em uma aproximação entre a psicanálise e as neurociências, Allan Schore<sup>60</sup> refere que traumas relacionais precoces levam a uma alteração evolutiva identificada como falta de maturação afetiva do cérebro direito. A consequência maior do

trauma relacional precoce é a incapacidade da criança de desenvolver a autorregulação conforme a intensidade e a duração do estresse emocional. O autor destaca que o trauma relacional precoce medeia a transmissão transgeracional inconsciente dos déficits da regulação afetiva das psicopatologias de formação no início da infância. As intervenções precoces seriam mais efetivas em um período de crescimento cerebral acelerado e contribuiriam para a prevenção de futuros transtornos psiquiátricos.<sup>60</sup>

A história das abordagens terapêuticas da relação pais-bebê é ainda recente, mas tem sua origem alicerçada na psicanálise e no conceito da origem precoce dos transtornos psicológicos. Foi a partir da década de 1940 que a psiquiatria infantil adquiriu autonomia e que tratamentos psicoterápicos foram propostos para crianças pequenas que apresentavam distúrbios com expressão somática, como transtornos do sono, da alimentação, do crescimento, das funções esfínterianas, entre outras condições.<sup>4</sup>

Selma Fraiberg<sup>61</sup> foi pioneira ao propor intervenções terapêuticas para uma variedade de sintomas e transtornos psicológicos no contexto da relação dos bebês com seus pais ou cuidadores. Iniciou o que veio a ser conhecido como Modelo Fraiberg de Intervenção, em 1973, com a criação de um centro universitário de psiquiatria do bebê. Essa modalidade tem como foco o desenvolvimento do bebê e como referencial teórico a psicanálise.<sup>4</sup> São casos em que o bebê está ameaçado por ter-se tornado o representante de figuras do passado dos pais ou de aspectos repudiados ou negados destes. Em alguns casos, o bebê já mostra sinais de distúrbio emocional.

No tratamento, são examinados o passado e o presente, visando a libertar o bebê das projeções dos pais, por meio de

interpretações dirigidas ao *insight*. A terapia movimentava-se entre o passado e o presente, mas retorna sempre ao bebê.<sup>4</sup>

O objetivo é trabalhar conflitos que surgem do passado dos pais e interferem na relação com o bebê. Por meio da metáfora dos “fantasmas no quarto do bebê”, a autora salientou a transmissão transgeracional de padrões patológicos de relacionamentos, por meio da reencenação, com seus bebês, de conflitos não resolvidos da infância dos pais.<sup>4</sup>

A presença do bebê na sessão, com ao menos um dos pais, é a “marca registrada” das intervenções pais-bebê. O bebê funciona como “enzima catalisadora” das mudanças que vão sendo trabalhadas psicoterapeuticamente com os adultos/cuidadores.<sup>62</sup>

Johan Norman,<sup>62</sup> em seu artigo *O psicanalista e o bebê: uma nova visão do trabalho com bebês*, justifica assim a presença do bebê em sessões conjuntas com os pais:

1. O bebê tem condições de desenvolver um modelo de relacionamento com o terapeuta, seja qual for o modelo com seus vínculos mais importantes.
2. O bebê tem uma subjetividade e um *self* primários como base para a intersubjetividade.
3. O bebê apresenta uma permeabilidade única para modificar representações de si mesmo e dos outros, que diminui à medida que o ego se desenvolve.
4. O bebê é capaz de compreender certos aspectos da linguagem. Muito antes de poder falar, tem uma compreensão da linguagem afetiva não léxica. Entende-se por linguagem não léxica a linguagem afetiva, expressa em gestos,

expressões faciais, musicalidade da voz e expressão corporal.

Além da presença do bebê na sessão, o terapeuta faz uma opção consciente de dar atenção a essa presença, no consultório, para ter o maior número de impressões do mundo interno do bebê. Ao mesmo tempo, o terapeuta é estimulado pela comunicação dos pais e pela sua própria realidade psíquica. Ao relacionar-se diretamente com o bebê – olhando-o, tentando entender suas comunicações, dirigindo a ele a palavra, falando pelo bebê –, o terapeuta evidencia aos pais a condição da jovem criança como uma pessoa separada dos pais, com uma subjetividade própria e com capacidades de comunicação de seu estado mental. O terapeuta deve estar atento a pequenos sinais sutis de comunicação, como afastamento do olhar, sonolência, mudanças de humor, interrupção do brincar. Ao longo do processo de tratamento, espera-se que esse modelo de interação seja introjetado pelos pais e pelo bebê.<sup>59</sup>

No Ambulatório de Interação Pais-Bebê do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), utilizamos a filmagem da interação mãe-bebê em um momento de brincar livre. Depois, procedemos a uma análise detalhada para a identificação de aspectos sutis de desencontros entre os parceiros da interação.<sup>63</sup>

Muitos dos problemas envolvem a falta de compreensão adequada e as distorções no significado que os pais e as crianças dão ao comportamento um do outro. As IPPBs auxiliam os pais a esclarecer o significado das atitudes do bebê, buscando descrever e compreender suas motivações e funções. O terapeuta destaca os comportamentos do bebê como resultantes de um esforço para lidar com ansiedades desenvolvimentais da infância. Essa compreensão ampliada é sinônimo da *rêverie* e da função alfa, e, por

meio da continência, pode se dar a reparação da dupla mãe-cuidador e bebê.<sup>59,64</sup>

O psicoterapeuta necessita conhecer as formas de comunicação/expressão do estado mental, nos diferentes momentos de desenvolvimento de bebês/crianças pequenas.

Será parte das intervenções psicoterápicas auxiliar os pais a conhecer os comportamentos e as reações às situações de estresse adequados aos recursos cognitivos e emocionais das crianças correspondentes a sua idade.<sup>59</sup> A intervenção estimula os pais a um entendimento mais empático e à utilização de atitudes mais apropriadas em resposta ao comportamento da criança.

Lieberman e Van Horn<sup>59</sup> elaboraram um guia, com 12 itens, para ampliar o entendimento e a empatia dos pais com relação às experiências com seus bebês e/ou crianças pequenas (Quadro 42.1).

O terapeuta deve estar atento aos próprios sentimentos. Mediante um estado mental permeável e receptivo, o terapeuta elabora as impressões causadas pelas comunicações do bebê e da mãe/pai que surgem no encontro da sessão. Ao nomear a realidade psíquica do bebê, o terapeuta, por meio do tom de voz, dos gestos, da expressão facial e do significado das palavras, traz sentido para o bebê e para os pais. Para Stern, sentimentos, pensamentos e representações do terapeuta-observador são, em si mesmos, a grande porta para o entendimento da relação mãe-bebê.<sup>64</sup>

#### QUADRO 42.1

GUIA DESENVOLVIMENTAL DE REFERÊNCIA PARA AS INTERVENÇÕES PSICOTERÁPICAS PAIS/BEBÊS (IPPBs), ELABORADO POR LIEBERMAN E VAN HORN

1. Crianças pequenas choram e se apegam para comunicar uma necessidade imediata de cuidado e proximidade com os pais.
2. Sofrimento com separações expressa medo da perda dos pais.
3. Desejam agradar aos pais e receiam sua desaprovação.
4. Têm medo de sofrer ferimentos e de perder partes de seu corpo.
5. Imitam o comportamento dos pais, pois desejam ser iguais a eles e presumem que o comportamento deles é um modelo a ser imitado.
6. Sentem-se responsáveis e se culpam quando os pais estão com raiva ou tristes por qualquer razão.
7. Nutrem a convicção de que os pais sabem tudo e sempre estão certos.
8. Necessitam de limites claros e consistentes para seus comportamentos de risco e comportamentos socialmente inadequados, para se sentirem seguras e protegidas.
9. Utilizam a palavra “não” para estabelecer e praticar sua autonomia.
10. A memória inicia-se, no nascimento; bebês e crianças jovens lembram experiências antes que possam falar sobre elas.
11. Necessitam da ajuda e do apoio dos pais para aprender a expressar fortes emoções sem magoar a si mesmas ou aos outros.
12. Conflitos envolvendo pais e crianças pequenas são inevitáveis, devido às necessidades de desenvolvimento diferentes de cada um dos participantes, mas podem ser resolvidos de modo a promover apoio e confiança para o desenvolvimento.

Fonte: Adaptado de Lieberman e Van Horn.<sup>59</sup>

A falta de sintonia dos cuidadores gera frustrações e afetos muito negativos no bebê. A elaboração não pode ser feita pela mãe, já que ela é parte do distúrbio que frustrou permanentemente a criança em suas necessidades básicas.

O bebê tenta aproximar-se da mãe, ao mesmo tempo que tenta evitá-la (inquieta-se, evita o olhar, chora, morde ou solta frequentemente o seio). O terapeuta, por não estar envolvido no distúrbio, oferece de forma provisória, no aqui e agora da sessão, a *rêverie* e a continência para o bebê e a mãe, enquanto a constante evitação mútua não for elaborada. Com a evolução do processo, a criança inicia um retorno à mãe, com todas as suas demandas e emoções,

confiando que agora ela pode estar mais receptiva e podendo tolerar suas angústias, as quais poderão, assim, ser metabolizadas e desintoxicadas pela mãe.<sup>62,64</sup>

Circunstâncias adversas da vida, eventos traumáticos e problemas de saúde mental são obstáculos recorrentes ao exercício da parentalidade. Além de prejudicar diretamente a experiência, momento a momento da interação pais-bebê/criança, também estimulam distorções na capacidade dos pais de interpretar e responder às necessidades das crianças. Isso pode ser alcançado dividindo a atenção entre as necessidades dos pais e as da criança durante a sessão, em atendimentos individuais paralelos ou, em outras situações, encaminhando os pais para tratamento individualizado.<sup>59</sup>



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Descrevemos, a seguir, o atendimento de um bebê que ingressou no Ambulatório de Interação Pais-Bebê do HCPA com 1 ano e 2 meses de idade.

Maria, de 56 anos, avó de Amanda, procurou atendimento por indicação do pediatra para estimulação do vínculo do bebê (Amanda) com a mãe (Cláudia). A avó referia, desde o início, que Cláudia não queria vir ao tratamento.

Ao longo da avaliação inicial, a avó relatou dificuldades de relacionamento com sua única filha, Cláudia (31 anos), e entre esta e a neta. Cláudia é usuária de *crack* desde que conheceu o pai de Amanda, há dois anos e meio; descobriu a gestação quando estava internada (quarta internação) para tratamento de abuso de *crack* e usou a droga durante as 12 primeiras semanas dessa gestação. Durante a internação, Cláudia foi diagnosticada com transtorno do humor bipolar e passou a fazer uso de psicofármacos, mas de forma irregular. Amanda é a terceira filha de Cláudia.

Conforme relata Maria, “Cláudia não faz questão de cuidar dos filhos” (14 e 5 anos), e “cada um é filho de um pai diferente”. A avó relata que cuidou sozinha do neto mais velho e que o segundo filho de Cláudia é cuidado pela família do pai do menino. Desde que nasceu, Amanda é cuidada pela avó e, a partir dos 4 meses, passou a frequentar creche em turno integral. A filha rejeitou os três filhos e diz que “os odeia”; assim, não os amamentou nem realizou cuidados básicos, como trocar fraldas e dar banho. “Briga com as crianças”, agride verbal e fisicamente, principalmente quando as vê cuidadas pela mãe, a avó. O pai de Amanda é dependente químico de múltiplas drogas e não tem contato com Cláudia desde a gestação. Não visita a filha e não fornece apoio financeiro. Maria tem muito medo de que Cláudia tenha uma recaída caso se aproxime do ex-companheiro.

(*Continua*)



### (Continuação)

Maria foi a filha mais velha de oito irmãos, e, desde muito jovem, coube a ela a função de cuidar deles, pois os pais precisavam trabalhar. É viúva, perdeu o marido quando Cláudia estava com 6 anos. Ele era alcoolista, violento, ameaçava pôr fogo na casa e agredia Maria na frente de Cláudia; acabou se suicidando. Maria e Cláudia o encontraram enforcado, dentro de casa. Maria trabalhava 12 horas por dia, com faxinas, e Cláudia cresceu cuidada em creches. Refere que trabalhava muito e frequentava a igreja para lidar com sua tristeza. Nunca procurou tratamento.

Ao longo da avaliação, Amanda mostrou-se um bebê alegre, ativo, com um desenvolvimento neuropsicomotor adequado à idade. A interação com a avó, na maior parte do tempo, mostrava-se adequada, apesar de, em alguns momentos, Amanda expressar agressividade quando contrariada. A terapeuta pôde oferecer um espaço que Maria nunca teve de falar e ser ouvida com relação às dores de sua vida. Pôde, agora, ser cuidada pela terapeuta.

Durante as consultas, a avó queixava-se muito da filha: “A Cláudia não ajuda em nada, só pensa em usar *crack*, não sei mais o que fazer”; “não aceita nem chegar perto da Amanda”. Qualquer tentativa, por parte da terapeuta, de incluir Cláudia no tratamento recebia a mesma resposta: “ela não quer vir”. A terapeuta trabalhou a interação de Amanda com a avó, ao mesmo tempo que ofereceu escuta aos “sofrimentos de vida” de Maria, como a perda do marido, as dificuldades com a doença da única filha e o trabalho de cuidar dos netos. Também foi abordada sua necessidade de seguir no papel de “cuidadora”. Depois de cuidar do marido doente, Maria transferiu sua função cuidadora à filha, o que nos pareceu ter levado Cláudia a um comportamento infantilizado e “deficiente”. Agora, somente Maria “sabe” e “pode” cuidar dos netos.

A terapeuta preocupava-se também com Cláudia e, sentindo que havia desenvolvido uma aliança de trabalho com a avó, decidiu convidar ativamente Cláudia para o tratamento. Ligou para ela, convidando-a a vir à consulta, ainda que somente uma vez, junto com sua mãe e a bebê. Ela veio.

Na consulta com a mãe e Amanda, Cláudia evidencia algum prejuízo cognitivo e mantém-se distante da mãe e da filha. Ao ser estimulada pela terapeuta a chegar perto da filha, Amanda não permite que Cláudia se aproxime, grita e chora. Maria pontua que Amanda “nunca vai ao colo da mãe, não fica sozinha com a Cláudia, pois entra em desespero”.

A sessão segue com Amanda e a avó brincando alegremente no chão. A avó mostra-se carinhosa e continente com a neta, segue o ritmo da criança, brinca de boneca.

Cláudia permanece sentada na cadeira, olhar perdido, por vezes observa Maria e Amanda brincando no chão, parece profundamente triste. A terapeuta se angustia com a cena, sente tristeza e desejo de “dar colo” a Cláudia. Sente como se ambas não existissem para a dupla que brinca no chão. A terapeuta tem uma sensação de que Cláudia gostaria de ter a mesma atenção que Maria dispensa a Amanda. Utilizando seus sentimentos contratransferenciais, trabalha com Cláudia seus sentimentos de ciúme, raiva e desejo de estar no lugar de Amanda, que são evidentes durante o atendimento.

Maria hostiliza e desqualifica muito a filha: “Ela morre de ciúmes da Amandinha, doutora. Quer que eu dê tudo na mão. Diz que só faço para a Amanda. Claro, se eu não faço, a gurria fica ‘suja’, passa fome!”. Em outro momento, a avó diz: “Ela não sabe, doutora. Não tem nenhuma paciência, a Amandinha chora se ela chega perto. Ela dá mais trabalho que a Amandinha, não ajuda em nada”. As falas da mãe despertam sentimentos negativos em Cláudia, que descreve sua raiva e a sensação de rejeição de Maria com ela: “A mãe nunca me cuidou”.

Ao longo da sessão, a terapeuta estimula que Maria ajude Amanda a tolerar que Cláudia troque sua fralda. As duas resistem à proposta. A terapeuta conduz a avó a auxiliar a filha e estimula Cláudia, confian-

(Continua)



## (Continuação)

do que ela tem condições para a tarefa: “Vó, acho que, se pegares na mão da Cláudia e for mostrando como faz, a Amandinha começa a se acostumar com a mãe”.

A terapeuta vai “maternando” três gerações de mulheres, nomeando para os integrantes da sessão, inclusive para Amanda, os sentimentos que estão inundando a sala de atendimento: “Cláudia, você pode conseguir, sua filha está chorando porque não está acostumada com você”. Pede ajuda à avó para falar diretamente com a neta que ela vai estar por perto: “Vem, vó, ajuda eu explicar para a Amanda que a mãe ainda está aprendendo, não tem jeito ainda, que a senhora vai ficar o tempo todo junto”.

São falados dos medos de Cláudia de não conseguir realizar a tarefa, do ciúme da relação da filha com a avó. É pontuado para Amanda o medo de que a mãe se comporte como normalmente faz, de maneira distante e agressiva. E também é falado da dificuldade de a avó permitir que Cláudia entre na relação especial de Maria e da neta e de reconhecer qualidades na filha para poder ser mãe de Amanda. Mesmo que Cláudia realize a tarefa com muita dificuldade, a terapeuta elogia, na sessão, suas capacidades, o que a faz se emocionar toda vez que se sente valorizada.

Cláudia, ao ser convidada diretamente pela terapeuta para continuar vindo às sessões, confirma seu desejo de poder cuidar da filha: “Vou vir”. Mas Maria rebate: “Duvido que venha. Vai nada, doutora. Ela não quer cuidar dos filhos”.

Ao longo das sessões, a terapeuta foi trabalhando as mudanças nas representações internas de cada integrante da família, por meio do exame das distorções e atribuições negativas que faziam uma da outra. A continência e a capacidade de *rêverie* da terapeuta permitiram a elaboração do conflito entre elas, possibilitando uma relação menos conflituosa entre Maria e Cláudia, ao mesmo tempo que Amanda pôde aceitar mais a proximidade da mãe como um objeto menos persecutório.

Houve momentos em que Cláudia reclamava de dor no abdome, na cabeça e na perna. Mais de uma vez, sentiu-se mal na sala de espera (falta de ar, sensação de desmaio). Não era incomum, nesses momentos, a terapeuta observar a avó calma, entrando com Amanda no colo, como se nada estivesse acontecendo com Cláudia. Em uma dessas ocasiões, disse: “Isso é frescura, doutora. Ela quer chamar a atenção!”. Por duas vezes, a terapeuta abriu a porta, observando a equipe de enfermagem à volta de Cláudia, oferecendo atendimento. Nessas situações, a terapeuta buscava a mãe para a sessão, confirmando que acreditava nas suas capacidades e entendia a comunicação de Cláudia como um pedido de cuidado.

Maria seguia desvalorizando e não entendendo a filha: “Sempre foi assim, adora um médico, tá sempre pedindo para ir à emergência. Já fez tudo que é exame e dá tudo bom; os médicos sempre a liberam e dizem que não tem nada! Eu tenho um monte de coisa para fazer, ela me faz perder tempo, sou obrigada a ir junto porque, se não, ela some e usa droga. Puxou o pai!”. Cláudia queixa-se de não ser entendida por Maria: “A mãe acha que minto que tenho dor”. A terapeuta segue traduzindo as ansiedades da sessão: “Mas acho que a Cláudia está querendo comunicar que quer a senhora perto dela”.

Em outra sessão, a terapeuta percebe uma comunicação de Amanda, traduzindo o estado mental da menina para ambas, mãe e avó. Após Cláudia referir que gostaria que a mãe conversasse com ela e lhe desse mais atenção, Maria se irrita e responde rispidamente: “Eu que cuido dos teus filhos, cuido sozinha da casa, cozinho, não tenho ajuda. Que mais tu quer?”. Cláudia enche os olhos de lágrimas. Durante o diálogo, Amanda permanece brincando quieta e sozinha no chão. Sempre traz uma bonequinha de casa às consultas, e, na caixa de brinquedos do HCPA, há outra boneca semelhante. Quando Maria questiona Cláudia rispidamente, Amanda se levanta com uma bonequinha embaixo de cada braço, para na frente da avó e fica embalando as duas bonecas. A terapeuta diz: “Está vendo, vó? Acho que a Amandinha entendeu antes de

(Continua)



### (Continuação)

todo mundo! Está nos dizendo que a senhora tem que dar colo para as duas, bem como ela está fazendo com as bonequinhas”. Cláudia sorri para a filha, que, por sua vez, corresponde. Pela primeira vez, a terapeuta observou tal interação. Maria se emociona.

A avó, a mãe e a bebê seguiram vindo às sessões. O tom afetivo das consultas foi se modificando; a mãe mais interessada na filha, e a avó estimulando tarefas para serem realizadas por Cláudia.

Após cinco meses de acompanhamento, o vínculo entre Cláudia e a bebê segue melhorando, bem como a relação entre Maria e Cláudia. Amanda já veio a uma consulta somente com a mãe: ambas brincam e interagem melhor. Agora Cláudia dá banho sozinha em Amanda, troca fralda, faz dormir; está abstinente de drogas há cinco meses. Se Amandinha está resfriada, Cláudia vem sozinha à consulta, fala emocionada que Amanda a chamou de mãe pela primeira vez. A avó começa a reconciliar-se com a filha e a reconhecer suas capacidades.

“A Amandinha agora quer que a mãe dê mamadeira, quis dormir com a mãe; eu deixo elas sozinhas em casa, ela fica tranquila. Antes eu não tinha sossego para nada! Acho que pegou gosto de cuidar da filha.” Mais adiante, diz a avó: “Mas ela tem que saber que eu quem cuidei dela até agora!”.

A terapeuta trabalha o ciúme da avó e sua dificuldade de abrir mão da função de cuidadora exclusiva. Fala por Amanda: “Não fica assim, vó, tu que ajudou a mãe a cuidar de mim, tu que leu história, deu atenção para ela, por isso ela melhorou comigo! Tu, além de me cuidar, me ajudou a ter a mãe de volta!”.

Em outra sessão, evidencia-se o trabalho da terapeuta, buscando ajudar nas novas representações das três gerações. Enquanto Amanda brinca com um *kit* de médico, coloca o estetoscópio no ouvido e ausculta o coração da mãe, e vice-versa. A terapeuta destaca como todas estão mais próximas e afetivamente bem. A partir de então, Amanda pega o estetoscópio, brinca de auscultar o coração da mãe e da avó e, em dado momento, coloca o estetoscópio na avó e a campânula no coração da mãe. A terapeuta interpreta o comportamento de Amanda: “Vó, acho que a Amanda está dizendo que você ouviu o coração da mãe, deu atenção para Cláudia, e ela aprendeu a cuidar da Amanda”. Isso leva a uma resposta emocional positiva da mãe e da avó na sessão.

Com certeza, os fantasmas de uma infância subtraída e as exigências de adulto de Maria assolaram o quarto de Cláudia, de Amanda e de seus irmãos. Com uma “maternagem” “contínua” e “suficientemente boa”, exercida pela terapeuta em relação a Maria, a Cláudia e a Amanda, de forma gradual, outra história mais saudável poderá ser construída para essa família.

## Idade pré-escolar: peculiaridades

A criança pré-escolar está em uma faixa que vai dos 3 aos 6 anos. Ainda é chamada pré-escolar, embora a maioria das crianças dessa idade já esteja envolvida em “cenários escolares, devido às mudanças socioculturais que afetaram o papel da mulher desde o final do século XX”.<sup>65</sup> A criança deixa de ser um bebê, suas capacidades se desenvolvem

rapidamente, adquire autonomia crescente, mas ainda mantém dependência dos pais ou dos cuidadores. É um momento em que o desabrochar das múltiplas e complexas aquisições das fases anteriores torna a criança muito rica em expressar sua personalidade, cada vez mais peculiar e única.<sup>66</sup>

Yanof<sup>47</sup> considera que as crianças pré-escolares estão “na melhor época de seu desenvolvimento para usufruir de brincadeiras imaginativas”.

Em relação à POA, a riqueza do mundo de fantasia que a criança vive favorece a riqueza de sua expressão no *setting*, por meio do brincar ou das dramatizações, nas quais desempenha papéis que representam identificações com os pais, com heróis, princesas e monstros que habitam seu mundo interno.

A observação da evolução do brinquerio – de autocentrado e paralelo para uma forma mais regrada e cooperativa, que irá prevalecer na latência – vai se tornando possível na terapia, permitindo que se identifique como a criança evolui.

O mesmo ocorre com os padrões de relacionamento, partindo do diádico (pré-edípico) à triangulação edípica, quando a criança tem de lidar com sentimentos de ciúmes, competição e culpa e oscila entre sentimentos e fantasias amorosos e destrutivos. O pensamento, predominantemente mágico e onipotente, aliado a um superego incipiente, contribui para a transparência com que mostra seus conflitos. Seus afetos se expressam mais pela conduta e pelo brincar<sup>47</sup> do que pela verbalização, ainda não totalmente desenvolvida.

A intensa imaginação do pré-escolar, aliada a uma ansiedade aguda, possibilita importante acesso ao seu inconsciente, resultando em um grande impulso no processo psicoterápico. Apesar da confrontação com a problemática edípica, é comum que persistam ansiedades relacionadas a um cunho diádico, havendo também elementos libidinosos e agressivos de características orais e anais. A criança utiliza defesas mais primitivas em momentos de regressão. Outro aspecto é a qualidade fóbica dos mecanismos de defesa predominantemente utilizados e responsáveis pelo surgimento de medos tão comuns nesse período. Se tais manifestações não são intensas e constantes, podem ser compre-

tidas como decorrentes dos conflitos próprios da idade.

A POA baseia-se no trabalho com o paciente “no relacionamento transferencial, à luz de sua história passada e de seus relacionamentos externos”.<sup>67</sup> Seu mundo interno, povoado por conflitos com os objetos primários, será reeditado nas sessões de terapia. É necessário o conhecimento do desenvolvimento normal e patológico esperado na criança pré-escolar. A visão da normalidade, portanto, representa um “norte” que capacita e auxilia o terapeuta a refinar sua técnica.<sup>68</sup> O nível de desenvolvimento da criança será a baliza que orientará o terapeuta quanto à forma de comunicação e entendimento de seus conflitos.

Ainda que o brincar possa ter um significado claro para o terapeuta, é importante não tratar esse material como um comunicado direto dos pensamentos da criança, pois, para ela, o fundamental do brincar é o “faz de conta”.

Mesmo na latência, a criança precisa usar a brincadeira sem a intromissão do terapeuta. Assim, é essencial perceber o momento oportuno das intervenções para a evolução do processo psicoterápico.<sup>47</sup>

É necessário que a criança entenda e esteja afetivamente receptiva para o que está sendo comunicado. Não se deve esperar uma resposta verbal, embora possa ocorrer. As peculiaridades inerentes ao estágio de evolução da criança sobressaem nessa situação, com predomínio de dramatizações que simbolizam a resposta à interpretação. Pode ser significativa uma mudança brusca de brincadeira (é importante atentar para o conteúdo latente) ou uma reação física (agitação ou quietude e introspecção). Tais manifestações equiva-

lem à associação livre do adulto. É possível também se observar uma resposta mais regressiva, como tentar sair da sala para rever a mãe, que estaria “sendo atacada” na fantasia.

O uso da linguagem apropriada e o *timing* da interpretação, aliados a uma atitude de empatia, neutralidade e respeito pelo paciente, possibilitam a continuidade e a evolução do processo terapêutico. Em contrapartida, a confrontação súbita com algum aspecto mais defendido só incrementa as defesas,<sup>68</sup> contrariamente ao que se quer, ou seja, demovê-las.

O trabalho com crianças nessa faixa etária é bastante prazeroso. Porém, o terapeuta deve estar atento aos sentimentos contratransferenciais, que podem levá-lo a oferecer gratificações excessivas ao paciente.

## Idade escolar: peculiaridades

O período escolar vai dos 6 aos 12 anos, ou ao início da puberdade. Caracteriza-se por

[...] uma aparente parada da sexualidade, substituição dos sentimentos sexuais pelos de ternura, onde havia sentimentos eróticos aparecem, então, aspirações morais e estéticas.<sup>69</sup>

A latência surge como

[...] resultante do declínio das atividades pré-genitais e do complexo de Édipo. A repressão, a formação reativa e a sublimação seriam os mecanismos predominantes desta etapa do desenvolvimento.<sup>69</sup>

Para Winnicott,<sup>70</sup> o escolar se caracteriza por uma silenciosa vida imaginativa, devido à forte tendência à repressão e à mobilização de importantes defesas contra seus impulsos sexuais agressivos.

Urribarri<sup>71</sup> considera a latência como um momento-chave na organização psíquica, muito ativa, rica e com uma dinâmica especial, no qual ocorre um verdadeiro trabalho psíquico. Entre várias características, descreve a crescente capacidade do ego no controle das tendências regressivas e o aumento da capacidade simbólica do pensamento e da linguagem verbal, gráfica ou corporal. No entanto, também assinala redução no uso da linguagem corporal em favor de expressões verbais. Em seu funcionamento, passa a predominar o princípio da realidade.

Um tipo de reação contratransferencial frequente às defesas da linha obsessiva se manifesta nos sentimentos de tédio, cansaço e até mesmo sonolência do terapeuta, pois os desenhos ou as brincadeiras podem ser tão bem elaborados e esmerados que demandam quase todo o tempo da sessão. O tipo de brincadeira escolhido pela criança dará pistas sobre sua maneira de ser, agir e pensar, em suma, sobre o funcionamento do mundo interno, dos conflitos, das fantasias e dos sentimentos. Brincar com os bonecos de uma família, por exemplo, pode representar a maneira como o paciente se relaciona com pais e amigos, havendo a possibilidade de verbalizações concomitantes. Ao longo dos jogos, a criança pode burlar regras no intuito de enganar ou irritar o terapeuta, a fim de obter uma resposta agressiva por parte dele. Tal provocação pode estar relacionada à competição edípica e à busca de punição devido a fantasias de caráter incestuoso. É comum a criança considerar as brincadeiras imaginativas como “infantis” ou temer sua força regressiva, o que reforça a busca por jogos estruturados para “evitar a expressão de sentimentos mais conflitantes e inaceitáveis”.<sup>47</sup>

Em poucos momentos, há um abrandamento dessas defesas tão bem organiza-

das, possibilitando ao psicoterapeuta maior acesso ao inconsciente de seu jovem paciente. Winnicott<sup>70</sup> afirma que a associação livre é vivenciada pelo escolar como ameaça à organização de seu ego, e é disso que se defende arduamente. Quanto menor for a criança, mais tempo se ocupará com jogos e desenhos. Não deve haver a exigência de que o paciente se manifeste verbalmente, pois, em diversas situações, a criança em idade escolar opta pelo brinquedo ou pelo jogo como resposta às interpretações. A intransigência do terapeuta pode levar a um aumento das defesas e das resistências, retardando o processo terapêutico. O escolar se expressa melhor quando não se sente pressionado.

Assim como na fase anterior, a POA com uma criança na idade escolar ainda se vale de jogos, desenhos e brincadeiras. Todavia, agora, a capacidade crescente de verbalização contribui para que a criança descreva momentos vivenciados na escola e em suas atividades diárias, assim como seus problemas e preocupações. Também o interesse pela literatura infantojuvenil serve como fonte externa de material da fantasia infantil e contribui para a expressão dos conflitos da criança, pois a literatura infantil “possibilita uma fonte de fantasias que podem ser compartilhadas sem culpa, auxiliando na elaboração da conflitiva edípica individual”.<sup>69</sup>

Preocupações a respeito da sexualidade podem aparecer. Não é incomum a interrupção da psicoterapia, nessa etapa da vida da criança, por não se conseguir uma cooperação consciente. Como sempre, é fundamental a aliança terapêutica, não só com o paciente, mas, sobretudo, com os pais.

A entrada na escola, para a criança, significa iniciar um mundo novo, que possibilitará a aquisição de novos conhecimentos, indispensáveis a seu crescimento.

A separação, que ocorre no início do período escolar, constitui uma difícil tarefa. Não ocorre apenas a separação do grupo familiar, mas também a exigência de desempenhar novas tarefas até então inexistentes. A adaptação escolar dependerá da integração da criança junto a seus pares.

Nessa faixa etária, a criança que não gosta de aprender, que não brinca e que não procura ou não é procurada pelos colegas e amigos chama a atenção para a necessidade de uma avaliação emocional.

Com frequência, são as escolas que levantam a necessidade de atendimento, mesmo naquelas crianças que demonstram um bom rendimento curricular, mas que podem apresentar dificuldades na esfera social ou problemas de conduta.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo que, por muitos anos, a teoria psicanalítica e a psicoterapia psicodinâmica tenham exercido um papel fundamental na teoria e na prática da psiquiatria da infância e da adolescência, nas últimas três décadas, houve a necessidade de compartilhar espaço com outras abordagens terapêuticas. A ascensão dos modelos de tratamento neurológicos, juntamente com a demanda para tratamentos de maior brevidade e menores custos, estimularam a busca de alternativas ao tratamento dirigido ao *insight*.<sup>72</sup>

Nos dias atuais, os terapeutas de orientação psicanalítica trabalham de forma pragmática e flexível, em conjunto com outras abordagens, incluindo a terapia de família, a terapia comportamental, a psicofarmacologia, intervenções na escola, e assim por diante.

Com base em revisão sistemática de estudos de POA com crianças e adolescentes,<sup>73</sup> Kaye<sup>72</sup> descreve conclusões que não só são compartilhadas pelos autores deste capítulo como também podem resumir seus pontos-chave, indicados a seguir.

## AGRADECIMENTOS

Às colegas psiquiatras Marta Knijnik Lucion e Cíntia Vasquez Cruz Heidemann,

residentes do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência em 2012 e 2013, que gentilmente disponibilizaram informações sobre o caso clínico atendido no Ambulatório Pais-Bebês do HCPA.

À psicanalista Maristela Priotto Wenzel, supervisora voluntária do Ambulatório Pais-Bebês, pela dedicação e competente supervisão do caso clínico.

E à professora Regina Bassols, pela revisão gentil e atenciosa do português.

### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Há evidências que apoiam a efetividade da POA em crianças e adolescentes.
2. Crianças com transtornos internalizantes tendem a responder melhor à POA, enquanto os transtornos externalizantes requerem maior intensidade de tratamento para que este seja efetivo.
3. Crianças mais jovens respondem de modo mais favorável do que crianças mais velhas e adolescentes, e frequências suficientes de sessões devem ser estabelecidas para produzir resultados positivos.
4. Crianças com transtornos da conduta, transtornos psicóticos, transtornos de receptividade de linguagem, com comprometimento intelectual (atraso mental) e transtorno autista apresentam respostas limitadas ao tratamento.
5. O típico bom paciente (neurótico, alto funcionamento ou crianças menos comprometidas) responde bem tanto ao tratamento de menor frequência quanto ao tratamento psicanalítico de quatro sessões por semana.
6. Pacientes mais comprometidos (*borderline*, com prejuízo multidimensional) podem necessitar de uma frequência maior de sessões semanais para alcançarem resultados positivos.
7. Alguns estudos sugerem que padrões de melhora podem revelar um “efeito adormecido” (latente), pelo qual os efeitos positivos contínuos advêm após o tratamento ter sido encerrado.
8. Seja qual for a abordagem, a compreensão e a formulação psicodinâmica dos sintomas do paciente se mantêm fundamentais na orientação ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Eisenberg L. The past 50 years of child and adolescent psychiatry: a personal memoir. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(7):743-8.
2. Freud S. A análise de uma fobia de um menino de cinco anos. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 10. p. 13-154.
3. Freud A. Introdução à técnica da análise de crianças. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1971. v. 1. p. 19-86.
4. Zavaschi MLS, Bassols AMS, Bergmann DS, Costa FMC. Abordagem psicodinâmica na infância. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Sches-

- tatsky S. Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 717-37.
5. Freud S. Além do princípio de prazer. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 18. p. 13-85.
  6. Zavaschi MLS. A psicanálise e a psiquiatria infantil e de adolescentes. *Rev Psiquiatr RS*. 1996;18(3):351-60.
  7. Klein M. Fundamentos psicológicos del análisis del niño. In: Klein M. El psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Paidós; 1974. (Obras completas, v. 2). p. 135-46.
  8. Von Hug-Hellmuth H. On the technique of child-analysis. *Int J Psychoanal*. 1921;2:287-305.
  9. Winnicott DW. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983. p. 38-54.
  10. Winnicott DW. Objetos transicionales y fenómenos transicionales. In: Winnicott DW. Realidad y juego. Buenos Aires: Granica; 1972. p. 17-45.
  11. Anthony EJ. A brief history of child psychoanalysis: introduction. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1986; 25(1):8-11
  12. Tyson RL The roots of psychopathology and our theories of development. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1986;25(1):12-22.
  13. Freud S. Teoria geral das neuroses. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 16. p. 289-539.
  14. Freud S. Projeto para uma psicologia científica. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 1. p. 381-533.
  15. Cozolino LJ. The neuroscience of human relationships: attachment and the developing social brain. New York: Norton; 2006.
  16. Freud S. Esboço de psicanálise. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 23. p. 165-332.
  17. Zeanah CH, Benoit D, Barton M, Regan C, Hirshberg LM, Lipsitt LP. Representation of attachment in mothers and their one-year-old infants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(2):278-86.
  18. Zavaschi MLS, Iankilevich E, Recondo R, Rohde LA, Facca AG. Psicoterapia na infância. In: Cordioli AV, organizador. Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre: Artes Médias; 1993. p. 376-99.
  19. Zavaschi MLS. Psicoterapia de orientação psicanalítica para crianças e adolescentes. In: Assumpção Junior FB, Kuczynsky E, editores. Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 945-57.
  20. Zavaschi MLS et al. Psicoterapia de orientação psicanalítica. In Fichtner N, organizador. Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e adolescência: um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 179-207.
  21. Kaye DL. Child psychiatric treatment. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2009. p. 3707-21.
  22. Fonagy P, Target M. The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33(1):45-55.
  23. Fonagy P, Target M. Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *J Am Psychoanal Assoc*. 1996;44(1):27-77.
  24. Target M, Fonagy P. The efficacy of psychoanalysis for children: prediction of outcome in a developmental context. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33(8):1134-44.
  25. Target M, Fonagy P. The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33(3):361-71.
  26. Heinicke CM. Frequency of psychotherapeutic session as a factor affecting the child's developmental status. *Psychoanal Study Child*. 1965;20:42-98.
  27. Heinicke CM, Ramsey-Klee DM. Outcome of child psychotherapy as a function of frequency of session. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1986;25(2):247-53.
  28. Matorini F, Picchi L, Bruni G, Patarnello M, Romagnoli G. A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(3):331-9.

29. Kolvin I, Garside RF, Nicol AR, MacMillan A, Wolstenholme F, Leitch IM. Help starts here: the maladjusted child in the ordinary school. London: Tavistock; c1981.
30. Lochman JE, Coie JD, Underwood MK, Terry R. Effectiveness of social relations intervention program for aggressive and nonaggressive, rejected children. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(6):1053-8.
31. Ramires VRR, Godinho LR. Psicoterapia baseada na mentalização de crianças que sofreram maus-tratos. *Psicol Estud.* 2011;16(1):61-70.
32. Cohen RL. The developmental interview. In: Noshpitz J, Call JD, editors. *Basic handbook of child psychiatry.* New York: Basic Books; c1979.
33. Aberastury A. Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Paidós; 1979.
34. Prego e Silva LE. Tratamento psicoterápico de pré-escolares con énfasis em los aspectos técnicos, indicaciones y contraindicaciones com ejemplos clásicos en la literatura. In: *Encontro sobre Psicoterapia de Crianças Pré-Escolares 1*; 1990 ago; Porto Alegre.
35. Jacobs BW. Individual and group therapy. In: Rutter M, Taylor EA, editors. *Child and adolescent psychiatry.* 4th ed. Malden: Blackwell; c2002. p. 983-97.
36. Angold A. Diagnóstico interview with parentes and children. In: Rutter M, Taylor EA, editors. *Child and adolescent psychiatry.* 4th ed. Malden: Blackwell; c2002. p. 32-51.
37. Simmons JE. Exame psiquiátrico da criança. São Paulo: Manole; 1976.
38. Vasconcellos D. Problemáticas da adolescência: entrevista com Catherine Chabert. *CEAPIA.* 1996;9(9):53-60.
39. Rutter M, Taylor EA. Clinical assessment and diagnostic formulation. In: Rutter M, Taylor EA, editors. *Child and adolescent psychiatry.* 4th ed. Malden: Blackwell; c2002. p. 18-31.
40. Harway V. Psychoeducational assessment. In: Noshpitz J, Call JD, editors. *Basic handbook of child psychiatry.* New York: Basic Books; c1979. v. 1.
41. Organização Mundial da Saúde. CID-10 - Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
42. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
43. Kernberg P. Differences and similarities between child psychoanalysis and psychoanalytically oriented child psychotherapy. In: *Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica 14*; 1989 abril; Gramado.
44. Kernberg P. Individual psychotherapy. In: Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry.* 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 2399-2412.
45. Kernberg PF, Ritvo R, Keable H; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(5):541-57.
46. Bassols AM. A influência da psicanálise na psicoterapia infantil. *Rev Psiquiatr RS.* 1996;18(Supl):92-5.
47. Yanof JA. Técnica na análise de crianças. In: Person E, Cooper AM, Gabbard GO, organizadores. *Compêndio de psicanálise.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 271-84.
48. Caron N, Seewald F. Algumas reflexões sobre a contratransferência na análise de crianças e adolescentes. In: *Congresso Brasileiro de Psicanálise 11*; 1987; Canela.
49. Chethik M. Techniques on child therapy: psychodynamic strategies. 2nd ed. New York: Guilford; c2000.
50. Zavaschi MLS, Bassols AMS. Contratransferência no atendimento a crianças. In: Zaslavsky J, Santos MJP. *Contratransferência: teoria e prática clínica.* Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 167-76.
51. Ferro A. *The bi-personal field: experiences in child analysis.* London: Routledge; 1999.
52. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* New York: Other; 2002.
53. Neubauer PB. Emerging issues: some observations about changes in technique in child analysis. *Psychoanalytic Study of the Child.* 2001;56:16-38.
54. Bemporad J, Zambenedetti I. Psychoanalysis and psychodynamic therapy. In: Wiener JM, editor. *Textbook of child and adolescent psychiatry.* New York: American Psychiatric; 1997. p. 813-9.
55. Coppolillo H. *Psychodynamic psychotherapy of children: an introduction to the art*

- and the techniques. Madison: International Universities; c1987.
56. Ferro A. A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista: da relação ao campo emocional. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
  57. Gastaud MB, Nunes MLT. Preditores de abandono de psicoterapia psicanalítica de crianças. *Rev Psiquiatr RS*. 2009;31(1):13-23.
  58. Stern DN. A matriz intersubjetiva. In: Stern DN. O momento presente na psicoterapia e na vida cotidiana. [Rio de Janeiro]: Record; 2007. p. 97-118.
  59. Lieberman AF, Van Horn P. Child-parent psychotherapy: developmental approach to mental health treatment in infancy and early childhood. In: Zeanah Jr CH, editor. *Handbook of infant mental health*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2009. p. 439-49.
  60. Schore AN. Relational trauma and the developing right brain: an interface of psychoanalytic self-psychology and neuroscience. *Ann NY Acad Sci*. 2009;1159:189-203.
  61. Fraiberg S. A brief overview of treatment modes. In: Fraiberg S, Fraiberg LB. *Clinical studies in infant mental health: the first year of life*. New York: Basic Books; c1980. p. 59-77.
  62. Norman J. O psicanalista e o bebê: uma nova visão do trabalho com bebês. In: *Livro anual de psicanálise*. São Paulo: Escuta; 2003. v. 17. p. 267-83.
  63. Crittenden PM [Internet]. Using the CARE-Index for screening, intervention, and research. [S.l.]: Family Relations Institute; c2011 [capturado em 27 jul 2013]. Disponível em: [http://familyrelationsinstitute.org/include/docs/care\\_index.pdf](http://familyrelationsinstitute.org/include/docs/care_index.pdf).
  64. Bion WR. O aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
  65. Bassols AMS, Dieder AL, Valenti MD. A criança pré-escolar. In: Eizirik CL, Bassols AMS, organizadores. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 127-41.
  66. Bassols AMS, Dieder AL, Valenti MD. A criança pré-escolar. In: Eizirik CL, Kapczinski FP, Bassols AMS, organizadores. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 91-104.
  67. Trowell J. Individual and group psychotherapy. In: Rutter T, Taylor E, Hersov L. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific; 1994.
  68. Glenn JA. Uma visão geral da técnica analítica de crianças. In: Glenn JA. *Psicanálise e psicoterapia de crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 7-22.
  69. Soibelman LRA. Harry Potter e a pedra filosofal: a função da fantasia e da literatura infantil na preservação da latência. *Rev Bras Psicoter*. 2009;11(3):392-406.
  70. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed; 1983.
  71. Urribarri R. Descorriendo el velo; sobre el trabajo de latencia. *Revista de Psicoanálisis*. 1999;56(1):133-70.
  72. Kaye DL. Individual psychodynamic Psychotherapy. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan HI. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2009. p. 3707-14.
  73. Kennedy E, Midgley N, editors [Internet]. *Process and outcome research in child, adolescent and parent-infant psychotherapy: a thematic review*. London: North Central London Strategic Health Authority; 2007 [capturado em 27 jul 2014]. Disponível em: <http://www.efpp.org/research/Process%20and%20Outcome.pdf>.

## LEITURAS SUGERIDAS

- Norman J. Transformações de experiências infantis iniciais: um bebê de seis meses em análise. In: *Livro anual de psicanálise*. São Paulo: Escuta; 2006. v. 20. p. 229-44.
- Stern DN. O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

## ABORDAGEM PSICODINÂMICA NA ADOLESCÊNCIA

Alice Becker Lewkowicz  
Gisha Brodacz

A adolescência compreende um período do desenvolvimento humano crucial e complexo, com características e significado únicos. Sua definição e compreensão evoluíram e se modificaram ao longo da história da psicanálise, constituindo um vasto corpo teórico e técnico. Da mesma forma, o contexto sociocultural em que a adolescência vem sendo estudada também tem-se modificado. Ainda que muitas características da adolescência se mantenham inalteradas ao longo da história da humanidade, outras dizem respeito a nossa atualidade. O adolescente de uma comunidade aferrada à rígida moral vitoriana que Freud observou não é o mesmo da pós-modernidade, e tampouco são seus pais. A cultura atual, altamente sofisticada e tecnologicamente desenvolvida, gera avanços que aumentam a qualidade de vida e a expectativa de longevidade, ao mesmo tempo que incrementa a tendência, na geração dos adultos, desfazer diferenças. A dificuldade na aceitação da passagem do tempo e das perdas inerentes, com diluição de valores e reconhecimento da identidade de cada um e conseqüente confusão de papéis por parte dos adultos, é uma marca de nosso tempo.

A idealização da condição adolescente e a privação das diferenças entre as gerações como modelo de organização psíquica são a conseqüência.

O desprestígio que vêm sofrendo os modelos reflexivos, que privilegiam a progressão lenta e dolorosa rumo às aquisições, com a necessidade de espera para gratificações, em contraste com os modelos de gratificação instantânea e descartável, é objeto de preocupação da psicanálise e de várias ciências humanas. A busca de identificações imediatas, por meio de adições e perversões, e megalomaniacas, pelo uso da moda, com siglas, marcas e tatuagens, configura o que Cabanne<sup>1</sup> descreveu como a “dinâmica do instante”.

Os interlocutores do adolescente de nossos dias compreendem parceiros televisivos e internauticos, que veiculam valores e noções de sexualidade banalizados e distorcidos, oferecendo-os como modelos reais de estruturação de relações. São modelos representativos da mudança de uma concepção de sexualidade vinculada à repressão para outra, ligada à liberalização, em que noções de limites, privacidade e intimidade são desprestigiadas. Valores

como capacidade de espera, postergação de prazeres e afetos, paciência e tolerância, cedem terreno para modelos de gratificações imediatas dos desejos, descargas instantâneas dos desprazeres e trocas imediatas do desagradável pelo agradável, do difícil pelo fácil. A tolerância para a frustração vem se hipotrofiando, e a onipotência, se hipertrofiando. A capacidade para a depressão cede espaço para funcionamentos maníacos e ilusórios.<sup>2</sup>

É nesse contexto sociocultural que o adolescente atual terá de se incumbir da delicada tarefa de elaboração das duas principais questões dessa fase evolutiva: a) a reatualização edípica, por meio da ressignificação do Édipo infantil à luz do erotismo genital gerado pelo amadurecimento físico e o estabelecimento da identidade sexual e adulta, autônoma dos objetos originais; b) muito especialmente, desenvolver sua capacidade simbólica.<sup>3</sup>

Ao descrever a adolescência como o segundo processo de individuação, Blos<sup>4</sup> enfatiza esse período como um marco tão crucial quanto o que Mahler<sup>5</sup> apontou no desenvolvimento infantil. A gama de eventos e fenômenos envolvidos nesse processo abrange, indissociavelmente, adolescente e família. Fatores relacionados a transgeracionalidade foram estudados por vários autores<sup>6-9</sup> e considerados centrais na formação da identidade, incluindo a sexual. Kancyper,<sup>10</sup> ao estudá-la na psicanálise de crianças e adolescentes, acentua o fato de a história do adolescente nascer antes do seu nascimento:

Existe uma ordem simbólica, ordem lógica, que precede seu nascimento cronológico. Esta ordem é o lugar que ocupa o filho na fantasmática individual em cada um dos progenitores e no casal, lugar que estará determinado em relação com o sistema narcisista da mãe e do pai e que se plasmará

em uma representação: será o representante narcisista primário do desejo inconsciente da mãe e do pai, e assim se manterá a homeostasia narcisista da situação do meio familiar.

## MUDANÇAS CORPORAIS, INAUGURAÇÃO DA ADOLESCÊNCIA E REATUALIZAÇÃO EDÍPICA

A adolescência constitui uma nova etapa libidinal, na qual se alcança, pela primeira vez, a identidade genital como fenômeno psicológico e social.<sup>11</sup> A puberdade tem início com o incremento da atividade hormonal e costuma ocorrer entre 9 e 14 anos. Compreende a fase do desenvolvimento em que a relação físico-psíquica fica mais evidente, correspondendo ao início da adolescência. A puberdade torna o corpo apto para a realização de fantasias. As grandes e súbitas transformações corporais produzem profundas mudanças na natureza das relações objetais, na intensidade dos impulsos e no equilíbrio narcísico do *self*.<sup>12</sup> A imagem corporal previamente formada sofre intenso desequilíbrio, ao surgirem impulsos e fantasias reprimidos, sendo comuns, como consequência, ansiedades de estranheza ou fragmentação. O levantamento da repressão torna onipotente a fantasia, o que gera um efeito potencialmente traumático para a psique.<sup>13,14</sup>

Com as mudanças hormonais que promovem a primazia genital, reatualizam-se desejos pré-edípicos e edípicos, aos quais o adolescente tem de renunciar, voltando-se para a conquista do objeto exogâmico e monogâmico, substituindo as fantasias incestuosas e de bissexualidade. O adolescente defronta-se com a realidade de suas limitações, seu desamparo, incompletude, dife-

renças, o que constitui uma batalha narcisista que afeta todas as instâncias psíquicas – ego, superego, ideal de ego e ego ideal –, as quais necessitam ser reestruturadas.<sup>15</sup> Assim, a reestruturação do superego terá grande significado nesse momento, já que o tabu do incesto deve ser restabelecido, ao mesmo tempo que a sexualidade exogâmica necessita ser permitida. Enquanto, na infância, a responsabilidade por conduta, regras e proibições ficava ao encargo dos pais, nesse momento, é o adolescente quem precisa assumir tal função.

As alterações no nível do ego são também significativas. Quando Freud<sup>16</sup> descreveu o ego como sendo, antes de tudo, corporal, não simplesmente uma entidade de superfície, mas a projeção de uma superfície, definiu o corporal não como corpo anatômico, mas como a imagem corporal configurada por permanente tarefa de construção.<sup>11</sup>

Harmonizar a imagem que integra a contradição entre um corpo biológico que, de repente, amadurece e uma mente ainda infantil, em meio a angústias ante o desconhecido e frequentes sentimentos de despersonalização, passa a ser tarefa essencial da adolescência.

O impacto gerado pela perda do corpo infantil, associado à incompatibilidade das novas imagens, é fonte importante de angústia e de árdua elaboração nessa fase, como bem descreve Adriana, que viveu sua menarca de forma catastrófica, quando tinha 13 anos:

Não sabia que merda era aquilo, não sabia de onde vinha aquele sangue, achei que ia morrer. Eu me enchia de papel higiênico, roupas largas e, apavorada, ia para o colégio. Depois de três dias, a mãe me perguntou se eu

estava menstruada. Não sabia o que queria dizer com aquilo. Respondi, apenas, que estava sangrando.

Nesse sentido, o conceito de Freud<sup>17</sup> sobre o *a posteriori* (*après coup*) descreve essa tarefa com propriedade,<sup>10,11,18</sup> ao considerar os novos fenômenos psíquicos dentro do processo de ressignificação retroativa. Na adolescência, em virtude das novas condições, processa-se uma reorganização ou reinscrição da história pessoal de cada um, quando novos tipos de significados são buscados, por meio da reelaboração de experiências anteriores. O princípio do *a posteriori* pressupõe um tempo em contínua reelaboração, compreendendo uma concepção psicanalítica em que a história de cada um não é vista como destino imutável, pré-fixado e linear, mas passível de ser reorganizada e ressignificada, considerando o indivíduo como agente ativo dessa transformação.<sup>11,19</sup>

Assim, pode-se ampliar a constatação de que mudanças corporais nessa etapa constituam, com frequência, fatores organizadores da vida psíquica do adolescente, em vez de desorganizadores. Ainda que as rupturas e as perdas dessa fase sejam dramáticas, para muitos adolescentes, configuram uma oportunidade de ressignificar um corpo infantil vivido como desvalido ou capacidades pessoais tidas como incertas. O novo contexto descortina um mundo de descobertas de novas habilidades no âmbito intelectual, cultural e esportivo e de novos e diversos modos de relações e gratificações. Como acentua Urribarri,<sup>18</sup> as modificações corporais são substituídas por maturação e crescimento puberal, que também são desejados e vividos como ganhos. O adolescente é visto dentro de um processo evolutivo de mudança; ele deseja o novo, tentando obtê-lo e exercitá-lo, ainda que isso lhe custe abandonar o infantil.

## PROCESSO DE FORMAÇÃO DA IDENTIDADE ADULTA

Na adolescência, a questão das relações objetais passa para o primeiro plano, e suas variações influenciam o desenvolvimento psicológico das diferentes fases dessa etapa.<sup>15</sup> A tarefa central de estabelecer uma identidade adulta, autônoma e independente dos pais, constitui um processo complexo e paradoxal. O objeto, ao mesmo tempo que é necessitado, é também recusado, justamente porque existe a necessidade dele. Jeammet<sup>13,14</sup> enfatiza a necessidade do adolescente, a partir do amadurecimento físico, de conjugar a vida pulsional ligada aos pais com a autonomia, que até então podiam andar separadas. Ressalta o efeito que tal conjugação tem de exacerbar e conflitar a apetência objetual, já que agora está voltada para a satisfação de necessidades pulsionais. Estabelecem-se, dessa forma, necessidades de tipo narcisista, que buscam assegurar a completude do indivíduo, reforçar sua identidade e preencher suas faltas. O autor acentua o quanto as carências narcisistas precoces reforçam a necessidade objetual, conferindo-lhe um poder antinarcisista, aumentando seu papel excitante e sua sexualização. Assim, quanto mais sólidas forem as interiorizações anteriores, menos intenso será esse efeito de conjugação. A sexualização puberal dos vínculos poderá, então, efetuar-se, sem compromisso narcísico maior e sem conflito excessivo.

Para que o processo de separação do objeto seja possível, não sendo sentido como perda excessiva ou destruição, é necessário ter suficiente reserva objetual internalizada e, portanto, senti-la como constituinte de si mesmo. Se as aquisições interiorizadas não forem sólidas, tenderão a ser ameaçadas diante de novas relações, dificultando

não só o intercâmbio de introjeções e projeções frutíferas como também a autorização de um espaço de liberdade para ambos os lados. A tendência do adolescente será a de compensar o que falta em seu mundo interno por relações de adesividade ou de indiferenciação com objetos do mundo exterior, fenômeno frequentemente presenciado nessa etapa. A gravidez, comum entre adolescentes, constitui expressão viva dessa expectativa fantasiosa de reencontrar a condição idealizada da mãe com um bebê, indissociados e inseparáveis, promessa de felicidade nirvânica e preenchedora do sentimento de vazio e depressão.

Diante do excesso de presença ou de ausência do objeto, a criança vê-se obrigada a viver sua impotência para a aquisição da diferenciação, buscando soluções para isso. Stoller,<sup>7,8</sup> Blum<sup>9</sup> e McDougall<sup>20,21</sup> estudaram os efeitos dessa questão na formação da identidade sexual, revelando a intimidade do interjogo dos relacionamentos adesivos ou ausentes na relação, em especial mãe-filho, na formação de neossexualidades ou sexualidades aditivas. Lembra McDougall<sup>21</sup> que, “para se ter um sexo e um sentimento de identidade sexual, é necessário, antes de tudo, ter um corpo e uma existência individual”.

A adolescência concentra, ao mesmo tempo, a oportunidade e a finalidade de adquirir um corpo e uma identidade separada, constituindo-se um revelador de pontos de fratura potenciais em si e nos pais.

### Um novo corpo em cena

A busca de sensações e emoções costuma ser promovida por ações de risco ou destrutivas, que resultam da precariedade e da

ambivalência com os objetos da infância. Nesse caso, as sensações são buscadas com o objetivo de evitar sentimentos catastróficos de vazio ou desintegração, constituindo fonte interna de uma excitação faltante, garantindo a equivalência de uma presença e de um sentido de ser alguém.<sup>13</sup> Essa dinâmica está, muitas vezes, na origem dos comportamentos violentos, que buscam restabelecer fronteiras e diferenças necessárias para a manutenção de uma coesão interna, diferenças entre dentro e fora, eu e outro, e a tentativa de encontrar um sentido de si mesmo.<sup>3</sup>

## Desidentificação

A adolescência compreende a etapa em que as antigas vertentes identificatórias vão se plasmar, oportunizando uma derradeira chance para sua ressignificação, por meio do *a posteriori*. O processo de desidentificação, portanto, adquire grande significado na formação da identidade. À medida que o adolescente revisa padrões estabelecidos para formar as próprias opiniões, ideias e ideais, renuncia ao que, até então, constituiu sua fonte de segurança: suas identificações parentais e a internalização de um ideal de ego que estava ainda ligado ao objeto incestuoso.<sup>10,11,19</sup> O processo implica a busca de delicado equilíbrio entre o que necessita ser deixado e o que precisa ser mantido.

Essa dinâmica está claramente evidenciada por Olenca, 16 anos, quando traz escrito em uma folha o seguinte material, pedindo ajuda à terapeuta para “conectar” as ideias ali contidas:

Quarto tão bagunçado, cheio de coisas, não consigo organizá-lo; caixa vermelha com objetos, não consigo colocá-los fora; apego ao passado, vou esquecer se colocar as coisas fora; os

pertences mandam em mim. Revistas velhas relidas diversas vezes, como se não conseguisse aprender o que elas ensinam; presa às coisas velhas, não dou espaço para as novas; cosméticos: alívio quando termina o estoque; ansiedade para que termine e possa comprar novo; ao mesmo tempo, pena por perder aquele; sempre guardar e não usar perfumes, papéis de carta, figurinhas; para que ter se NÃO usa? Vontade (e ao mesmo tempo medo) de se livrar dessa tralha toda e poder voltar a ter um quarto aconchegante e agradável, com espaço para o novo; dar mais espaço para eu mesma e menos para as revistas velhas e suas dicas; medo de rejeição; namorado, a outra dando em cima, senti-me inferiorizada, me isolei, fiquei com ciúmes, mas não reagi; achei-me feia e chata, mas não sabia COMO mudar. Ao mesmo tempo: quando era criança, pensava que iria lembrar da adolescência como uma fase de festas, namorados, amigas, e não como uma fase de dúvida, medo, tristeza, brigas com a mãe e o irmão, quarto bagunçado.

## A FAMÍLIA E O GRUPO DE IGUAIS

A desidealização do *self* e das figuras parentais na busca de ideais novos em si mesmo e em novas figuras é, no entender de Blos,<sup>22</sup> a tarefa mais penosa da adolescência.

Contudo, ainda que seja fonte de dor psíquica e desequilíbrio, é também o que possibilita o confronto de gerações, condição necessariamente presente no estabelecimento da identidade individualizada. Esse é um processo vivido, ao mesmo tempo, pelo adolescente e por seus pais, que, a partir desse momento, perdem seu *status*

idealizado perante o adolescente, necessitando, também, confrontar-se e desfazer-se de ideais e fantasias com o próprio filho.

Em certa medida, o filho sempre representa, para cada um dos pais, uma projeção e extensão de uma parte de si próprios: olham-no de acordo com o que são, o que foram, o que desejariam ter sido ou o que não gostariam de ser.

Em maior ou menor grau, estabelecem sua relação de acordo com esses ideais, fantasias e conflitos pessoais. Quando as necessidades narcísicas dos pais estão associadas a questões com a própria identidade, o filho passa a ser solicitado para cumprir diferentes papéis: marido, mulher, mãe, pai, irmão. Corresponde, na fantasia dos pais, a um objeto reassegurador para seus medos e angústias e preenchedor de suas lacunas e carências. Nesses casos, com frequência, deparamo-nos com a impossibilidade dos pais de suportar e permitir o processo de individuação do filho. Quando questões ligadas à própria adolescência – independência, conflito edípico, ansiedades com o próprio corpo e fenômenos puberais, emergência da sexualidade – não foram devidamente elaboradas a seu tempo, a adolescência do filho funcionará como uma bomba-relógio, com poder de fazer eclodir processos e conflitos latentes na vida psíquica de cada um dos genitores.

O contraste entre o aumento da força e da sexualidade do adolescente e o declínio dos pais gera, nestes, sentimentos de perda e depressão. Mobilizados tanto pela tentativa de abortar, nos filhos adolescentes, um processo que promove sentimentos dolorosos e, não raro, catastróficos de abandono e perda, como pela expectativa de reviver uma adolescência não vivida e

ainda idealizada, os pais têm reações que compreendem uma extensa gama de manifestações, desde inveja, competição, ciúmes, até estímulo precoce e inadequado da independência, sexualidade e anulação de limites. Assim, as feridas narcísicas dos pais, reabertas no *a posteriori*,<sup>10</sup> podem impedir o reconhecimento das reais necessidades do filho adolescente. E este, mais do que nunca, precisa do entorno para encorajar-se e adquirir confiança na capacidade de formar novas relações objetais. Sem essa ajuda, os adolescentes têm dificuldade de ultrapassar a dependência regressiva ligada ao apego aos objetos originais<sup>23</sup> e, com frequência, buscam saídas por meio de alterações de conduta, perdas de limite ou acentuação do oposicionismo.

Tais condutas configuram tentativas de solucionar os impasses gerados pelo embate entre as contradições no mundo interno do adolescente e o dos pais, com respeito à individuação. A exacerbação do oposicionismo – manifestação esperada no sujeito que trata de se individuar – danifica-o como qualidade de recurso egoico essencial ao processo de crescimento tanto para a criança pequena – *l'enfant terrible* dos 2 anos – como para o adolescente. Ambos, com o antagonismo, apoiam-se nos adultos aos quais se opõem, sem ter que tomar consciência desse apoio, preservando seu narcisismo e sua autonomia pela afirmação de suas diferenças.<sup>13,14</sup>

Kaplan<sup>23</sup> destaca como o adolescente se distancia e define a si próprio em oposição aos pais, tende a negar a contínua necessidade de limites e apoio da matriz familiar, podendo obscurecer o reconhecimento do seu papel essencial. Lembra que o crescimento psicológico é resultado de crença inata no desenvolvimento maturacional, interagindo com estruturas psíquicas menos desenvolvidas e integradas, em contato com a psique mais desenvolvida

dos adultos, sendo tal integração, portanto, essencial para os adolescentes.

Winnicott<sup>24</sup>, ao referir-se à necessidade de os pais sobreviverem à adolescência dos filhos, enfatizou a fundamental tarefa de tolerância e suporte ao seu turbilhão emocional, além do desafio contido no enfrentamento de uma condição crítica, opositorista e que tenta burlar limites com vigor.

Ritvo, citado por Kaplan,<sup>23</sup> ao afirmar ser função da geração mais velha prover continuidade e manutenção de padrões de valor e moralidade, reafirma a condição de sobrevivência e força – o que não deve ser confundido com inflexibilidade onipotente – que os pais necessitam manter.

As relações com grupos de iguais configuram fator estruturante na vida psíquica do adolescente. A complexidade advinda da irrupção da puberdade, que gera isolamento e recusa da busca de conforto nos pais, além do surgimento de impulsos inaceitáveis e assustadores, preparam, segundo Kaplan,<sup>23</sup> o caminho para a passagem para o grupo de iguais. Isso configura condição central na procura de equilíbrio e segurança diante das mudanças desorganizadoras, bem como na busca de autonomia e conquista de identidade. O surgimento de características sexuais secundárias constitui interesse comum, passando a ser submetido à aprovação grupal, que substitui a dos pais. Ser aceito por eles, ser um deles e ser “popular” entre eles são expectativas de grande significado.<sup>12</sup> A opinião do grupo sobre as características sexuais torna-se, desse modo, base para a reação do adolescente a elas, favorecendo a melhora na baixa autoestima. Nesse sentido, a adesão a modas, siglas e marcas adolescentes corresponde a uma condição também esperada e

desejável no processo de aquisição de uma identidade separada e oposta à geração dos pais. Estes, se estão em conformidade com seu período evolutivo, se comportam de acordo com sua faixa etária, proporcionando as diferenças necessárias para o confronto de gerações. Do contrário, colaboram para a instalação de confusão e dificuldades para o estabelecimento de uma identidade autônoma.

A identificação com o grupo de iguais representa, também, a possibilidade de projetar aspectos não tolerados em si – frustrações, inseguranças, depressão, instabilidade e inconstância –, bem como um substituto do vínculo libidinal objetal regressivo, propiciando a transferência, para o grupo, da idealização e da fidelidade aos objetos parentais, com suas características onipotentes, oniscientes e grandiosas.

Ao representar um padrão identificatório, em que inquietações e ansiedades semelhantes são compartilhadas, o grupo adquire o poder de proporcionar um sentimento de unidade interna, que contrabalança os sentimentos de divisão e confusão característicos dessa etapa. Meltzer,<sup>25</sup> ao considerar a necessidade do adolescente de elaborar confusões e ansiedades resultantes das novas pulsões advindas das mudanças corporais e da dicotomia entre dependência *versus* autonomia, geradora de sentimentos de solidão e desamparo, descreve a existência de quatro comunidades pelas quais o adolescente transita: a família, o mundo adulto, os adolescentes e o isolamento. Levy<sup>26</sup> sintetizou da seguinte forma o pensamento desse autor:

O adolescente, na família, segue o padrão da latência, aceitando o modelo dos pais como seu modelo de vida,

com experiências sexuais mínimas, reproduzindo o esquema familiar que os pais lhe apresentaram. O adolescente, no mundo adulto, corresponderia às incursões pseudomaduras em que o jovem age “como se” fosse um adulto, sendo que a força motivadora não seria o amadurecimento e a definição de objetivos, mas a entrada rápida e forçada na adultez para mostrar aos pais como se é um adulto. A comunidade adolescente, inicialmente com o grupo homossexual de púberes e, posteriormente, com o grupo de casais, será o continente adequado para as ansiedades depressivas, paranoias e confusionais do adolescente. O isolamento – refúgio habitualmente utilizado pelos adolescentes como forma de realizar o trabalho reflexivo e elaborativo da adolescência –, quando se fixa como modo predominante de funcionamento, constitui o tipo psicopatológico mais grave. São situações em que a desidealização dos pais foi intensa e abrupta, sem condições de transferir essa idealização a outro sistema (política, comunidade de adolescentes), levando-o a refugiar-se em uma organização narcisista na qual se imagina autossuficiente, capaz de construir-se como se fosse pai e mãe de si mesmo. Desenvolve uma megalomania tranquila e o sentimento de ter uma missão a cumprir no mundo.

Meltzer,<sup>25</sup> ao estabelecer limites entre normalidade e psicopatologia, acentua que, na primeira, observamos um adolescente que transita, de modo flexível, entre essas quatro comunidades, enquanto, na segunda, se observa a fixação rígida em uma destas. Kaplan<sup>23</sup> destaca o quanto é comum se observar-se, em adolescentes com psicopatologias mais graves, incapacidade de buscar envolvimento com os iguais ou afastamento rápido destes. Tais jovens são os propensos, também, a ligar-se a grupos

nos quais predominam rituais masoquistas, práticas transgressivas, condutas de risco, adições e atos automutilatórios, que lhe conferem um sentido de pertencer e de ser alguém. Meltzer<sup>25</sup> refere que, à medida que o adolescente começa a sentir-se mais seguro com seu corpo e com seus impulsos, as relações com os grupos tendem a arrefecer e ser substituídas por relacionamentos diádicos, com mais intimidade. Só gradualmente os iguais são percebidos de modo mais real, como separados e distintos, e como indivíduos imperfeitos. Também salienta ser comum que os adolescentes com maior comprometimento psicopatológico não tolerem a transição gradual dos membros do grupo homossexual para o grupo heterossexual.

## SETTING, AVALIAÇÃO E CONTRATO

Ao discutirmos avaliação, *setting* e contrato terapêutico de modo simultâneo, pretendemos destacar a inter-relação dinâmica desses fatores desde o início da psicoterapia de orientação psicanalítica. A psicoterapia, na adolescência, implica questões específicas, que se apresentarão desde os primeiros passos, cuja compreensão é essencial para a qualidade do processo que se pretende iniciar.

Com quem realizar a primeira entrevista? Com os pais? Com o adolescente? Com a família? Qual o significado dos problemas apresentados: configuram um quadro psicopatológico ou são manifestações esperadas nesse período do desenvolvimento? Quando não há motivação para o tratamento indicado, como proceder? Como preservar o sigilo indispensável para o vínculo terapêutico?

Antes de responder a essas perguntas, é necessário definir o *setting* na psicoterapia com adolescentes. Concordamos com Kancyper,<sup>10</sup> que sugere a ampliação do conceito de campo analítico<sup>27</sup> no tratamento de crianças e adolescentes; nessas circunstâncias, devemos incluir os efeitos que as fantasias inconscientes dos pais exercem na determinação da fantasia inconsciente básica do campo, que se cria na relação do adolescente com seu terapeuta. Assim, também no contrato – conjunto de combinações que regem a relação terapêutica –, os pais estarão envolvidos e inseridos no *setting* que se estabelecerá.<sup>28,29</sup>

A atenção ao estabelecimento do *setting* deve estar presente desde o primeiro contato – seja com o adolescente, seja com sua família –, pois há qualidades da relação terapêutica que, se não forem preservadas, colocam em risco o acesso adequado e esperado até mesmo da própria avaliação. Por isso, destacamos a importância de estabelecer critérios adequados quanto ao sigilo das informações recebidas.

Resguardar a privacidade do adolescente é nosso dever, sem, no entanto, negligenciar a dependência que ainda tem da família, a qual, em condições de risco, deve compartilhar os cuidados necessários.

Com exceção desse tipo de situação, não revelamos aos pais assuntos veiculados pelo adolescente, mas deixamos claro que o que for falado sobre o filho será compartilhado com ele. Amparamos essa conduta na necessidade de as famílias serem auxiliadas na luta pela autonomia do adolescente, que está sendo travada dentro do contexto familiar. Com o estabelecimento dessa “regra do jogo”, já nos primeiros contatos, poderemos observar aspectos es-

pecíficos do funcionamento da família e do adolescente quanto à restrição que o sigilo impõe e, assim, compreender a psicodinâmica familiar ligada ao processo de individuação em andamento. Essa proposta nos coloca como um personagem ativo, já que nos dispomos a abrir um espaço reflexivo, porém com delimitações que pretendem ser preservadas ao longo do processo. Com isso, temos que estar atentos para o risco tentador de estabelecer um conluio tanto com o adolescente quanto com os pais, o que nos recolocaria em uma condição idealizada, onipotente e onisciente, sem limites, inclusive, em nossas capacidades terapêuticas.

O primeiro contato, em geral, é feito pelos pais do adolescente, implicando a decisão de quem virá primeiro. A partir dos 16 anos, costumamos receber primeiro o adolescente sozinho. Quando são menores, preferimos ver, de início, os pais. Contudo, a escolha quanto a quem virá primeiro pode variar, segundo a preferência da família, do adolescente ou do terapeuta. Alguns preferem pelo menos uma entrevista com toda a família para observar a interação. Essa decisão está calcada no reconhecimento dos diferentes níveis de independização, que, supostamente, estaria relacionada com a idade. No entanto, o critério etário nem sempre é tão objetivo, já que existem variáveis subjetivas que não correspondem ao esperado.<sup>30</sup>

Até aqui, estamos nos ocupando de situações em que os possíveis interessados estão desejando nosso auxílio. Mas há, também, pais que nos procuram sem a aquiescência do filho, ou adolescentes desesperados que se mobilizam sem que os pais tenham percebido seu sofrimento. Nessas circunstâncias, há particularidades que deverão ser abordadas em suas especificidades, mas sem perder de vista que a recusa em se dispor a pensar sobre o so-

frimento percebido está relacionada a um funcionamento calcado em dissociações que, dessa forma, serão mantidas. Por isso, nossa intervenção não pode perder de vista o restabelecimento da comunicação no âmbito familiar.

Restabelecida a interação com a família, dentro da “regra do jogo” proposta, como avaliar os problemas apresentados? É decisivo o conhecimento da psicodinâmica da etapa da adolescência que está sendo enfrentada pelo paciente em avaliação. Contudo, devemos estar cientes de que, mesmo conhecendo as vicissitudes da etapa, o contato emocional com diferentes apresentações ou desfiguramentos do que esperamos gera, com frequência, desorientação na mente do terapeuta, que necessita ser tolerada.

Quando nos percebemos desejosos de definições diagnósticas imediatas – pressionados tanto por razões “internas quanto externas” –, deve-se ter cautela, já que podemos nos sentir atraídos por “falsas soluções”,<sup>24</sup> que não passam de atalhos iatrogênicos no longo caminho de construção de identidade que nosso paciente está buscando.

Assim, brigas intensas podem revelar apenas uma momentânea exacerbação de conflitos, de uma adolescência que vem cumprindo sua trajetória na psicodinâmica do desenvolvimento do adolescente e de sua família. Em contrapartida, entrosamentos aparentemente harmônicos podem encobrir a consolidação de pseudomaturidades, que representam o colapso da real tarefa adolescente, denunciando as dificuldades diagnósticas nessa fase.

Por exemplo, os pais de Martha, 16 anos, procuraram avaliação porque perceberam que há seis meses a filha vinha “preocupada demais” com sua dieta e peso.

Temiam que pudesse estar com anorexia. Estavam surpresos, pois a filha nunca apresentara problemas ao longo do desenvolvimento, nem mesmo nos últimos anos, na adolescência, período em que “os filhos costumam dar muito trabalho”. Faziam questão de enfatizar o quanto a paciente era apegada à família. Nas entrevistas com Martha, ficou evidente que a sintomatologia correspondia a um quadro de anorexia em andamento. E, como costuma acontecer nessas situações, a paciente descrevia-se como alguém sem dificuldades que justificassem se submeter a psicoterapia, considerando que suas possíveis inquietações seriam superadas quando atingisse o peso ideal.

Levy,<sup>26</sup> em um trabalho sobre refúgios narcisistas na adolescência, partindo dos conceitos de “refúgios psíquicos” de Steiner<sup>31</sup> e de “claustro” de Meltzer,<sup>32</sup> propõe uma abordagem que pode contribuir para a compreensão de situações psicopatológicas que, em maior ou menor grau, se encontram presentes nos adolescentes que procuram atendimento. Descreve o autor:

A psicopatologia, então, se instala quando o indivíduo se fixa em soluções narcísicas, em que a comunidade adolescente, enquanto continente, ocupa um lugar secundário ou inexistente: o sujeito refugia-se no isolamento, ou em outros refúgios psíquicos, nos quais a onipotência e a idealização – muitas vezes da própria destruição – ocupam o papel central (drogas, perversões sexuais, distúrbios alimentares, destrutividade em geral). A partir daí teremos uma série de quadros nosográficos, cujo pano de fundo são organizações narcísicas complexas. Cria-se uma “continência” espúria da ansiedade: o refúgio transforma-se em prisão e a onipotência deixa de ser uma forma transitória de lidar com os sentimentos de impotên-

cia, tornando-se um modo de negar permanentemente a realidade.<sup>26</sup>

No caso de adolescentes menos perturbados, prossegue o autor, a utilização desses refúgios psíquicos serve como um espaço mental protetor, ao qual o indivíduo pode recorrer quando sua ansiedade estiver além de sua capacidade de tolerância.

Definidas as prioridades terapêuticas, como seguir em frente na promoção do estabelecimento do *setting* adequado?

Talvez o aspecto específico do contrato, nessa fase, seja a responsabilidade compartilhada entre paciente, pais e terapeuta.

Na infância, a responsabilidade pelas condições formais para a criação do encontro terapêutico é dividida entre os pais e o terapeuta. Essa é a verdadeira condição da criança, e, quando não há tal possibilidade, estamos diante de vínculos inerentemente desviados do esperado para satisfazer às necessidades da infância. Nas psicoterapias com os adultos, se essa responsabilidade não pode ser assumida pelo paciente, manifestam-se perturbações evidentes. Na adolescência, o comprometimento com as condições exigidas pelo contrato será dividido entre os pais e o paciente. Assim, há aspectos a serem decididos em comum acordo/desacordo, tais como: decisão de iniciar o tratamento; responsabilidade pelos honorários e reajustes; férias; responsabilidade por horários e frequência; decisão de término ou interrupção.

Para que o *setting* possibilite abarcar esses desafios, preferimos a frequência de duas sessões semanais, em que podemos dispor de um espaço que promova e assegure intimidade e tempo para reflexão, o

que poderá proporcionar a contenção necessária ao processo. Nas situações em que o risco destrutivo é maior, poderão ser necessárias mais do que duas sessões por semana. Porém, devemos considerar a possibilidade de iniciar com apenas uma sessão quando o temor de dependência do adolescente o impede de tolerar contato mais intenso. Sempre estaremos envolvidos em um movimento que incluirá a motivação do adolescente, dos pais e do próprio terapeuta na relação estabelecida.

Iniciar a psicoterapia deve ser uma decisão do adolescente. Em nossa experiência, tolerar que seu tempo seja diferente do nosso e/ou do de sua família tem demonstrado ser mais terapêutico do que impor nossas impressões. Não queremos negligenciar situações em que o adolescente está tão dissociado do seu sofrimento e destrutividade que a alternativa possível seja a de que o mundo adulto reassuma as funções temporariamente perdidas por ele, até que, aos poucos, recupere capacidades mentais que lhe propiciam proteção – incluímos aqui tentativas de suicídio, abuso de drogas ou sintomas francamente psicóticos. Nessas condições, nossa preocupação deverá ser, em primeiro lugar, a sobrevivência do paciente.

Há controvérsias nessas questões, pois, como destacamos, estamos lidando com uma desestruturação *versus* reestruturação do psiquismo. Isso envolve variações intensas, dramáticas e decididamente surpreendentes, que exigem dos terapeutas tolerância e paciência para observar, ao longo do tempo, os significados dessas decisões.<sup>30,33,34</sup>

Estabelecer um espaço entre o que pensamos ser o momento e a ajuda adequada e o que o paciente considera ser o melhor para ele possibilita

o alívio de uma das grandes angústias desse período: ser novamente aprisionado em uma relação, sem que haja o reconhecimento de sua individualidade.

Dessa forma, queremos enfatizar a importância de o terapeuta, conhecendo os desafios psicodinâmicos característicos, tolerá-los no campo terapêutico. Estaremos, então, nos dispondo a assumir os desafios propostos no processo de desidentificação, que inclui um confronto intenso, profundo e ameaçador com algo decisivamente significativo para nós: a noção de quem, de fato, somos e/ou pretendemos ser, inclusive como terapeutas.<sup>35</sup>

## OS DESAFIOS DO PROCESSO PSICOTERÁPICO NA ADOLESCÊNCIA

É sabido que a maioria dos adolescentes são pacientes que atuam (*acting out*). Aqui, também, o fenômeno é adequado à idade, já que nesse estágio recordar o passado está no seu ponto mínimo, e reviver a experiência passada está no ponto máximo [...] Que o adolescente seja capaz de atuar (*act out*) violentamente na transferência está de acordo com sua tendência acentuada ao *reenactment*. [...] Que esteja sempre a ponto de interromper o tratamento corresponde a sua maneira legítima de reviver a necessidade urgente de romper vínculos familiares. Se a forma dramatizada de *acting out* do adolescente poderá ser transformada em material analítico útil depende, sobretudo, de duas condições por parte do analista: sua capacidade de diferenciar passado e presente no material do paciente e discriminar os elementos adequados ao desenvolvi-

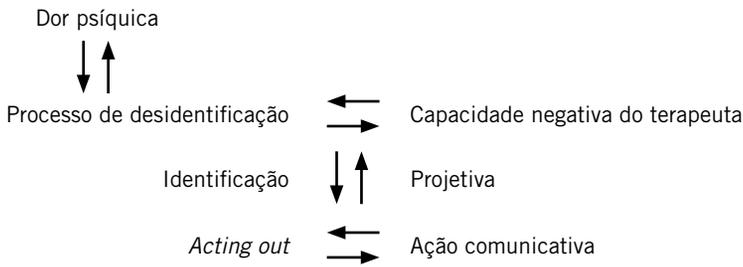
mento daqueles elementos patológicos.<sup>36</sup>

Essa tendência ao *acting out* no funcionamento dos adolescentes em tratamento foi percebida desde os primórdios da psicanálise. Apesar de Freud ter-se referido ao *acting out* (*agieren*), pela primeira vez, em *A psicopatologia da vida cotidiana*,<sup>37</sup> foi no relato da primeira análise de uma adolescente na história da psicanálise, o “Caso Dora”,<sup>38</sup> que introduziu de forma mais significativa o termo, atribuindo a interrupção do tratamento pela paciente ao *acting out* de suas fantasias infantis.

Consideramos essencial a noção de que é pelo *acting out* que se estabelecerá, preferencialmente, a comunicação terapeuta-paciente. Assim como no tratamento de crianças privilegamos o brinquedo como via de acesso ao psiquismo e, nos adultos, a verbalização, o *acting out* constituirá um veículo importante de acesso à vida mental do adolescente.

Sob esse ponto de vista, fica evidente que, assim como no processo psicoterápico exitoso na infância não se exige que o brinquedo seja substituído pela verbalização, também na adolescência a tendência à atuação dos conflitos não só não poderá ser abolida como deverá estar, necessariamente, integrada ao trabalho psicoterápico.

Na Figura 43.1, propomos um esquema gráfico que nos auxilia a visualizar a interação de alguns dos conceitos psicanalíticos que podemos utilizar para desenvolver a instrumentalização técnica mais adequada para lidar com essas peculiaridades. Na adolescência, o processo de desidentificação protagoniza a mobilização de todo o psiquismo, que busca lidar com a dor psíquica por meio de mecanismos de defesa complexos, os quais podem tanto



**Figura 43.1** Esquema gráfico representativo dos conceitos psicanalíticos utilizados na técnica destinada a adolescentes.

promover o desenvolvimento quanto impedi-lo.

Antes de descrever os fenômenos psíquicos propostos, desejamos destacar seu aspecto dinâmico, já que, sem essa perspectiva, se corre o risco de simplificações empobrecedoras dessa relação que pretende, justamente, ampliar a capacidade do adolescente de tolerar contato com a complexidade de sua realidade emocional. Segundo Etchegoyen,<sup>39</sup> o *acting out* só pode ser conceituado em função do seu significado na relação terapêutica, ou seja, não há uma fenomenologia do *acting out*. Ele só adquire sentido ligado ao processo psicoterápico ou ao *setting*, correspondendo àquelas condutas que tendem a ignorar o objeto e afastar-se dele e que têm a intenção de atacar a tarefa terapêutica.

Barugel e Mantykow de Sola<sup>40</sup> propõem a diferenciação entre *acting out* e ação comunicativa nos tratamentos de adolescentes, conceituação que nos parece útil na compreensão e no manejo dessas situações. Diferenciam *acting out* de ação comunicativa, descrevendo que esta última

[...] busca favorecer a tarefa e tenta comunicar, pela ação, algo que está a caminho da simbolização, à procura de um objeto que se suponha disponível para este tipo de comunicação. Mesmo que essas condutas provoquem, fenomenologicamente, certo grau

de distanciamento hostil do objeto e possam produzir alterações no *setting*, a fantasia inconsciente mostra que esses comportamentos são uma maneira de associar que favorece o encontro e a comunicação com o objeto. Diante delas, o analista pode identificar-se com seu paciente e sentir-se convidado a pensar no processo junto com ele. Essas “ações comunicativas” não ocorrem no lugar da tarefa, mas, ao contrário, são a única maneira de garantir que se realize.<sup>40</sup>

Enfatizamos a importância do mecanismo de identificação projetiva, já que é a via predominante de interação dos adolescentes. Descrito por Melanie Klein<sup>41</sup> em 1946, esse conceito tem sido estudado e ampliado quanto a sua função primordial de comunicação entre o bebê e sua mãe,<sup>42,43</sup> em condições normais do desenvolvimento. Utilizaremos a descrição de Ogden,<sup>44</sup> que nos parece acessível e elucidativa:

[...] o conceito diz respeito ao modo como as fantasias inconscientes de uma pessoa são processadas por outra, ou seja, a maneira pela qual uma pessoa usa a outra para viver e conter um aspecto de si própria.

Caberá ao terapeuta, por meio de sua capacidade negativa, continência e *rêverie*, transformar

a experiência transmitida pela ação comunicativa em simbolização.<sup>42,43</sup> O terapeuta terá que desenvolver sua tolerância com incertezas, momentos de incompreensão, ambiguidades e paradoxos.<sup>45</sup>

Dessa forma, os processos internos do analista poderão ser utilizados para compreender e, com isso, tentar completar o que ainda falta no aparelho mental do adolescente. Sabemos que os aspectos destacados estão presentes em qualquer processo psicoterápico de orientação analítica. O que desejamos enfatizar não é sua presença, mas sua intensidade nas psicoterapias com adolescentes.

Em consonância com a proposta de Barugel e Mantykow de Sola,<sup>40</sup> acreditamos que, na psicoterapia com adolescentes, as ações comunicativas predominam sobre os *acting outs*. A discriminação entre ambos, no entanto, depende da capacidade do terapeuta de tolerar a inquietação provocada por mecanismos primitivos, que geram dúvidas constantes quanto a estarmos envolvidos em um conluio com o paciente, provocadas pela mobilização de nossos próprios estados mentais adolescentes. As autoras destacam que só fora da sessão, *a posteriori*, será possível estabelecer com clareza essas diferenças. É o desenvolvimento progressivo do processo que dará subsídios para avaliar se estamos lidando com um conluio ou com a gradual, possível e tolerada compreensão desejada.

O adolescente recorre à ação comunicativa quando percebe que o pensar provoca dor e que é necessário um trabalho psíquico que crie um continente capaz de contê-la/tolerá-la. Para isso, um estilo próprio que pressuponha firmeza, paciência e contenção é particularmente importante no terapeuta. A receptividade com a pos-

sibilidade de a linguagem verbal ser temporariamente substituída por outra, mais primitiva, torna-se decisiva, como se a ação comunicativa fosse o “idioma possível”. As autoras consideram prudente não outorgar significados prematuros aos *acting outs*, mas assinalar elementos do *setting* que foram modificados, para que se possa continuar pensando sobre o que se passa na relação. Por exemplo, se o paciente não vem à sessão, caberia perguntar, de forma direta, por que não veio nem telefonou. As autoras concluem que, assim como o brincar, na criança, a ação, no adolescente, ao desenrolar-se na situação transferencial e no mundo externo, possibilita que o mundo interno torne-se menos caótico e mais tolerável para o próprio paciente.

Enfatizamos, assim, o interjogo dinâmico entre essas diferentes possibilidades de comunicação: *acting* ⇔ *ação comunicativa* ⇔ *linguagem verbal simbólica*. A qualidade da interação entre terapeuta e paciente poderá promover a transformação das ações comunicativas em conflitos acessíveis à compreensão, ou, ao contrário, desencadeará processos mais primitivos, que poderão acentuar os *acting outs*.

## TÉRMINO

O término do tratamento tem sido menos estudado do que os meios para manter os adolescentes em psicoterapia, já que é comum decidirem unilateralmente pela interrupção.<sup>46,47</sup> Contudo, a separação em si – por decisão unilateral ou conjunta – é de grande significado no destino do trabalho psicoterápico realizado, pois reatualiza, na relação terapêutica, um dos aspectos decisivos do conflito adolescente: a possibilidade de separação com a sobrevivência de ambos.<sup>24</sup>

Quando a interrupção corresponder a um *acting*, a relação terapêutica deverá procurar transformá-lo em uma ação comunicativa que permita a compreensão do que motiva o paciente, naquele momento, a provocar a ruptura. Ao mesmo tempo, quanto mais pudermos tolerar as interrupções, mais abriremos o caminho para o retorno quando o paciente considerar necessário.<sup>25,48</sup> Devemos ter o cuidado de não esperar de uma psicoterapia com adolescentes aquilo que se poderia almejar com adultos: relações afetivas mais estáveis, definição profissional, relacionamento sem maiores intercorrências com os pais. Assim, Meltzer<sup>25</sup> julga típico de um tratamento bem-sucedido na adolescência o fato de que, ao estabelecer uma relação amorosa e sexual íntima, o paciente queira protegê-la de “interferências externas”, inclusive a do terapeuta, decidindo ter alta.

Além disso, com adolescentes entre 15 e 16 anos, poder tolerar melhor sua condição de dependência dos pais pode ser decisivo para que o sentimento de autonomia desenvolva-se internamente, o que, muitas vezes, os faz não necessitarem mais de nossa ajuda.

Como principal critério para alta, consideramos o desenvolvimento da capacidade emocional do adolescente de lidar com suas ansiedades, com possibilidade de refletir mais sobre sentimentos, ideias e condutas, a fim de obter melhor compreensão do que se passa consigo e em suas relações com o mundo externo. Como consequência, a sintomatologia que trouxe o adolescente ao tratamento deverá estar mais atenuada, possibilitando que utilize seus recursos para inserir-se em um processo de desenvolvimento mais criativo.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. A compreensão dos processos psicodinâmicos próprios de cada etapa da adolescência é fundamental na avaliação, na indicação e no desenvolvimento do processo psicoterápico com adolescentes.
2. A importância do reconhecimento paulatino e progressivo da interação da condição adolescente com as vivências ligadas à história pessoal, possibilitando o estabelecimento de uma identidade própria, é essencial ao processo psicanalítico.
3. Requer-se, da parte do terapeuta, a capacidade de tolerar, no campo, os paradoxos e as vicissitudes impostos pelo processo de desidentificação do adolescente (capacidade negativa).
4. A presença do *acting out* constitui via comum de expressão dos conflitos intrapsíquicos na adolescência, sendo importante sua diferenciação como função comunicativa ou destrutiva.
5. O grupo de iguais (comunidade adolescente) tem papel de destaque, ao proporcionar um espaço, fora do âmbito familiar, para a elaboração das ansiedades inerentes a essa etapa do desenvolvimento.
6. Reconhece-se a importância da receptividade e da utilização de diferentes recursos (música, livros, filmes, personagens/ídolos) trazidos pelo adolescente às sessões, na comunicação de seu estado emocional.
7. É preciso a considerar a restrição, por parte do adolescente, na abordagem direta de sua sexualidade, bem como a consequente necessidade de cautela por parte do terapeuta no contato com esse tema.
8. O desenvolvimento dos processos simbólicos é importante consequência do trabalho psicoterápico nessa fase do desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

1. Cabanne J. "Paradise now". *Rev Psicanálise SPPA*. 1996;3(3):389-96.
2. Levisky DL. Os vazios da contemporaneidade: a compulsão como um processo defensivo precoce na adolescência. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 2009;16(2):343-52.
3. Levy R. Adolescência: o re-ordenamento simbólico, o olhar e o equilíbrio narcísico. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 2006;13(2): 233-45.
4. Blos P. The second individuation process of adolescence. *Psychoanal Study Child*. 1967;22:162-86.
5. Mahler M. On human symbiosis and the vicissitudes of individuation: infantile psychosis. New York: International Universities; 1978.
6. Faimberg H. El telescopaje de generaciones; la genealogía de ciertas identificaciones. *Revista de Psicoanálisis*. 1985;42(5):1043-56.
7. Stoller R. A contribution to the study of gender identity. *Int J Psychoanal*. 1964;45:220-6.
8. Stoller RJ. A experiência transexual. Rio de Janeiro: Imago; 1982.
9. Blum H. Fantasia compartilhada e identificação recíproca: considerações gerais e desordem de gênero. In: Congresso Brasileiro de Psicanálise 11; 1987 out 21-24; Canela.
10. Kancyper L. Confrontação de gerações: estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
11. Kancyper L. Adolescência y a posteriori. *Revista de Psicoanálisis*. 1985;42(3):535-46.
12. Sklansky M. The pubescent years: eleven to fourteen. In: Greenspan SI, Pollock GH, editors. *The course of life*. Madison: International Universities; 1991. v. 4.
13. Jeammet P. Lo que se pone em juego: las identificaciones en la adolescencia. *Psicoanálisis com Niños e Adolescentes*. 1992;2: 41-58.
14. Jeammet P. A adolescência hoje, entre liberdade e imposição. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 2009;16(2):219-34.
15. Blos P. Adolescência: uma interpretação psicanalítica. São Paulo: Martins Fontes; 1985.
16. Freud S. O ego e o id. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 19.
17. Freud S. História de uma neurose infantil. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 17.
18. Urribarri R. Sobre adolescência, luto e a posteriori. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 2003;10(1):47-70.
19. Kancyper L. *Adolescencia: el fin de la ingenuidad*. Buenos Aires: Lumen; 2007.
20. McDougall J. *Conferências brasileiras: corpo físico, corpo psíquico e corpo sexuado*. Rio de Janeiro: Xenon; 1987.
21. McDougall J. *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria clínica e psicoanalítica*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
22. Blos P. The contribution of psychoanalysis to the psychotherapy of adolescents. *Psychoanal Study Child*. 1983;38:577-600.
23. Kaplan E. Adolescents, age fifteen to eighteen: a psychoanalytic development view. In: Greenspan SI, Pollock GH, editors. *The course of life*. Madison: International Universities; 1991. v. 4.
24. Winnicott DW. Conceitos contemporâneos de desenvolvimento adolescente e suas implicações para educação superior. In: Winnicott DW. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago; 1975. p. 187-202.
25. Meltzer D. *Seminários de Novara*. In: Harris M, Meltzer D. *Quaderni di psicoterapia infantile*. Roma: Borla; 1978. Título da parte traduzida pelo autor.
26. Levy R. Refúgios narcisistas na adolescência: da busca de proteção ao risco de destruição: dilemas na contratransferência. *Rev Bras Psicanál*. 1996;30(1):223-40.
27. Baranger W, Baranger M. *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargiemann; 1969.
28. Ferro A. Na sala de análise: emoções, relatos, transformações. Rio de Janeiro: Imago; 1998. p. 181-207.
29. Ferro A. A unicidade da análise entre analogias e diferenças na análise de crianças e adolescentes. In: Ferro A. *A psicanálise como literatura e terapia*. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 137-51.
30. Brafman A. Working with adolescents: a pragmatic view. In: Wise I, editor. *Adoles-*

- cence. London: Institute of Psychoanalysis; 2000. p. 36-55.
31. Steiner J. *Psychic retreats: pathological organisations in psychotic, neurotic and borderline patients*. London: Routledge; 1993.
  32. Meltzer D. *Clastrum: una investigación sobre los fenómenos claustrofóbicos*. Buenos Aires: Spatia; 1994.
  33. Meeks JE. *The fragile alliance*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1971.
  34. Zavaschi ML, Bassols AM, Salle E, Maltz FF, Santis MB. *Psicoterapia na adolescência*. In: Cordioli AV, organizador. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 400-19.
  35. Cassorla RMS. *O analista, seu paciente adolescente e a psicanálise atual: sete reflexões*. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 2009; 16(2):261-78.
  36. Freud A. *Acting out*. *Int J Psychoanal*. 1968;49:165-70.
  37. Freud S. *A psicopatologia da vida cotidiana*. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 6.
  38. Freud S. *Fragmento da análise de um caso de histeria*. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 7.
  39. Etchegoyen H. *Das vicissitudes do processo (6) Acting out (3)*. In: Etchegoyen RH. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987. p. 424-34.
  40. Barugel N, Mantykow de Sola B. *La acción comunicativa en el tratamiento de adolescentes*. *Psicoanálisis*. 2001;23(2):313-28.
  41. Klein M. *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides*. In: Klein M. *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago; 1991. p. 20-43.
  42. Bion WR. *Ataques ao elo de ligação*. In: Bion WR. *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago; 1988. p. 101-9.
  43. Bion WR. *Identificação projetiva e capacidade para pensar*. In: Bion WR. *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago; 1991. p. 54-63.
  44. Ogden TH. *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York: J. Aronson; c1982.
  45. Meltzer D. *Os grilhões da memória e do desejo*. In: Meltzer D. *O desenvolvimento kleiniano III: o significado clínico da obra de Bion*. São Paulo: Escuta; 1998. p. 129-40.
  46. Novick J. *Termination of treatment in adolescence*. *Psychoanalytic Study Child*. 1976; 31:389-414.
  47. Burgner M. *Analytic work with adolescents: terminable and interminable*. *Int J Psychoanal*. 1988;69(Pt 2):179-87.
  48. Blos P. *The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of adolescents*. *Int J Psychoanal*. 1980;61(Pt 2):145-51.



44

## ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE IDOSO

Antonio Carlos Scherer Marques da Rosa  
Maria Cristina Garcia Vasconcellos

*Meus Deus, que eu possa estar vivo quando morrer!*  
(Winnicott, 1971)

No alvorecer de nossa existência como espécie, sobreviver aos predadores naturais, às tribos competidoras por espaço e alimentos, às doenças e às intempéries conferia àqueles poucos que atingiam a velhice um valor intrínseco de dignidade e sabedoria, a despeito do declínio da força física, da produtividade e da fertilidade. Nos dias atuais, constata-se um fenômeno oposto: ainda que todos desejem ter uma longa existência, tornar-se velho e, em especial, parecer velho é algo inadmissível para muitos.<sup>1</sup> Esse sentimento aversivo não parece ser atenuado pelo fato de que, do ângulo de visão do idoso, contemplar a própria existência como um todo seja agora, e somente agora, possível. No dizer de Danielle Quinodoz,<sup>2</sup> a psicoterapia do idoso pode ser uma experiência apaixonante para o terapeuta, por proporcionar a oportunidade de situar o fim da vida dentro do contexto de sua trajetória completa. Pouco antes de sua morte, em 1971, Winnicott citado por Goldman<sup>3</sup> registrara como mote, em seu caderno de memórias, a epígrafe que ora usamos como ponto de partida deste capítulo. Entre as múltiplas interpretações

possíveis que ela suscita, acreditamos que Winnicott citado por Goldman<sup>3</sup> expressa isto: o desejo de presenciar o ato final da própria existência e sentir a completude de ser o autor e espectador da obra acabada, inteira, e sentir toda a jornada, incluindo a morte, como uma unidade.

Se entendermos a vida de cada indivíduo como um processo de desenvolvimento que se inicia no período da concepção e que se insere em um contexto anterior a ela, necessariamente incluímos a velhice como parte dessa trajetória. Não como período independente, à parte da vida, mas como resultante das várias interações biopsicossociais ocorridas ao longo do caminho e que se fazem sentir na forma como cada um experimentará sua velhice. Nesse sentido, podemos pensar que a maturidade é uma condição que se completa pela aceitação da tríade alteridade, finitude e dúvida, entendendo a velhice bem-sucedida como o encontro do ser humano com sua maturidade. “A fila está andando”, diz com serenidade a paciente de 71 anos, referindo-se ao casamento do último neto solteiro. Assim, aspectos importantes

no processo de envelhecimento, tais como a questão da finitude – o acolhimento da passagem do tempo –, a aceitação do outro e a tolerância ante o desconhecido, serão vividos por cada um de acordo com capacidades adquiridas ao longo do seu desenvolvimento.

## O CONCEITO DE VELHICE

Em países desenvolvidos, a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>4</sup> considera idoso o indivíduo a partir dos 65 anos. Para que a população da França com 65 anos ou mais dobrasse de 7% para 14% demorou mais de cem anos. O Brasil, em contraste, alcançará o mesmo crescimento em apenas 25 anos, o que dá uma ideia do impacto do aumento da população idosa em nosso país.

Na atualidade, não há um critério etário padrão, mas as Nações Unidas estão de acordo com um ponto de corte de 60 anos ou mais para a população idosa.<sup>4</sup> Essa conceituação imprecisa reveste-se de maior incerteza no caso do Brasil, país com realidades socioeconômicas tão heterogêneas que permite a relativização de critérios etários para a velhice dependendo da população que se contemple.

Torna-se necessário, portanto, um olhar mais atento sobre o conceito de velhice, concebendo-a não como uma categoria uniforme, definida em termos etários, mas buscando uma apreensão que inclua suas várias dimensões.

É relativamente recente a presença do idoso como cidadão, ou seja, como um indivíduo valorizado em nossa sociedade: em 1994, com uma lei federal, esse sujeito ganha *status* diferenciado. Até então, ele tinha o mesmo *status* legal das crianças e

dos deficientes quanto às necessidades assistenciais, em consonância com a visão cultural do velho como um ser destituído de capacidades, muitas vezes infantilizado, à margem do mundo adulto.<sup>5</sup>

Esse conceito aplástico da velhice é perceptível em Freud,<sup>6</sup> quando, em seu artigo *Sobre a psicoterapia*, desaconselha análise para pessoas acima dos 50 anos:

A idade dos pacientes tem, assim, essa grande importância ao determinar sua adequação ao tratamento psicanalítico, posto que, por um lado, perto ou acima dos cinquenta, a elasticidade dos processos mentais, dos quais depende o tratamento, via de regra, se acha ausente – pessoas idosas não são mais educáveis – e, por outro, o volume de material com o qual se tem de lidar prolongaria indefinidamente a duração do tratamento.

Paradoxalmente, o autor de *Moisés e o monoteísmo* era um Freud de 81 anos, quando, em 1938, concluiu este que é considerado um de seus mais brilhantes escritos.

Atualmente, entretanto, encontramos visões diferentes a respeito da velhice em nossa sociedade, que estão na fonte das mudanças legais referidas há pouco. Cada vez mais, temos o idoso presente na cena social. Há estudos sobre a velhice, especialistas na área da saúde e das ciências sociais preocupados com essa etapa da vida, e nasceu um mercado especificamente voltado para a população idosa. Tais mudanças vêm seguindo os rumos das modificações sociais em um nível mais amplo. À medida que se percebe maior elasticidade de comportamentos, permitidos a todas as faixas etárias, os papéis esperados já não estão mais definidos em termos de grades de idade, e sim em termos de projetos de vida individuais, que vão produzindo traje-

tórias de vida específicas a cada um.<sup>5</sup> Além de tais possibilidades características da pós-modernidade, temos um maior número de idosos ao lado de uma maior expectativa de vida, o que cria um contingente de indivíduos que têm-se recusado a abandonar sua inserção na sociedade, forçando sua presença como cidadão. Desse vértice, podemos observar idosos participando de atividades impensáveis há alguns anos: o astronauta John Glenn retornou ao espaço em 1998, aos 76 anos, e tornou-se notícia internacional; o arquiteto Oscar Niemeyer, falecido em 2012, aos 104 anos, seguiu projetando mesmo depois de ultrapassada a marca dos cem anos – para ficarmos em dois exemplos conhecidos.

O fato de tais situações se tornarem notícia internacional e causarem admiração evidencia que a situação do idoso como indivíduo viável, com potencialidade de preservação da vida, não está sedimentada. Sabe-se que menos de 5% das pessoas com mais de 65 anos necessitam de cuidados por terem perdido a capacidade de gerirem suas próprias vidas.<sup>7</sup> É comum o comentário de idosos saudáveis a respeito da própria expectativa quanto à chegada da velhice, remetendo-a ao momento em que não terão mais capacidades.

Ou seja, persiste, ainda, a concepção culturalmente estabelecida de que aqueles indivíduos que conseguem preservar suas capacidades não são velhos, sendo, muitas vezes, chamados de idosos, juventude tardia ou terceira idade, reservando o termo “velho” para o indivíduo à margem da sociedade, que necessita de cuidados e que constitui ameaça para quem envelhece, visto que há um valor negativo associado.<sup>5</sup> Consideramos relevante salientar esses aspectos do ponto de vista de quem se propõe a tratar o paciente velho, pois a indicação de tratamento, o estabelecimento de objetivos e a possibilidade de escutar o sofrimento daquele que envelhece podem estar sob a influência desses valores, quando presentes no terapeuta.

## A AVALIAÇÃO

O processo de avaliação e as indicações para psicoterapia de orientação analítica com um paciente idoso ocorrem da mesma forma que em outras etapas da vida. De maneira análoga ao que preconiza o aforismo médico de que devemos nos preocupar mais com o doente do que com a doença, na psicoterapia do idoso, mais importante que a própria velhice é a pessoa. Avalia-se, antes de tudo, o indivíduo e suas possibili-



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

Um homem na passagem da idade madura para a velhice procura tratamento para um quadro depressivo de início recente. Após poucas semanas de tratamento farmacológico, com o esbatimento dos sintomas depressivos, o paciente revela algo que trazia guardado em absoluto sigilo e com enorme sofrimento por décadas: seu conflito homossexual. Com a abertura dessa nova janela, a terapia, que antes parecia que seria concluída como um atendimento clínico psicofarmacológico bem-sucedido, ganha nova dimensão e novos objetivos e transforma-se em uma psicoterapia de orientação analítica. O paciente, muito motivado, mergulha com avidez na psicoterapia e consegue correlacionar a conduta homossexual atual com sentimentos de submissão e humilhação impostos por um irmão mais velho, cinco décadas atrás, e experimenta uma mistura de alívio, rancor e satisfação pela descoberta.

dades, mediante o levantamento de sua trajetória de vida, de suas vivências marcantes ao longo do desenvolvimento, para compreender, do ponto de vista psicodinâmico, o momento em que o sujeito se encontra.<sup>8</sup>

Apresentamos essa vinheta para ilustrar que não devemos tomar a manifestação inicial pelo seu valor de face e que, na avaliação, se requer atenção aos aspectos psicodinâmicos, qualquer que seja a queixa inicial e a idade do paciente.

A partir dessa perspectiva, procura-se avaliar o indivíduo que está buscando auxílio porque sofre, compreendendo sua singularidade, em oposição à ideia de que o idoso é incapaz de mudanças psíquicas para uma melhor condição de vida e para a preservação da capacidade criativa. Analistas contemporâneos<sup>9-12</sup> têm relatado, cada vez mais, casos bem-sucedidos de tratamentos de pacientes idosos. O pioneiro desses analistas é Karl Abraham, que, em 1919, escreveu um trabalho intitulado *A aplicabilidade do tratamento psicanalítico a pacientes de idade avançada*. Nele, afirmou, para sua surpresa, que um número considerável de pacientes acima dos 50 anos teve resultado muito favorável com o tratamento. Concluiu com a tese de que a idade da neurose é mais importante do que a idade do paciente.<sup>13</sup>

Pode-se dizer, seguindo Abraham, que, mais do que a idade, a rigidez de caráter vincula-se à estrutura da personalidade que vem acompanhando esse indivíduo em todo o seu desenvolvimento.<sup>7</sup> Muitos idosos que buscam tratamento têm, em sua trajetória, evidências da capacidade para obter satisfações e para aquisições; por outro enfoque, pode-se perceber a presença de conflitos neuróticos, assim como variados graus de alterações de caráter. Inúmeras vezes, tais pacientes alcançaram um razoável equilíbrio interno ao longo de suas existências, na medida em que as exi-

gências de vida do adulto jovem em nossa cultura podem servir para mascarar dificuldades de lidar com aspectos depressivos.<sup>14</sup> Tal equilíbrio, todavia, pode modificar-se a partir das pressões que surgem com o envelhecimento, promovendo dificuldades em alcançar uma nova adaptação, como anteriormente o fizeram.<sup>12,15</sup>

É essencial, portanto, perceber a possibilidade de o indivíduo idoso ter uma existência criativa, no atual contexto de maior expectativa de vida. Uma vez que muitos dos pacientes que procuram atendimento terão ainda uma longa jornada pela frente, percebe-se a importância que pode ter em suas vidas a psicoterapia e a possibilidade de entendimento das dificuldades prévias.

Cabe lembrar que a maioria desses indivíduos poderá viver a velhice sem maiores obstáculos, preservando suas capacidades internas, na medida em que reconhecem o que há de bom dentro de si, bem como avaliam de forma realista suas limitações e mantêm, ainda, a capacidade para amar e serem amados.<sup>7</sup> O estabelecimento de uma noção clara, por parte do terapeuta, do problema que traz o paciente à psicoterapia é fundamental para seu início e para seu bom andamento, constituindo um dos aspectos a serem considerados quando da avaliação. Sabe-se que há um conjunto de situações que ocorrem com mais frequência na velhice, entre elas as alterações, não apenas corporais, mas na vida de relação do indivíduo, que demandam nova adaptação e que podem funcionar como elementos estressores, perturbando o equilíbrio anteriormente alcançado. Segundo Chessick,<sup>12</sup> o psicoterapeuta que não reconhece a importância desses aspectos realísticos do envelhecimento priva o paciente da possibi-

lidade de dar um sentido a sua existência, desenvolver estruturas compensatórias e encontrar um sentido para a própria vida.

Para uma compreensão mais judiciosa a esse respeito, julgamos que é importante priorizar sempre o envelhecimento do ponto de vista do indivíduo, isto é, entender com clareza o que é um problema para ele, não para quem o avalia ou para seus familiares.

Em um estudo etnográfico sobre o tema, Cremin<sup>16</sup> encontrou diferenças entre idosos e seus filhos adultos, bem como nos profissionais que os atendem, quanto à noção do que constituem problemas no envelhecimento. Os idosos estudados assinalaram uma diferença entre o “sentir-se velho” e “o ser velho”, sendo o primeiro compreendido como um fenômeno temporário e esporádico, vinculado a problemas específicos, únicos para cada indivíduo e que coincidem com uma ameaça aos valores ligados à constituição de sua identidade. Essa é a percepção dos idosos a respeito de sua situação com o envelhecimento.

Já para os filhos desses indivíduos, o processo que está ocorrendo com seus pais remete à noção de “ser velho”. Tal conceito deriva da percepção dos pais como pessoas diferentes do que foram outrora, sendo a diferença compreendida como resultante de um processo irreversível. Mesmo quando o déficit das capacidades que entram em pauta na avaliação de pais e filhos coincide, o significado das mudanças que estão ocorrendo tem um impacto diverso para cada geração. Para os idosos, torna-se necessário utilizar estratégias alternativas para lidar com as perdas específicas, não carecendo, forçosamente, de auxílio adicional ou mesmo de tratamento. Para os filhos, no entanto, a percepção dessas modificações ra-

dicais na identidade dos pais impõe a busca de tratamento e de aconselhamento quanto ao manejo daquilo que é entendido como “errado”. A consequência direta dessa assimetria conceitual reflete-se no profissional que atende o paciente idoso, no sentido da sua percepção do que constitui um problema e de como manejá-lo, uma vez que sua concepção particular a respeito do envelhecimento também influi na indicação terapêutica.

## SITUAÇÕES ESTRESSORAS ESPECÍFICAS DA VELHICE

Quando um paciente idoso busca ajuda, ao avaliarmos a indicação de tratamento psicoterápico, é preciso ter em mente que estamos diante de um indivíduo no qual sobreveio um desequilíbrio, muitas vezes decorrente da falha ao lidar com uma tarefa surgida nesse momento de sua vida e que é inerente ao desenvolvimento. Isso não difere de situações semelhantes em outros momentos do ciclo vital, quando os pacientes não conseguem lidar com situações específicas que se apresentam. Apointamos, a seguir, alguns dos problemas que ocorrem com mais frequência na velhice e que exigem adaptação.

### As perdas

É comum encontrarmos os fatores sociais, mais do que biológicos individuais, alterando a situação dos pacientes, no sentido da desadaptação.<sup>17</sup> Os vários autores que tratam da velhice destacam as perdas como os principais estressores nesse período da vida, sendo a possibilidade de reparação dessas perdas uma das tarefas evolutivas essenciais nesse momento. Tal elaboração pode ser dificultada pelo efeito cumulativo

das perdas, ou também por estarem centradas no próprio indivíduo.<sup>18</sup> Outro aspecto relevante e que determinará a forma como cada um realizará essa adaptação é a quantidade de investimento narcisístico no que está sendo perdido. Quanto maior o investimento no objeto ou na função perdida, mais difícil lidar com a perda.<sup>7</sup> Certo paciente que obtinha grande prazer em jogar tênis e que, aos 70 anos de idade, foi desaconselhado a prosseguir por razões médicas, embora liberado para outras atividades físicas, enfrentou um período de intensa depressão, visto que a prática desse esporte estava revestida de grande significado para ele.

A crescente solidão, a partir da morte de amigos, do cônjuge ou da saída dos filhos da casa paterna, também pode se constituir em um problema nessa etapa da existência. A saída dos filhos de casa, em especial, modifica as relações familiares, uma vez que eles não estarão mais disponíveis como veículos das projeções dos pais ou, ainda, para mascarar dificuldades no relacionamento do casal. Também se modifica o papel do trabalho na vida do indivíduo, assim como sua identidade profissional. O rito de passagem da idade adulta para a velhice, em nossa cultura, inclui a destituição da utilidade social, muitas vezes agravada pelo afastamento do trabalho

pela aposentadoria. As ameaças de perder o lugar para pessoas mais jovens, a perda de poder associado à função exercida ou, ainda, a ameaça decorrente da aposentadoria podem promover diminuição da autoestima, bem como privações no âmbito socioeconômico.<sup>9,15</sup>

Aquelas perdas que desafiam o ciclo natural da vida, como a morte de filhos e netos, são as mais devastadoras para os idosos.

Estou suportando muito mal essa perda, creio que nunca experimentei nada mais duro... Fundamentalmente, tudo perdeu o seu valor... Ele significava o futuro para mim e, assim, levou o futuro consigo.

Esse lamento amargurado é de um homem de 68 anos que perdeu um neto aos 4 anos de idade, Sigmund Freud.<sup>19</sup> Ele já perdera a filha Sophie três anos antes e agora era o filho mais novo de Sophie que se ia. A perda da descendência tem um caráter sombrio na velhice, pois priva o idoso do sentimento de continuidade nas próximas gerações. Por meio da identificação projetiva, ele projeta na prole sua imortalidade e, assim, com a fantasia de que existe algo dele alojado no filho (ou em suas obras de vida), cria dentro de si um espaço de ma-



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2

Esta é a situação de um homem de 74 anos que teve muita dificuldade em lidar com a aposentadoria. Não apenas houve uma redução em seu poder aquisitivo como sobreveio um sentimento de desvalia, o que o impedia de exercer qualquer outro tipo de atividade. Ocorria uma intensa inveja dos genros, homens bem-sucedidos, de quem não aceitava qualquer tipo de auxílio, mesmo que fosse a possibilidade de receber destes alguma oferta de trabalho. Rechaçava a aproximação das filhas e da esposa, justificando que estavam com pena dele devido a sua situação. Mesmo que mais patente a partir da aposentadoria, esse conflito já estava presente em sua vida prévia, evidenciado pela absorvedora necessidade de dinheiro e poder dentro da família. O relativo sucesso nos negócios permitiu que chegasse até essa etapa da vida sem evidenciar o conflito.

nobra para conceber o futuro articulado à mortalidade. Referindo de outra maneira, pequenos refúgios da fantasia de imortalidade são necessários, e, por isso, a morte de filhos se afigura tão dolorosa e difícil de elaborar.<sup>20</sup>

O número e a frequência de laços sociais são inversamente proporcionais à sintomatologia depressiva, bem como a falta de suporte social está associada a maior risco de mortalidade e a maior período de tempo necessário para a recuperação de doenças. A presença de relacionamentos próximos é um fator igualmente importante para que o idoso receba o suporte de que necessita.<sup>18</sup>

## O abuso do idoso

Uma consequência da falta de suporte ao idoso é a possibilidade de ver-se submetido a algum tipo de abuso, como demonstra com frequência a mídia. Este é um tema surgido em meados da década de 1970 e que, no início, se referia exclusivamente ao dano físico intencional infligido a pessoas com mais de 65 anos de idade.

Posteriormente, a caracterização de abuso passou a incluir outras ações que podem gerar danos psicológicos, sociais e financeiros. A omissão, caracterizada por situações de negligência, também passou a ser considerada como abuso.<sup>21</sup>

Ainda que a prevalência seja baixa quando comparada ao abuso de crianças (24%), é um número significativo (3,2% nos Estados Unidos e 4% no Canadá) e que pode estar subestimado devido à desinformação.<sup>21</sup> Aqui se insere o que Norberto Bobbio<sup>22</sup> chama de “a eutanásia de abandono”, que consiste em lançar o velho ao

desamparo até a morte, em uma espécie de genocídio por descaso.

## AS PERDAS CENTRADAS NO PRÓPRIO CORPO

Paralelamente a essas pressões externas, surgem ansiedades envolvendo a consciência do próprio envelhecimento, o temor às doenças e à perda das capacidades mental e física, com a consequente dependência dos outros.<sup>9,15</sup> Se a velhice é compreendida como algo que torna o indivíduo inevitavelmente inválido, em mente e corpo, essa ameaça passa a ser um importante motivo de sofrimento psíquico.

Mike Featherstone<sup>23</sup> propõe que, a partir da sociedade moderna, a aquisição e a manutenção de controles corporais são essenciais para o indivíduo sentir-se um cidadão de valor, que participa de modo independente na sociedade. Essas capacidades devem ser adquiridas por meio do processo de desenvolvimento, com o auxílio daqueles indivíduos que nos são significativos. Dessa forma, são capacidades culturais que dependem de um conjunto de pré-condições biológicas que se desenvolveram como parte de um longo processo de evolução a partir de outros primatas.

Podem ser identificados três tipos principais de competências:

1. habilidades cognitivas (uso da linguagem e das capacidades de comunicação)
2. controles do corpo (dos movimentos, das capacidades motoras e de conter os fluidos corporais)
3. controles emocionais (controle da expressão das emoções para utilizá-las somente em momentos e locais socialmente sancionados)

Considerando tais aspectos, uma questão crucial no processo de envelhecimento é que, após uma fase inicial de crescente poder e controle sobre o corpo, existe a perspectiva de falência pessoal dos três níveis de competência mencionados. É a perda desses controles do corpo, tanto quanto da capacidade de atingir uma conduta e um procedimento mais jovem, o que leva à estigmatização das pessoas idosas e à efetiva perda do seu direito de serem valorizadas.

Assim, a perda do controle urinário e fecal pode ter um efeito devastador no psiquismo do idoso. Ela pode estar conectada à repressão inconsciente da infância relacionada à educação esfínteriana. O ganho narcisista proveniente da vitória ao demonstrar aos genitores seu controle esfínteriano é enorme. Isso é perdido quando se instala a incontinência urinária ou fecal, que, em algumas pessoas, pode causar uma reação quase catastrófica: não ser mais o senhor de si mesmo equivale a se sentir reduzido à criança pequena controlada pela mãe.<sup>11</sup>

Das ansiedades resultantes da perda de capacidades, merecem especial atenção aquelas referentes à perda da potência sexual e ao impacto que possa causar nos relacionamentos. Tais temores vinculam-se a outras alterações corporais decorrentes do envelhecimento que poderão interferir no intercurso sexual, bem como à presença de doenças físicas causadoras de limitações. Acrescenta-se a isso a ideia, culturalmente aceita, do idoso como indivíduo assexuado e a baixa autoestima decorrente das modificações corporais que se afastam do ideal de beleza da juventude, que é a estética valorizada em nossa sociedade.<sup>24</sup> Somam-se, ainda, os conflitos relativos à reativação de fantasias edípicas, bem como a inveja em

relação às capacidades sexuais dos filhos, que, nesse período, estão no auge de suas vidas sexuais.<sup>15</sup>

Cabe salientar, entretanto, que, embora ocorram mudanças na fisiologia sexual com o avanço da idade, que se traduzem em uma redução do desejo, da excitação e das atividades sexuais, mantém-se a capacidade para o prazer e a satisfação. A possibilidade de preservar uma vida sexual prazerosa na velhice está vinculada à história de vida sexual prévia daquele indivíduo.<sup>24</sup>

É possível que as mudanças nos valores culturais a respeito da sexualidade nas últimas décadas possam se traduzir em uma sexualidade mais tranquila na velhice, na medida em que os indivíduos que viveram a revolução sexual estão envelhecendo. O reconhecimento disso, por parte do terapeuta, permite que esse seja um tema abordado no tratamento. Uma senhora de 82 anos que apresenta sérias limitações físicas refere, em alguns momentos da terapia, desejo sexual. Lembra com saudade da época em que tinha vida sexual ativa e lamenta que, na atualidade, ela e o marido não mais tenham relações sexuais. O casal havia-se afastado ao longo do tempo, devido a uma sequência de perdas, com prejuízo da intimidade. “Se ele não fosse tão rabugento, quem sabe.”

A perda da aparência jovial e vigorosa é outro desafio a enfrentar com o envelhecimento. É necessário desenvolver a capacidade de fazer o luto pelo *self* jovem amado, o *self* do passado, para lidar com o declínio funcional e orgânico imposto pelo envelhecer. Uma parte do *self* se foi e não voltará. A elaboração dessa perda passa pela separação psíquica da autoimagem que era libidinalmente investida e que era fonte

de gratificação. Trata-se de uma tarefa que nem todos conseguem realizar. É preciso resignar-se com as mudanças trazidas pelo tempo, e esse é um processo demorado. Quando a tristeza enfim se dissipar, a resignação cederá lugar a uma reconciliação com o *self*. Novas gratificações restaurarão o senso de autoestima e levarão à formação de uma nova autoimagem, a de um idoso ainda funcional.<sup>11</sup>

## A proximidade da morte

A proximidade da própria morte marca presença na mente dos idosos de forma mais frequente que em outros momentos da vida.<sup>2</sup> Elliot Jaques<sup>14</sup> assinala que a morte surge na meia-idade de forma consciente, não mais sendo experimentada como a perda de outra pessoa, mas da própria mortalidade real e concreta. Freud<sup>25</sup> ensina que:

[...] a escola psicanalítica pode aventurar-se a afirmar que, no fundo, ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que, no inconsciente, cada um de nós está convencido da própria imortalidade.

Entretanto, ao longo do desenvolvimento, deparamo-nos com vivências que antecipam a situação de destruição do ego, do medo da morte – como o temor da perda, não da mãe (ou de pessoas importantes para a criança), mas da perda do amor do objeto, as angústias de castração ou a angústia ante o superego. É fundamental que tais vivências sejam negadas de modo adequado ou mascaradas, a fim de permitir o desenvolvimento do indivíduo. Em outras palavras, desde a infância, a presença da morte desperta fantasias inconscientes que

exigem defesas para lidar com elas.<sup>26</sup> Essa relação infantil inconsciente com a morte influenciará posteriormente, na meia-idade, a forma como o indivíduo irá lidar com a realidade da própria morte. Uma relação tranquila com a própria mortalidade depende da natureza da elaboração da posição depressiva infantil, no sentido da noção de integridade dos aspectos bons de si próprio, assim como de seus objetos.<sup>14</sup> A ausência dos objetos queridos no mundo externo é diferente da perda destes no mundo interno, e esse é um diferencial entre o normal e o patológico. Poder discriminar entre *self* e objeto perdido no mundo exterior, porém reparado e em segurança no mundo interno, fortalece a noção do eixo passado-presente-futuro.<sup>20</sup>

Comum nessa etapa da vida, a perda de pessoas significativas pode ensejar desde esforços reparatórios até o luto patológico. No extremo, pode chegar à descateixização de seu próprio cônjuge e filhos, em um luto antecipatório.<sup>27</sup> A busca por psicoterapia após doença grave ou morte de familiares ou amigos significativos é um fenômeno comum. Esse luto pela pessoa querida perdida transporta em seu âmago o luto pela própria morte que se avizinha. De forma paradoxal, a busca por psicoterapia pode ocultar a evitação desse luto: há uma ilusão camuflada de que, no *setting*, estarão seguros de que a morte não os alcançará. Esse papel de guardiões da passagem do tempo pode nos ser atribuído via identificação projetiva, e, como consequência, participamos da ilusão do paciente de que “dentro” da terapia, o tempo, congelado, não os alcança. Nosso anseio inconsciente por proteção, de que também pudéssemos congelar o nosso tempo e o de nossos familiares, transforma-nos em presas fáceis desse tipo de idealização por parte do paciente idoso.<sup>28</sup>

Alguns pacientes mostram a necessidade de falar a respeito da própria morte, dos preparativos que julgam necessários para sua partida de maneira tranquila. Nessas situações, tanto os familiares quanto os terapeutas poderão enfrentar dificuldades em si mesmos para abordar o tema. Talvez infiram que possa ser nefasto para o indivíduo falar sobre essa realidade que se aproxima, negando-lhe a possibilidade de expressar livremente suas preocupações e sentimentos.

A necessidade do paciente idoso de falar a respeito da própria morte, quando no sentido de elaborá-la, não deve ser entendida como um tema de desesperança ou que denote depressão e sofrimento.

Poder lidar com a morte de forma realista, tendo plena consciência de que ela existe, não quer dizer que o indivíduo esteja constantemente desesperançado, inundado de destruição, mas pode representar uma forma de lidar com a vida, assumindo também a morte como uma de suas manifestações.<sup>26</sup>

## ALGUNS ASPECTOS RELEVANTES NO PSIQUISMO DO IDOSO

Quando diz “Si vis vitam, para mortem” (Se queres suportar a vida, prepara-te para a morte), Freud<sup>25</sup> atualiza o que Cícero<sup>29</sup> propunha séculos antes, em seu tratado *De senectute (Da velhice)*: “Torna-te velho cedo, se quiseres ser velho por muito tempo”. A propósito, Cícero tinha 62 anos quando escreveu seu célebre trabalho, o que, em 44 a.C., era uma idade muito avançada.

Se considerarmos o desenvolvimento psicológico como um processo contínuo, segundo o qual o indivíduo tem que se adaptar constantemente às demandas internas e externas, teremos maior possibilidade de compreender o funcionamento psíquico na velhice.

Um aspecto importante nesse processo é a estruturação atemporal do inconsciente, que, assim como a fantasia da imortalidade, contrasta com a concretude da passagem do tempo imposta pela realidade externa. Ainda que os físicos sustentem que o tempo não flui, o envelhecimento é vivido apenas sob o signo do tempo.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 3

Uma mulher de 90 anos angustia-se por acreditar que não está sendo ouvida pelos filhos quanto ao seu desejo de não ser enterrada no mesmo túmulo da sogra, com quem tivera sérias desavenças ao longo da vida. Os filhos, entretanto, insistem em que pare de pensar nisso, entendendo a solicitação da mãe como sintoma depressivo. Asseguram-lhe que ela não está doente e que não morrerá tão cedo. Na verdade, a paciente não apresenta um quadro depressivo, como imaginam os familiares. O que ocorre, isto sim, é a percepção interna da necessidade de preparar-se para a morte, mais especificamente de sentir que tem alguma forma de controle sobre a situação.

O *quanto* e o *quando* se revestem de maior significado, e o curso do tempo impõe a necessidade de uma nova atitude, seja ela a negação, o controle maníaco, seja a depressão, o desespero ou a aceitação. Na tentativa de lidar com esse fenômeno implacável e irreversível, dividimos o tempo em passado, presente e futuro. A própria estrutura gramatical reflete essa divisão, com seus tempos verbais.

A idade adulta é construída sobre essa base ideal da fantasia inconsciente que nega a mortalidade, a passagem do tempo, bem como a existência do ódio e de impulsos destrutivos em cada pessoa. Com a chegada da velhice, é fundamental que o indivíduo possa lidar com essas fantasias, no sentido de superá-las, adquirindo, assim, a possibilidade de uma vida madura, menos baseada na idealização e que considere a realidade de forma menos persecutória. Trata-se de uma nova elaboração da posição depressiva.<sup>14</sup>

Nem sempre isso é realizado de forma tranquila. A necessidade de elaboração do envelhecer tem proporcionado fértil expressão artística, com abundância de mecanismos de defesa. A literatura está repleta de reflexões, as mais variadas, sobre a velhice, desde Cícero e seu tratado sobre o tema a Oscar Wilde, com *O retrato de Dorian Gray*,<sup>30</sup> e Machado de Assis e seu *Dom Casmurro*.<sup>31</sup> O soneto *Velhas árvores*, de Bilac,<sup>32</sup> é um exemplo das defesas maníacas ante o envelhecimento:

Olha estas velhas árvores, mais belas/  
Do que as árvores moças, mais amigas,/  
Tanto mais belas quanto mais antigas,/  
Vencedoras da idade e das procelas.../  
O homem, a fera e o  
inseto, à sombra delas/  
Vivem, livres da fome e de fadigas;/  
E em seus galhos abrigam-se as cantigas/  
E os amores das aves tagarelas.../  
Não choremos, amigo, a mocidade!/  
Envelheçamos rindo. Envelheçamos/

Como as árvores fortes envelhecem,/  
Na glória da alegria e da bondade,/  
Agasalhando os pássaros nos ramos,/  
Dando sombra e consolo  
aos que padecem!

Os versos mostram a negação do luto pela mocidade que passou e uma idealização da velhice, em oposição à juventude, que é percebida ora com desprezo, ora com triunfo. Outros modos de evitação do processo de luto nessa fase da vida têm-se apresentado como formas de idealização de uma maneira de viver a velhice em nossa sociedade que evita o contato emocional com as marcas do processo de envelhecimento. Muitas vezes, há uma ânsia compulsiva em permanecer jovem, uma preocupação exagerada com a saúde e a aparência, o surgimento de atitudes que evidenciam promiscuidade sexual no sentido de sentir-se jovem e provar a manutenção da potência. São posturas que buscam negar a passagem do tempo e, muitas vezes, evidenciam um empobrecimento da vida emocional. Tais situações denotam que a concepção de vida para aquele indivíduo, em um contexto no qual a perspectiva da morte pessoal se faz mais presente, está sendo vivenciada de forma persecutória, e a dor decorrente, evitada por meio do uso de defesas maníacas. Ocorre, assim, um afastamento temporário da depressão, mas não se evita o acúmulo de ansiedade persecutória, que, em algum momento, precisará ser enfrentada, quando, então, não será possível adiar o reconhecimento da inevitabilidade do envelhecimento e da morte.<sup>14</sup>

Em contraste com o soneto de Bilac, a *Canção na plenitude*, de Lya Luft,<sup>33</sup> lança um olhar sereno e integrado sobre a velhice, que pode ser rica e criativa, sem ser maníaca:

Não tenho mais os olhos de menina/  
nem corpo adolescente, e a pele/

translúcida há muito se manchou./  
 Há rugas onde havia sedas,  
 sou uma estrutura/  
 agrandada pelos anos e o  
 peso dos fardos/  
 bons ou ruins./  
 (Carreguei muitos com gosto  
 e alguns com rebeldia)./  
 O que te posso dar é mais que tudo/  
 o que perdi: dou-te os meus ganhos./  
 A maturidade que consegue rir/  
 quando em outros tempos choraria, /  
 busca te agradar/  
 quando antigamente queria/  
 apenas ser amada./  
 Posso dar-te muito mais do que beleza/  
 e juventude agora: esses dourados anos/  
 me ensinaram a amar melhor,  
 com mais paciência/  
 e não menos ardor, a entender-te/  
 se precisas, a aguardar-te quando vais, /  
 a dar-te regaço de amante e colo de amiga, /  
 e sobretudo força – que vem  
 do aprendizado./  
 Isso posso te dar: um mar antigo  
 e confiável/  
 cujas marés – mesmo se fogem – retornam,  
 cujas correntes ocultas não levam destroços/  
 mas o sonho interminável das sereias.

Nesse caso, há, no psiquismo, uma fusão pulsional, na qual o ódio é mitigado pelo amor. As vivências de morte e destruição podem ser suavizadas pela reparação, permitindo a convivência com a morte como parte da vida, sem um sentimento esmagador de perseguição. A juventude que passou pode continuar valorizada, como nutriente da velhice que agora é vivida. Como afirma Elliot Jaques,<sup>14</sup>

A posição depressiva infantil pode ser mais extensamente elaborada inconscientemente, amparada pela força maior do teste de realidade disponível ao indivíduo quase maduro. Nesta re-elaboração da posição depressiva, podemos, inconscientemente, readquirir a sensação primitiva de integridade das nossas próprias coisas boas

e dos bons atributos de nossos objetos, bons atributos que são suficientes, mas não idealizados, e que não estão sujeitos a uma perfeição vazia.

## O TRABALHO PSICOTERÁPICO COM O IDOSO

As indicações para psicoterapia de orientação analítica não se modificam quando se trata de um paciente idoso. Observam-se a motivação, a disponibilidade para comparecer às sessões, pelo menos em médio prazo, a capacidade para experimentar e também observar em si próprio estados de afeto intensos, a possibilidade de tolerar algum grau de depressão decorrente do tratamento e a capacidade para estabelecer um relacionamento estável.<sup>34</sup> Como é necessária a capacidade de *insight*, avalia-se a presença ou não de déficit cognitivo, não estando indicada essa modalidade terapêutica para pacientes com quadros demenciais. Também não está indicado esse tipo de tratamento para aqueles em situação de risco ou emergência. O tipo de patologia segue os mesmos padrões das outras faixas etárias quanto à indicação de psicoterapia de orientação analítica, tais como déficits adaptativos devidos à reativação de conflitos, transtornos reativos não psicóticos, crises vitais e acidentais em pacientes com dificuldades decorrentes de padrões caracterológicos não muito incapacitantes.<sup>34</sup>

### O tempo disponível para realizar e aproveitar a psicoterapia

Um aspecto, entretanto, deve ser levado em consideração de forma mais cautelosa no caso de pacientes idosos: a questão do

tempo de que o indivíduo dispõe para vivenciar o que é percebido no tratamento.

Por um lado, como refere Coltart,<sup>10</sup> o paciente pode ter uma sensação de “agora ou nunca” que promove uma intensa dedicação ao trabalho terapêutico, uma diminuição da vergonha (“não tenho tempo para isso”) e uma habilidade para reconhecer oportunidades ocultas.

Por outro lado, existe o risco contratransferencial de o terapeuta sentir-se compelido a produzir resultados rápidos, premido pelo sentimento de carência de tempo que a dupla paciente-terapeuta compartilha.<sup>28</sup>

Esse sentimento de que “essa é a última chance” também é relatado por King<sup>9</sup> na análise bem-sucedida de uma mulher de 63 anos de idade. As pressões exercidas pelas mudanças dessa etapa do ciclo da vida, além de ser o que leva o paciente ao tratamento, também introduzem uma nova dinâmica e um senso de urgência à terapia, facilitando uma aliança terapêutica mais produtiva do que aquela que se estabelece com pacientes mais jovens.<sup>9</sup> Todavia, como lembram Eizirik e colaboradores,<sup>7</sup> pode ser doloroso para o paciente idoso perceber as limitações que teve em sua vida em função de suas dificuldades. Sugerem os autores que:

[...] a integração das experiências passadas deve ser feita respeitando a maneira como foram vividas e não dentro de uma perspectiva de como deveriam ter sido vividas. Um dos objetivos é ajudar o paciente a “reconciliar-se consigo mesmo”, isto é, aceitar a vida vivida e as realizações conseguidas, sucessos, fracassos, como as que foram possíveis, sem aumentar sua culpa pelo que não pôde realizar ou pelos ideais de ego que não conseguiu atingir.

Observadas as indicações, é possível que o paciente obtenha sucesso com um tratamento de objetivos ambiciosos, como é o caso da psicoterapia de orientação analítica. Mesmo que os fatores desencadeantes de crise nesse período da vida sejam situações concretas de perda ou, em última instância, a proximidade da própria morte, ainda será a reativação de fantasias e conflitos infantis, desencadeada por esses estressores, o terreno fértil onde se desenvolve o tratamento.

Isso não significa desconhecimento da realidade concreta do paciente, mas a busca da compreensão do quanto sua realidade interna está interferindo de forma negativa na adaptação a novas situações de vida, objetivando o estabelecimento de novo equilíbrio.

## A transferência do paciente idoso

Se tivermos em conta que, nessa modalidade de tratamento, lidamos com aspectos inconscientes, é fácil entender que a eventual diferença de idades entre terapeuta e paciente idoso não se constitui problema, pois o que, de fato, importa é a idade no mundo interno.

Como assinala Pearl King,<sup>9</sup> durante o processo de tratamento, lidaremos com as escalas cronológica, psicológica e biológica, que estarão funcionando de forma concomitante, embora com o predomínio de alguma, e, ao mesmo tempo, com a atemporalidade dos processos inconscientes.

Dessa forma, saímos da concretude da velhice do paciente para compreender

suas manifestações transferenciais. O paciente pode ver o terapeuta, na transferência, como uma figura significativa do passado, de maneira que se comporta em relação a este considerando a experiência vivida anteriormente.<sup>9</sup>

Os traumas relativos à puberdade e à adolescência são os que aparecem com mais frequência na transferência do idoso. O terapeuta, independentemente de sua idade real, é sentido como aqueles adultos que foram significativos nessas fases do ciclo de vida do paciente. Isso se deve às semelhanças, embora no sentido inverso, das tarefas de desenvolvimento da adolescência e da meia-idade e velhice:<sup>9</sup>

1. ajustar-se às mudanças sexuais e biológicas
2. dar-se conta de que esses ajustes causam ansiedade por ameaçar fontes básicas de segurança
3. a possível queda de rendimentos decorrente da aposentadoria conduz a um conflito de dependência-independência, também sentido na adolescência
4. uma eventual mudança de casa, com a necessidade de fazer novas amizades
5. as diversas mudanças sociais, biológicas e psicológicas implicam queda de antigas defesas e uma crise de identidade, acompanhada de uma ferida narcisista e danos à autoestima

A mesma autora refere que, das particularidades que a realidade externa traz à terapia do idoso, uma que a dupla terapeuta-paciente precisa enfrentar é a limitação no tempo de tratamento. Isso pode influir nas respostas emocionais do terapeuta e significar tanto uma restrição quanto um incentivo. Alguns pacientes podem negar a fase em que se encontram no ciclo de vida e dificultar o processo de alta. Podem, por exemplo, fazer uma reversão da perspecti-

va, ligada à fantasia de que, se não melhorarem, estarão alheios ao tempo e, portanto, alheios ao envelhecimento e à morte.

Os afetos, por vezes erotizados ou psicóticos, ou mesmo positivos, que acompanham a transferência podem ser muito intensos em pacientes idosos.<sup>9</sup> Também é possível ocorrer uma quantidade de catexia residual em relação ao terapeuta, que absorve mais espaço e emoção do que ocorre com pacientes mais jovens. Esse fenômeno pode estar relacionado à possibilidade maior destes últimos de encontrar novos objetos.<sup>10</sup>

## **A contratransferência na psicoterapia do idoso**

As características da transferência do paciente idoso, associadas às peculiaridades da etapa do ciclo vital em que se encontra, poderão promover reações contratransferenciais, que, se não examinadas, produzirão dificuldades no tratamento desses pacientes.

Coltart<sup>10</sup> sugere que, como muitas vezes o terapeuta será mais jovem do que seu paciente idoso, não terá vivenciado uma série de situações relativas ao processo de envelhecimento, experiência que se torna mais marcada e mais complexa quanto mais longe se avança. Assim, assinala a importância da empatia nesse tipo de relação, entendendo-a como uma combinação de identificação, imaginação e intuição.

O trabalho com idosos pode despertar temores no terapeuta, não só quanto ao próprio envelhecimento e à morte, mas também quanto ao envelhecimento e à morte dos próprios pais. Esses sentimentos, se não adequadamente elaborados, provocam um desejo de distanciamento na relação terapêutica, para evitar a dor que evocam. Da mesma forma, podem ser rea-

tivados sentimentos inaceitáveis da relação com os próprios pais. Pode ser difícil para o terapeuta, por exemplo, a abordagem da sexualidade do paciente idoso, na medida em que reativa a conflitiva edípica. Também a percepção das aspirações frustradas na vida do paciente pode gerar ansiedade quanto às aspirações do próprio terapeuta, agregando dificuldades ao trabalho. A proximidade da morte do paciente pode gerar um obstáculo no investimento afetivo nele, pelo temor da perda.<sup>7</sup>

Assim, é imprescindível para o terapeuta a resolução dos conflitos infantis com seus próprios pais e uma elaboração satisfatória do estágio do ciclo de vida em que se encontra.<sup>9</sup> A impossibilidade de transitar livremente em situações no tratamento com pacientes idosos, devido a pontos cegos do próprio terapeuta, leva-o a defender-se do contato com o paciente, por meio de condutas que infantilizam o idoso, menosprezam suas capacidades e dificultam a elaboração de conflitos que, se tratados, poderiam melhorar sua qualidade de vida.

Isso se faz particularmente importante com o idoso, pois, devido à percepção culturalmente aceita de que ele é incapaz, maior atenção é necessária por parte de quem o trata, no sentido de verificar o quanto há de real incapacidade ou se a inaptidão provém de dificuldades do terapeuta.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de um indivíduo idoso buscar tratamento em nosso consultório vem, naturalmente, crescendo, na medida em que aumenta a expectativa de vida da população. Não é novidade o tratamento para pacientes nessa faixa etária. O que se pode caracterizar como inovação é a pos-

sibilidade de os terapeutas considerarem a abordagem psicoterápica de orientação analítica, além das demais modalidades de tratamento que já vêm sendo utilizadas.

A despeito das dificuldades específicas do paciente idoso, cada um deles traz também alguma coisa a transmitir ao seu terapeuta a partir do que acumulou em sua trajetória de vida, possivelmente mais do que pacientes mais jovens: uma estratégia pessoal para encarar os dissabores, uma habilidade de rir de si mesmo, de valorizar as pequenas coisas do cotidiano, estratégias e artifícios, pequenos truques de vida aperfeiçoados ao longo das décadas. Fragmentos de vivências que nos ajudam a elaborar o próprio envelhecimento e a própria morte. Chamamos a essa coleção de ferramentas amalhadas ao longo da vida de sabedoria.<sup>28</sup>

A literatura psicanalítica é rica em descrições das dificuldades do envelhecer e dos efeitos positivos das psicoterapias psicanalíticas, que, quando bem-sucedidas, possibilitam que o idoso aceite seu “novo *self* velho” e desenvolva novos interesses narcisisticamente gratificantes, o que acaba por restaurar a autoestima ferida.<sup>11,12</sup> Entretanto, quando busca ajuda, o paciente não tem ideia do que lhe será oferecido, nem compete a ele a indicação da modalidade de tratamento. Esta é função do terapeuta.

Eis por que julgamos oportuno salientar a importância de que o terapeuta que se dispõe a tratar o paciente idoso considere a psicoterapia de orientação analítica como método de tratamento viável, não o alijando do imenso potencial da abordagem psicodinâmica, com base em preconceitos pessoais e valores culturais negativos. Ao contrário, temos o compromisso de contribuir para que esta seja uma sociedade para todas as idades.

**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. A psicoterapia do idoso pode ser uma experiência apaixonante para o terapeuta, por proporcionar ao paciente a oportunidade de situar o fim de sua vida dentro do contexto de sua trajetória completa.
2. Na atualidade, não há um critério etário padrão para o conceito de velhice, mas as Nações Unidas estão de acordo com um ponto de corte de 60 anos ou mais para a população idosa. Essa conceituação imprecisa reveste-se de maior incerteza no caso do Brasil, país com realidades socioeconômicas tão heterogêneas que permite a relativização de critérios para a velhice, dependendo da população que se contemple.
3. Menos de 5% das pessoas com mais de 65 anos necessitam de cuidados por terem perdido a capacidade de gerirem as próprias vidas.
4. A avaliação e as indicações para psicoterapia psicodinâmica do idoso ocorrem da mesma forma que em outras etapas da vida. De maneira análoga ao que preconiza o aforismo médico de que devemos nos preocupar mais com o doente do que com a doença, mais importante que a própria velhice é a pessoa. Avalia-se, antes de tudo, o indivíduo e suas possibilidades, mediante o levantamento de sua trajetória de vida, para compreender, do ponto de vista psicodinâmico, o momento em que o sujeito se encontra.
5. As perdas são os principais estressores nesse período da vida, e a possibilidade de reparação dessas perdas, uma das principais tarefas evolutivas nesse momento. Isso pode ser dificultado pelo efeito cumulativo das perdas, ou por estarem centradas no próprio indivíduo. Também é relevante a quantidade de investimento narcisístico no que está sendo perdido. Quanto maior o investimento no objeto ou na função perdida, mais difícil lidar com sua perda.
6. A morte surge nessa fase de forma consciente, não mais sendo experimentada como a perda de outra pessoa, mas da sua mortalidade real e concreta. Uma relação tranquila com a própria mortalidade depende da natureza da elaboração da posição depressiva infantil, no sentido da noção de integridade dos aspectos bons de si próprio e de seus objetos.
7. A diferença de idades entre terapeuta e paciente idoso não é obstáculo, pois o que realmente importa é a idade no mundo interno. Traumas relativos à puberdade e à adolescência são os que mais aparecem na transferência do idoso. O terapeuta, independentemente de sua idade real, é sentido como aqueles adultos que foram significativos nessas fases do ciclo vital.
8. O trabalho com idosos pode despertar temores no terapeuta, não só quanto ao próprio envelhecimento e à morte, como também quanto à dos próprios pais. Esses sentimentos, se não elaborados, podem provocar distanciamento na relação terapêutica para evitar a dor que evocam. Também podem ser reativados sentimentos inaceitáveis da relação com os próprios pais: por exemplo, a abordagem da sexualidade do paciente idoso, na medida em que reativa a conflitiva edípica. Ademais, a percepção das aspirações frustradas na vida do paciente pode gerar ansiedade quanto às aspirações do próprio terapeuta.
9. É importante que o terapeuta considere a psicoterapia de orientação analítica como método viável, não alijando o idoso do imenso potencial da abordagem psicodinâmica, com base em preconceitos pessoais e valores culturais negativos.

**REFERÊNCIAS**

1. Leavy SA. Book review: growing old: a journey of self-discovery. By Danielle Quinodoz. Translated by David Alcorn. New York: Routledge, 2009, xiv + 218 pp. J Am Psychoanal Assoc. 2010;58(4):797-804.
2. Quinodoz D. Growing old: a psychoanalyst's point of view. Int J Psychoanal. 2009;90(4):773-93.
3. Goldman D. Vital sparks and the form of things unknown. Psychoanalytic Inquiry. 2013;33(1):3-20.
4. World Health Organization [Internet]. Ageing and life course: interesting facts about ageing.

- Geneva: WHO; c2013 [capturado em 23 jul 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html>.
5. Vasconcellos MCG. A velhice na sociedade moderna: imagens e práticas ideológicas [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS; 1996.
  6. Freud S. Sobre a psicoterapia (1905 [1904]). In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 7. p. 274.
  7. Eizirik CL, Kapczynsky F, Knijnik J, Vasconcellos MCG. Psicoterapia na velhice. In: Cordioli AV, organizador. Psicoterapias: abordagens atuais. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 485-93.
  8. Pechansky I. Psicoterapia do velho: considerações gerais. *Rev Psiquiatr RS*. 1980;1(2):17-19.
  9. King P. The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of the middle-aged and elderly. *Int J Psychoanal*. 1980;61(Pt 2):153-60.
  10. Coltart NEC. The analysis of an elderly patient. *Int J Psychoanal*. 1991;72(2):209-19.
  11. Lax RF. Becoming really old: the indignities. *Psychoanal Q*. 2008;77(3):835-57.
  12. Chessick RD. The interaction of existential concerns and psychoanalytic insights in the treatment of contemporary patients. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2009;37(3):501-18.
  13. Abraham K. La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los pacientes de edad avanzada. In: Abraham K. *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Hormé; 1959. p. 238-42.
  14. Jaques E. Morte e crise da meia-idade. In: Spillius EB, editor. *Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica*. Rio de Janeiro: Imago; 1990. p. 248-70.
  15. Sandler AM. Problems of development and adaptation in an elderly patient. *Psychoanal Study Child*. 1984;39:471-89.
  16. Cremin MC. Feeling old versus being old: views of troubled aging. *Soc Sci Med*. 1992;34(12):1305-15.
  17. Ba G. Group therapy with elderly patients. *Psychother Psychosom*. 1991;56(3):157-61.
  18. Eizirik CL, Candiago RH, Knijnik DZ. A velhice. In: Eizirik CL, Kapczynski FP, Bassols AMS, organizadores. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 169-89.
  19. Gay P. Freud: uma vida para nosso tempo. São Paulo: Companhia das Letras; 1989. p. 386.
  20. Bornholdt I. Construções da temporalidade no desenvolvimento normal. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*. 2004;6:221-38.
  21. Goldim JR [Internet]. Abuso em velhos. Porto Alegre: Bioética UFRGS; 2000. [capturado em 23 jul 2013]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/gerabu.htm>.
  22. Bobbio N. O tempo da memória: de senectute e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
  23. Featherstone M. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. In: Debert GG, organizador. *Antropologia e velhice*. Campinas: UNICAMP; 1994. (Textos didáticos, v. 13). p. 49-71.
  24. Eizirik CL, Vasconcellos MCG, Wilhelm FM, Knijnik J, Souza N, Padilha RTL, et al. Psicoterapia de grupo e sexualidade na velhice. *Rev Bras Psicoter*. 2001;3(2):167-75.
  25. Freud S. Reflexões para os tempos de guerra e morte (1915). In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 14. p. 327.
  26. Eizirik CL, Polanczyk GV, Eizirik M. A morte: última etapa do ciclo vital. In: Eizirik CL, Bassols AMS, organizadores. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
  27. Cath SH, Miller N. Scientific proceedings: panel reports: the psychoanalysis of the older patient. *J Am Psychoanal Assoc*. 1986;34(1):163-77.
  28. Chachamovich JJ, Rosa AC. Contratransferência no atendimento ao paciente idoso. In: Zaslavsky J, Santos MJP, organizadores. *Contratransferência: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 193-208.
  29. Cícero MT. *Catão-o-velho ou da Velhice*. Lisboa: Cotovia; 1998.
  30. Wilde O. *O retrato de Dorian Gray*. Rio de Janeiro: Ediouro; [1998].

31. Assis M. Dom Casmurro: texto integral. 29. ed. São Paulo: Ática; 1995.
32. Bilac O. Obra reunida. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1996. p. 336.
33. Luft L. Secreta mirada. 6. ed. São Paulo: Mandarim; 2001. p. 151.
34. Machado SCEP, Vasconcellos MCG. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: Cordioli AV, organizador. Psicoterapias: abordagens atuais. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 137-43.



45

## ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE HOSPITALIZADO

Igor Alcantara  
Eugenio Horacio Grevet

O momento de uma hospitalização psiquiátrica reflete a falência, ainda que temporária, do aparelho psíquico em dar conta de todas as suas necessidades e demandas. Pelo período em que estiver hospitalizado, o paciente irá utilizar, mais do que nunca, a mente do terapeuta como seu ego auxiliar, seu continente e sua fonte de contato com a realidade externa. Além disso, ainda contará com a equipe de enfermagem, com os demais pacientes, com o serviço social e de terapia ocupacional e mesmo com a própria estrutura física hospitalar para ajudá-lo a conter e transformar sua condição de funcionamento mental primitivo e potencialmente destrutivo.

Neste capítulo, será abordada a dinâmica do paciente hospitalizado, utilizando como protótipo o paciente psicótico. Em termos psicodinâmicos, reconhecemos como psicóticos aqueles indivíduos nos quais a relação com a realidade está severamente prejudicada. Freud<sup>1</sup> considerava que, nas neuroses, o conflito se dava entre o ego e o id e, nas psicoses, entre o ego e a realidade. Trata-se, portanto, da abordagem não apenas daqueles pacientes considerados psicóticos pela psiquiatria clássica, mas de todos aqueles com teste de realidade severamente prejudicado.

Nossos pontos de interesse e pesquisa são:

1. As teorias de Freud, com ênfase na teoria da libido e das pulsões de vida e de morte, e os desenvolvimentos de André Green sobre o tema. O narcisismo e a dificuldade em estabelecer um trabalho cooperativo com pacientes graves.
2. O estudo das relações de objeto do paciente psicótico, em especial o intenso uso da identificação projetiva, característico desses pacientes; o trabalho de Wilfred Bion e Herbert Rosenfeld com pacientes psicóticos; os efeitos da identificação projetiva sobre a mente do terapeuta.
3. As possibilidades de abordagem e tratamento de pacientes graves, reconhecendo inicialmente as limitações do paciente e a necessária tolerância do terapeuta para a constituição de uma dupla.
4. A unidade hospitalar e as vicissitudes de concentrar em um ambiente diversos pacientes acometidos por doença mental severa. Os efeitos da doença mental sobre a equipe de atendimento e seu manejo. Algumas características do funcionamento dos grupos.

## A DIFICULDADE EM ACESSAR O PACIENTE PSICÓTICO

O paciente psicótico sempre representou um desafio para a abordagem psicodinâmica. Ainda que seja exatamente nesses casos graves que se obtém uma visão profunda e bem ilustrada dos mecanismos envolvidos na psicopatologia, ao mesmo tempo, esses pacientes se mostram, via de regra, menos acessíveis ao tratamento dinamicamente orientado.

Freud<sup>1</sup> considerava que as neuroses narcísicas, o que hoje classificamos como as psicoses em geral, sem base orgânica definida,<sup>2</sup> não seriam influenciadas pelo método analítico, e o motivo para essa dificuldade está na incapacidade do psicótico em estabelecer neurose de transferência. Freud,<sup>1</sup> inclusive, opunha os dois tipos de neurose, de acordo com a capacidade de transferir libido ao objeto ou mantê-la represada no ego. Mais tarde, reservou a expressão “neurose narcísica” para os estados melancólicos, nos quais, do mesmo modo, a libido é retirada do mundo externo e retida no ego e nos objetos internos.

O pessimismo descrito por Freud<sup>3</sup> pode ser entendido à luz da teoria da libido e das pulsões e do fenômeno do narcisismo patológico. A libido, considerada por ele o substrato da pulsão sexual, distribui-se pelo órgãos, determinando as diferentes fases do desenvolvimento. Assim, há as fases oral, anal sádica e fálica, seguidas pelo período de latência e, depois, a união dessas tendências sob o primado da genitalidade, próprio da fase genital, e a puberdade. Essas diferentes fases ilustram a distribuição da libido no organismo, e a elas os pacientes graves regridem de forma intensa nos estados psicóticos.

Concomitantemente a essa libidinização do organismo, ocorre a inauguração

do mundo psíquico. As variações na intensidade dessa distribuição determinam os pontos de fixação e contribuem para a formação do caráter. Ainda de forma concomitante e complementar, essa libido se distribui em direção aos objetos. Freud<sup>3</sup> comparou o movimento da libido em direção ao objeto ao comportamento de protozoários em relação a partículas em seu entorno.

Eles emitem protusões, conhecidas como pseudópodos, para dentro dos quais eles fazem fluir as substâncias de seu corpo. São capazes, no entanto, de retrair essas protusões novamente e de se transformar de novo em um glóbulo.<sup>3</sup>

Assim, a libido se dirige ao objeto externo, estabelece-se uma ligação mais ou menos significativa entre ego e objeto, e esse objeto externo é agora incorporado sob a forma de um objeto interno. Ao mesmo tempo, existe a possibilidade de retração da libido no ego, característica básica da fase autoerótica do desenvolvimento. Na capacidade do ego de investir a libido nos objetos e estabelecer relacionamentos está a chave para a eficiência da técnica psicoterápica de orientação analítica. Quanto maior for a capacidade do paciente de ligar-se aos objetos e, como consequência, ao terapeuta, maior a influência do tratamento. Por esse motivo, a psicanálise obteve seus primeiros êxitos terapêuticos no atendimento das pacientes histéricas, em geral com um funcionamento *borderline*, com especial habilidade de realizar intensa transferência.

No caso de pacientes gravemente enfermos, utilizando como protótipo os psicóticos, mas incluindo-se no grupo também os melancólicos, os maníacos, os adictos e aqueles com transtornos alimentares, em termos libidinais, o que ocorre é a retenção da libido no ego e uma extre-

ma resistência em dirigir essa libido aos objetos. Ou, ainda, a ligação ao objeto de forma perversa, em que o reconhecimento do objeto não importa, ele está ali apenas para satisfazer a meta da pulsão e proporcionar descarga. A retenção excessiva de libido no ego é o que constitui o narcisismo patológico, daí a expressão neuroses narcísicas usada por Freud para denominar os pacientes psicóticos. A interação com esses pacientes costuma mobilizar uma contra-transferência de impotência: sentimos que o paciente está indiferente ao que oferecemos e que nossos esforços terapêuticos não irão atingi-lo.

O desenvolvimento da teoria das pulsões, de Freud,<sup>3</sup> explica o fenômeno do narcisismo normal e patológico. Neste capítulo, iremos nos deter na patologia severa. De acordo com as direções tomadas pela libido (energia), as pulsões foram, a princípio, agrupadas por Freud em pulsões de autoconservação e sexuais. Já existe aqui um ensaio do desenvolvimento seguinte: a dicotomia entre pulsões do ego e de objeto. Entretanto, em 1920, Freud<sup>4</sup> reformulou a teoria das pulsões, agrupando todas essas tendências em Eros, ou pulsões de vida. Essa pulsão de vida opõe-se a Tãatos, ou pulsão de morte.

A pulsão de vida contém todas as tendências à ligação, à busca do objeto e a estabelecer ainda o relacionamento entre as estruturas (id, ego e superego) e os objetos internos. A pulsão de vida é o que dinamiza e une as estruturas do mundo interno e enseja a busca desse mundo interno pelos objetos externos, que, por sua vez, serão introjetados e irão enriquecer o mundo interno, em um processo contínuo de busca e transformação.

O efeito da pulsão de morte se faz reconhecer por meio de uma oposição a esses movimentos de vida. Para Freud,<sup>4</sup> a

pulsão de morte representa uma tendência de todo o organismo de buscar um retorno ao inanimado, considerando que a matéria viva teve origem na matéria morta; a pulsão de morte opera na busca do inorgânico, do inanimado. Livrando o organismo de qualquer busca, ele fica liberado de qualquer tensão ou necessidade. Essa tendência ao desligamento, a desestruturação das relações com o mundo externo e interno e a busca do inorgânico podem ser verificadas em diversos estados mentais dos pacientes que encontramos hospitalizados.

Assim, pacientes com esquizofrenia desinvestem o mundo externo, vivendo em isolamento narcísico e sem condições de travar relacionamentos amorosos ou de prover os meios para sua subsistência. Desinvestem também o mundo interno, enfraquecendo o ego, que passa a apresentar um funcionamento carente de simbolização e incapaz de buscar realizações ao longo da vida. Os adictos atacam essa realidade externa com intoxicações, com as quais experimentam a ilusão de não terem nenhuma necessidade ou frustração. Os melancólicos desinvestem os objetos externos e os atacam mediante o ataque aos objetos internos, culminando nas tendências suicidas, uma forma de eliminar, ao mesmo tempo, o ego e os objetos introjetados. O suicídio representa a única forma de se livrarem das exigências da vida e das tensões inerentes ao estado orgânico. Nos transtornos alimentares, verificamos igual tendência a retirar a libido do mundo externo e mantê-la retida de forma concreta no próprio corpo, ficando, ainda, o ego enfraquecido, incapaz de ter autoconsciência desse próprio corpo, não permitindo a avaliação dos cuidados necessários a sua sobrevivência. Os pacientes maníacos, aparentemente interessados em todas as possibilidades que a vida pode oferecer, atacam

a própria capacidade de manter saudável a vinculação com os objetos externos, que ali estão apenas para satisfazê-lo, sem a necessidade de consideração e respeito, ou seja, destruindo os vínculos objetais. Pacientes *borderline*, apesar de sua intensa capacidade para vinculação aos objetos, desinvestem seu mundo interno, atacando os limites de suas estruturas, de forma que não há mais diferenciação entre id, ego e superego. O próprio aparato mental e suas funções estão desinvestidos. O resultado é o característico funcionamento caótico desses pacientes, nos quais uma demanda do id se sobrepeõe sob a forma da impulsividade, e, como sequência imediata, uma intensa culpa advém do superego, estando o ego sem condições de administrar o primitivismo dessas demandas.

André Green<sup>5</sup> enriqueceu as teorias de Freud sobre o dualismo pulsional (pulsão de vida e pulsão de morte) em seus trabalhos sobre a pulsão de morte e o narcisismo maligno. Reforçou que a principal função da pulsão de vida é garantir uma função objetalizante, ou seja, garantir ao ego a capacidade de estabelecer vínculos verdadeiros e estáveis com os objetos. Em oposição, a principal característica da pulsão de morte seria o estabelecimento da função desobjetalizante.

Nas situações de doença grave dos pacientes hospitalizados, deparamo-nos com casos em que a pulsão de morte e sua correspondente função desobjetalizante estão predominando no funcionamento do aparelho mental. A capacidade de ligar-se aos objetos externos está atacada, o paciente não se interessa em interagir com a equipe ou seguir as recomendações para seu restabelecimento. Além dos objetos externos, os objetos internos também perdem significância na mente do doente. Podemos constatar o vazio representacional, em que

o paciente parece ser constituído de nada, ou quase nada, além de seus delírios e alucinações, ou seu comportamento desorganizado e destrutivo. Quando, na sequência, entrevistarmos um paciente, só temos a relatar sua conduta; não houve a transmissão de sentimentos que pudessem indicar o que se passa no mundo interno daquela pessoa. O único sentimento presente é a desesperança e o vazio.

Além de desinvestir o mundo e os objetos externos, a pulsão de morte desinveste as próprias estruturas internas e a organização do aparelho mental.<sup>6</sup> A ligação e o relacionamento entre id, ego e superego estão atacados, e o resultado é um estado mental caótico, com a predominância do funcionamento do id, que é própria das psicoses em geral.

Além de atacar as estruturas internas, a pulsão de morte toma o investimento como objeto e o enfraquece. É o desinvestimento da própria capacidade de investir, tomada agora como objeto. O desinvestimento do investimento.

A ação da pulsão de morte instala, então, um funcionamento narcísico patológico e severo no aparelho mental; o investimento libidinal não foi apenas retido no ego em detrimento das relações objetais, mas também o ego e suas funções foram desinvestidos, resultando em uma alienação não apenas do mundo, mas também de si mesmo. O paciente não contempla mais sua realidade externa nem sua realidade interna; fica apartado de si mesmo e de sua identidade. Nesse estado mental, o psicótico é capaz de permanecer por horas ou dias isolado em seu quarto, sem buscar relacionamentos e sem demonstrar necessidades.

Ao terapeuta compete ajudar esse paciente a reconstituir seu aparelho mental

danificado, para que, então, possa utilizá-lo para restabelecer o contato (função objetivante) consigo mesmo e com o mundo. Para tanto, o terapeuta oferece-se como um objeto constante, interessado, que irá em busca do paciente dentro da unidade hospitalar, e não apenas esperar que o paciente o procure, como nos atendimentos ambulatoriais.

Ao considerar as possibilidades do tratamento analítico para pacientes com esquizofrenia, Freud<sup>1</sup> demonstrou pessimismo em mais de um trabalho, deixando clara a oposição entre neuroses narcísicas (psicoses) e neuroses de transferência, considerando aqueles como incapazes de estabelecer transferência. É necessário salientar que Freud se preocupava com a inserção da psicanálise como método terapêutico válido para diversos transtornos mentais, e era evidente que os psicóticos não seriam os principais beneficiados com a técnica. Isso não significa que uma compreensão psicodinâmica e o uso de uma técnica adaptada a cada paciente não sejam de extrema utilidade ao abordar pacientes graves hospitalizados, tanto para a compreensão destes como para identificar as repercussões da doença sobre a equipe de trabalho.

Ainda pensando no futuro da psicodinâmica com pacientes psicóticos, Freud<sup>3</sup> afirmou:

Os distúrbios narcísicos e as psicoses relacionadas a eles só podem ser decifrados por observadores formados no estudo analítico das neuroses de transferência. Nossos psiquiatras, porém, não são candidatos a formação analítica, e nós, psicanalistas, vemos muito poucos casos psiquiátricos. Primeiro, será necessário que se forme uma geração de psiquiatras que tenha passado pela escola da psicanálise como ciência preparatória.

## AS RELAÇÕES OBJETAIS NOS PACIENTES PSICÓTICOS E A INTENSIDADE DO USO DA IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA

Os motivos que costumam demandar uma hospitalização psiquiátrica incluem risco à própria integridade ou à de terceiros, evidenciando o universo mental de intenso sadismo no qual pacientes graves estão vivendo.

O conceito de identificação projetiva (IP),<sup>7</sup> fundamental para a teoria das relações objetais, é de extrema importância na compreensão dos motivos que levam o paciente a necessitar de hospitalização e, principalmente, na compreensão da dinâmica do paciente dentro da unidade de internação. Ao mesmo tempo, a intensidade do fenômeno IP será o veículo para a compreensão da mente do paciente, e aquilo que não for compreendido poderá dificultar sobremaneira a abordagem do doente e o aproveitamento do tratamento hospitalar.

Assim como a transferência foi descrita inicialmente por Freud como um obstáculo ao tratamento, para depois assumir papel central como ferramenta terapêutica, também a IP tanto poderá ser bem utilizada como comunicação de estados mentais como invadir a mente de toda a equipe, causando dificuldades que poderão, em última instância, até mesmo inviabilizar o tratamento.

Quando as primeiras pacientes histéricas foram atendidas por Freud e Breuer, a intensidade dos sentimentos eróticos representou, no início, um obstáculo à influência terapêutica. A observação de Freud de que os enamoramentos representavam a transferência de relações anteriores dessas

pacientes para a pessoa do terapeuta, além de uma forma de resistir ao tratamento, trouxe dois efeitos: em primeiro lugar, o terapeuta percebeu que lidava com um sentimento artificial, no sentido de não ser originalmente dirigido a sua pessoa. Ele estava com a mente livre, então, para seguir trabalhando. Em segundo lugar, a transferência trazia consigo comunicações a respeito do mundo psíquico das pacientes, objetivo primordial dos tratamentos dinamicamente orientados: conhecer o mundo interno, tornando conscientes aqueles conteúdos que habitam o sistema inconsciente.

Um fenômeno semelhante ocorre no caso das identificações projetivas. Ao serem compreendidas, funcionam como comunicação e informação; se não compreendidas, como obstáculo.

Aqui vale lembrar o conceito apresentado por Klein, nas palavras de Bion:<sup>8</sup>

Por meio desse mecanismo, o paciente escinde uma parte de sua personalidade e a projeta para dentro do objeto, onde se instala, por vezes como um perseguidor, deixando a psique, da qual foi escisada, correspondentemente empobrecida.

Ou seja, o aparelho mental do paciente psicótico fica bastante empobrecido, pois

suas funções são projetadas e depositadas no interior dos objetos. Estes são percebidos como objetos bizarros pelo paciente, assumindo características persecutórias.

Predominando a parte neurótica da personalidade,<sup>8</sup> a IP representa uma forma primitiva de comunicação, oriunda das relações do bebê com a mãe, quando a linguagem ainda não está desenvolvida, e que consiste em o bebê inocular no interior da mãe elementos que não pode tolerar dentro de si, para que essa mãe possa decodificar e devolver ao bebê algo mais tolerável. Na linguagem de Bion,<sup>8</sup> o bebê está sobrecarregado de elementos beta, evacua esses elementos no corpo da mãe, e esta os contém (função continente) e os transforma em elementos alfa (*rêverie* materna) para depois devolver ao bebê. A IP é o veículo de comunicação do bebê com a mãe. A mãe (se estiver saudável) devolve essa comunicação ao bebê, por meio de todas as capacidades e da sofisticação de um aparelho mental maduro: por meio da palavra, do tom de voz, do afago físico, do olhar e de formas já características de funcionamento da dupla mãe-bebê.

Nos pacientes hospitalizados, a equipe irá desempenhar o papel materno, contendo as intensas projeções decorrentes da fragmentação do ego dos pacientes e devolvendo



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

O paciente foi amparado pelo técnico de enfermagem, que colocou a mão em seu braço para ajudá-lo a sentar-se para almoçar. Imediatamente, o paciente agrediu o enfermeiro. Ao ser inquerido, o paciente declarou que, se o técnico lhe tocou o braço, era evidente que desejava uma aproximação sexual, pois ele não ajudava a todos a se sentarem para almoçar. O paciente mostra-se incapaz de reconhecer as fronteiras do *self*, sua excitação sexual não pode ser contida como fantasia, não é reprimida ou sublimada, é identificada no outro. O enfermeiro é reconhecido como um objeto bizarro, que faz uma proposta sexual explícita diante de todos os demais; o paciente se sente acusado de ser homossexual. Ao mesmo tempo, o ego enfraquecido não consegue conter o impulso ou gerar um pensamento; a percepção é automaticamente convertida em ação.

vendo, mediante disponibilidade afetiva, esclarecimentos e, quando possível, interpretações.

Predominando a parte psicótica da personalidade, a IP ocorre de maneira muito mais intensa; não apenas algumas partes da personalidade são projetadas, todo o ego está sofrendo um processo de fragmentação e projeção sobre os objetos, os quais sentem o peso dessa invasão e perdem a capacidade de pensar e decodificar o que está ocorrendo. Essa confusão entre ego e objeto prejudica, ainda, a capacidade de simbolização. O psicótico não entende o símbolo como algo que representa o objeto, mas como sendo o próprio objeto, caracterizando o pensamento concreto.<sup>9</sup> Ao mesmo tempo, o ego do paciente fica intensamente enfraquecido, considerando que foi fragmentado e projetado para fora, perdendo suas funções. Tem-se, então, um paciente com o ego enfraquecido pelas excisões e rodeado

por objetos que receberam a projeção dessas partes cindidas, sendo vivenciados pelo paciente como perseguidores.

A fragilidade do paciente com o ego fragmentado, sentindo-se cercado por objetos bizarros, percebidos como perseguidores, começa a desenhar o quadro que irá resultar na necessidade de hospitalização psiquiátrica.

Nos momentos em que predominar a parte neurótica da personalidade na equipe, de forma progressiva, a IP será compreendida, servirá como veículo para a compreensão do mundo interno do paciente, será metabolizada e devolvida ao indivíduo de forma mais compreensiva, respeitando suas capacidades e seu tempo. As partes cindidas serão reintrojetadas no ego, e o paciente se sentirá mais integrado, reavendo a posse de seu aparelho mental. A equipe estará aliviada e manterá sua capacidade de pensar.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2

Paciente com esquizofrenia, sentindo que o medicamento que sua mãe lhe alcançara continha algum veneno, recusou-se a ingeri-lo. Com a insistência da mãe, sentia-se progressivamente mais perseguido e acabou por agredi-la; trancava-se no quarto tentando escapar da perseguição ou deixava de alimentar-se pelos mesmos medos.

A partir do momento em que foi hospitalizado, todo esse complexo nível de relacionamento transferiu-se para a equipe de atendimento. Agora, a equipe e toda a estrutura hospitalar irão representar a mãe primitiva, o continente capaz (ou não) de conter e transformar as ansiedades arcaicas do paciente.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 3

Durante o atendimento, o terapeuta se viu impelido a concordar com o paciente sobre a possibilidade de um passeio no fim de semana. Ao sair da sala de atendimento, esse terapeuta foi acometido de um mal-estar físico, uma sensação de perigo e, em seguida, liberado do efeito das identificações projetivas maci-

(*Continua*)



### (Continuação)

ças que permearam o encontro. Percebeu que o paciente apresentava riscos importantes e ainda não estava em condições de sair. Sua capacidade de pensar com a mente livre somente foi retomada na ausência do paciente.

Muitas vezes, a retomada da capacidade de pensar é propiciada pelo diálogo com algum colega ou durante uma reunião de equipe. Nesse caso, estamos ainda diante de um evento relativamente benigno; a mente do terapeuta logo se liberou da intrusão psicótica, ainda havendo tempo de evitar maiores danos. Entretanto, a incapacidade de pensar pode permanecer operando sem que o terapeuta perceba o que está ocorrendo, posicionando-se contra a opinião da equipe e da família e sintonizando-se com a parte psicótica da personalidade do paciente. Nesse caso, a intensidade da identificação projetiva, característica dos estados psicóticos, atingiu sua meta de controlar o objeto.

Quando predominar a parte psicótica da personalidade nos membros da equipe, estes se sentirão sobrecarregados pelas projeções dos pacientes, repletas de agressão. O mesmo fenômeno que ocorre na mente do paciente ocorrerá na equipe, e esta irá se tornar dissociada. Não haverá ego suficiente para manter os pensamentos e sentimentos integrados, e eles se dividirão.

Segundo Bion,<sup>8</sup> as principais características do funcionamento psicótico, ou da parte psicótica da personalidade, derivadas do atendimento de pacientes com esquizofrenia, são:

- a) Predominância da agressividade e da destrutividade nas relações, fenômeno já descrito por Melanie Klein ao atender crianças psicóticas. A tendência ao amor é também impregnada pela agressividade, convertendo-se em sadismo, forma de exercer o amor e o ódio em relação ao mesmo objeto.
- b) Ódio à realidade, externa e interna, e utilização de todos os mecanismos para atacar essa realidade sentida como penosa. Existe uma fantasia onipotente de destruir a realidade. Ocorre o ataque aos elos dos conteúdos mentais. O pensamento e a

simbolização são atacados, resultando no pensamento concreto; as palavras não simbolizam mais as coisas, igualam-se às coisas que representam. Assim, o psicótico não pode falar que sentiu raiva do terapeuta, porque expressar sua raiva é sentido como uma agressão concreta ao terapeuta.

- c) Pavor de ser aniquilado: essa ideia é central no entendimento da posição esquizoparanoide e das experiências arcaicas, segundo Melanie Klein. O terror de aniquilamento corresponde à percepção da pulsão de morte no interior do psiquismo. Trata-se de um processo ativo do ego sobre si mesmo que resulta em fragmentação e no consequente empobrecimento da personalidade.
- d) As relações de objeto são caracterizadas pelo contraste entre prematuridade e intensidade, com a fragilidade dessas relações. O psicótico não consegue perceber o objeto com suas características próprias. Ele o percebe como deformado pelas partes cindidas e projetadas do próprio *self*. É impossível manter um objeto constante ou mesmo saber quem é o objeto. A extrema ambivalência para com o objeto remonta ao conflito entre pulsão de vida e pulsão de morte.

Sentindo-se cercado por objetos bizarros, carregados de hostilidade, espera-se que o paciente sinta ódio por essa realidade percebida, e novamente a realidade tende a ser atacada, assim como é atacado o ego, aparelho responsável pela percepção de tal realidade. Em um movimento contínuo, a tendência é o isolamento e o rechaço aos relacionamentos.

Herbert Rosenfeld, ao lado de Hanna Segall e Bion, foi um dos teóricos das relações objetais que mais contribuiu para o entendimento dos pacientes psicóticos. Esses três autores deram continuidade às proposições de Melanie Klein e, mediante a descrição do atendimento de pacientes psicóticos, consubstanciaram as teorias de Klein das posições depressiva e esquizoparanoide, da identificação projetiva e da capacidade de simbolização.<sup>10</sup>

Rosenfeld<sup>11</sup> sustentou que pacientes psicóticos eram capazes de estabelecer transferência, o que ele classificou como uma transferência psicótica, ou psicose de transferência. O ceticismo psicanalítico quanto a essa possibilidade evoluiu para a percepção desse tipo especial de transferência.<sup>12</sup> Uma qualidade do terapeuta, fundamental para o atendimento psicodinâmico desses pacientes, é poder tolerar tal transferência, caracterizada pelo sadismo e pelo intenso uso de identificação projetiva.<sup>11</sup> Além de propor o estabelecimento dessa forma de transferência, Rosenfeld trabalhava interpretando a transferência positiva e negativa com seus pacientes, por meio da técnica analítica clássica, e verificando as diferentes respostas dos indivíduos.

A transferência psicótica não representa apenas uma reedição de conflitos do passado no sentido freudiano de transferência, mas a emergência de uma contaminação da relação e da pessoa do terapeuta, por meio de um processo onipotente de pensamento, próprio da psicose. Esse pen-

samento delirante visa a impedir o contato com a realidade; o paciente se relaciona apenas com uma criação de seu próprio aparelho mental. A criação constante de uma nova realidade interna, projetada no exterior e nos objetos, aproxima o funcionamento psicótico das características atribuídas a Deus, que teria criado o mundo do nada e de acordo com sua própria imaginação.<sup>13</sup>

O terapeuta experimenta a sensação de desamparo pela indiferença e mesmo a ameaça de perda da própria identidade, devido à intensidade das projeções do paciente. Este percebe o terapeuta como um objeto bizarro e perseguidor e, como defesa, projeta mais partes fragmentadas sobre o terapeuta, no intuito de exercer controle sobre ele. A intensidade do fenômeno resulta no sentimento de indiferenciação, e o terapeuta é levado a atuar.

Rosenfeld<sup>11</sup> ressalta a intensa confusão entre *self* e objetos que caracteriza esses pacientes e direciona seu trabalho clínico a uma diferenciação entre mundo externo e mundo interno, de forma semelhante ao atendimento de pacientes neuróticos. A progressiva capacidade de reestabelecer as fronteiras do *self*, separando o “eu” do “não eu”, restitui força ao ego e torna a realidade externa menos persecutória.

Por sua vez, os teóricos da psicologia do ego, representados especialmente por Paul Federn<sup>14</sup> e Heinz Hartmann,<sup>15</sup> apresentam um trabalho voltado ao fortalecimento do ego de pacientes graves, evitando interpretar a transferência, de forma mais específica a transferência negativa, e utilizando a positiva para influenciar o paciente. Resistências também não são interpretadas. Hartmann<sup>15</sup> propõe o conceito de esfera de ego livre de conflito, ou seja, a ideia de que mesmo pacientes psicóticos preservam uma porção do ego relativamente livre da psicose, a qual estará apta a abrigar as intervenções terapêuticas.

## CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO

Considerando-se o estado de indiferenciação em que se encontram os pacientes psicóticos e sua incapacidade de discriminar o mundo externo do interno, o objetivo primordial do atendimento consiste em ajudá-los a diferenciar o que é seu *self* e o que é o mundo externo, para depois integrar esse *self* com suas relações, dessa vez com as fronteiras mais bem delimitadas.<sup>16</sup> Para tanto, algumas técnicas são recomendadas:

- a) A atitude do terapeuta deve basear-se nas condições do paciente, devendo utilizar todas as técnicas adequadas para garantir ao paciente que ele não precisa temer a aproximação de alguém, no caso, o próprio terapeuta. Deve estar claro para este que suas palavras, prescrições e atitudes irão representar uma ameaça ao paciente, havendo necessidade de tolerância com o surgimento de hostilidade por parte do paciente.
- b) O terapeuta irá funcionar como uma ponte que fará a ligação entre o paciente, isolado em sua psicose, e o mundo externo. A necessidade de isolamento deve ser respeitada, e, de forma progressiva, deve se instalar uma estimulação para que o paciente saia de seu refúgio narcísico, em direção a uma relação com o terapeuta, primeiro, e, logo depois, com o mundo externo ampliado.
- c) A aproximação com o paciente deve respeitar estágios a serem vencidos. No primeiro momento, os sentimentos e os pensamentos do paciente não estão disponíveis nem para ele mesmo, e ele não sabe o que é seu e o que é dos outros. O terapeuta não se sente sequer percebido pelo paciente. Deve-se evitar uma investigação ativa ou mesmo permanecer

muito tempo com o paciente. No momento seguinte, o terapeuta estará em condições de observar as alternâncias de emoções do paciente, entrará em contato com a fragmentação de ego do psicótico e experimentará a ambivalência em seus próprios sentimentos. Aos poucos, o terapeuta vai aceitando em si os papéis atribuídos pelo paciente e a alternância destes. O paciente, por sua vez, vai percebendo o terapeuta como diferenciado de si e menos persecutório e onipotente.

Thomas Ogden<sup>17</sup> também descreve um trabalho em estágios ao atender pacientes com esquizofrenia:

- a) Estágio de “não experiência”: todas as experiências são emocionalmente equivalentes, embora sejam percebidas de formas diferentes. Nada é extraordinário. Predomina o ódio à realidade, o desejo de não ter experiências. O terapeuta deve atentar para não atacar o paciente em atuações e zelar pelo *setting*. Se foram acertadas visitas diárias, elas devem ser mantidas; se foi combinado que a próxima entrevista será pela manhã, ou que serão liberadas as visitas dos familiares, isso precisa ser garantido. Pequenas falhas podem representar a confirmação de que o mundo é hostil e não confiável.
- b) Estágio da identificação projetiva: o paciente sente o terapeuta como alguém para o qual as sensações podem ser transferidas e recolhidas de volta. O terapeuta nunca sabe se o que diz o paciente é acolhido ou rechaçado. Deve-se acolher os sentimentos oriundos do paciente e tentar dar-lhes algum significado compreensível. O terapeuta é apenas um dos objetos bizarros que integram o mundo psicótico, não está diferenciado e não é reconhecido como separado do próprio *self* do paciente.

- c) Estágio da experiência psicótica: o paciente agora sente que seus pensamentos agressivos, bizarros e psicóticos pertencem a si mesmo. Essa experiência é tão desagradável e penosa que sobrevém o desejo de novamente se livrar desses conteúdos por meio da fragmentação do ego e da expulsão dos conteúdos da mente. O terapeuta sente o sintoma psicótico como um possível acesso à mente do paciente, tenta prover significado ao conteúdo dos pensamentos e fazer uma reparação, além de evitar que tais conteúdos psicóticos ocupem a totalidade da mente do paciente.
- d) Estágio do pensamento simbólico: neste estágio, o paciente encontra-se apto a “escolher, a brincar e a pensar” de forma coerente. Emerge uma nova forma de pensamento, bem como a capacidade de usufruir das relações objetais de modo mais completo.

O paciente percorre um caminho caracterizado, a princípio, pela incapacidade de pensar. Em seguida, existem pensamentos, mas que não podem ser percebidos ou articulados, e, por fim, adquire a capacidade de pensar. Nessa etapa, estará em condições de aproveitar a relação terapêutica em sua amplitude.

Uma vez que pacientes muito regressivos, em especial nas etapas iniciais da relação terapêutica, irão apresentar muita dificuldade em perceber o terapeuta como um objeto bom, o ideal seria, de forma progressiva, poder interpretar a hostilidade e, ao mesmo tempo, oferecer um fortalecimento ao ego, contrastando com a abordagem psicanalítica tradicional, que envolve permitir ao paciente experimentar a angústia.

Se verificamos, inicialmente, que o paciente psicótico tende a menosprezar as relações objetais, pode soar paradoxal su-



#### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 4

Em certa ocasião, o terapeuta se atrasa. Os pacientes neurótico e psicótico reagem de modos diferentes.

Paciente A: nível de funcionamento predominantemente neurótico: “Estou pensando em dispensar minha faxineira, ela não aparece quando mais precisamos dela”.

Terapeuta: “Se eu me atraso, você sente que eu não consigo entender suas necessidades”.

Paciente B: nível de funcionamento predominantemente psicótico: “Hoje não quero conversar”.

Terapeuta: “Vejo que eu me atrasei, e isso pode levá-lo a pensar que eu não me interesso pelo nosso trabalho. Talvez até sinta raiva de mim. Porém, acredito que, ao mesmo tempo, você já sabe que pode contar comigo e que eu entendo a importância de mantermos nossos combinados. Mas hoje eu tive algumas dificuldades para chegar aqui na hora combinada, me desculpe”.

Na segunda abordagem, o terapeuta oferece um reforço às capacidades egoicas do paciente, informa que acredita em sua capacidade de se organizar. Ao mesmo tempo, não deixa de mencionar a agressividade, mostrando ao paciente que esses sentimentos hostis podem ser tolerados em uma relação de confiança. Ao pedir desculpas pelo atraso, demonstra, ainda, a capacidade de situar-se no mesmo nível do paciente.

gerir tanta cautela ao se aproximar dele. No entanto, apesar de todo o desinvestimento verificado, a busca terapêutica deve se centrar na recuperação da capacidade de estabelecer vínculos. O paciente parte da premissa de que a aproximação é perigosa. Ao terapeuta cabe, em primeiro lugar, não confirmar esse temor. Em seguida, aguardar que o paciente fortaleça seu ego, utilize menos identificação projetiva, reconheça o terapeuta como pessoa separada e, então, que se trave uma verdadeira relação de objeto. No início, o terapeuta deve estar apto a ser cauteloso e receber pouca ou nenhuma gratificação proveniente do paciente.

## **O PACIENTE E A EQUIPE DE ATENDIMENTO**

O paciente em intenso sofrimento psíquico precisa dividir<sup>18</sup> conteúdos intoleráveis de seu aparelho mental para lidar com as ansiedades que o sobrecarregam. O funcionamento esquizoparanoide se impõe, e não há possibilidade de unificar os objetos. O paciente vivencia um mundo interno cindido, e a intensidade da identificação projetiva povoa o mundo externo de objetos bizarros. Essa intensa e primitiva forma de comunicação irá invadir o espaço do hospital, e os diversos membros da equipe sentirão a sobrecarga em seu próprio aparelho psíquico.

Nesse ponto, as terapias dinamicamente orientadas se diferenciam das demais formas de terapêutica, ou seja, o psicoterapeuta de orientação analítica não é apenas um técnico, um consultor que sugere métodos para a cura ou a recuperação. Ele e os demais membros da equipe têm o próprio aparelho mental sendo utilizado pelo paciente. Funcionando como ego auxiliar, os membros da equipe devem ajudar o paciente com o teste de realidade,

o controle de impulsos e a antecipação das consequências de seus atos.<sup>19</sup> Todo o pessoal envolvido no atendimento pode ser orientado a compreender melhor o tipo de relação transferencial que está ocorrendo e habilitar-se a uma abordagem mais produtiva com o paciente.<sup>20,21</sup> Assim como a mente do paciente está dividida, também a equipe costuma atravessar momentos de dissociação, fenômeno comum nas hospitalizações psiquiátricas e que, mais uma vez, assim como a transferência e a identificação projetiva, pode ter duas consequências opostas. Ao ser compreendida, a dissociação fornece importante material sobre o funcionamento do paciente, podendo ser devolvida e compreendida por ele, de acordo com sua tolerância. Ao não ser compreendida, pode levar a interrupções de tratamento e até mesmo a atritos na equipe e demissões de seus membros. Para que a dissociação seja compreendida e não atuada, é fundamental que existam reuniões sistemáticas de equipe e que, nessas reuniões, predomine o clima de continência e o desejo de compreender os fenômenos que irão ocorrer entre os diversos membros. Quando a dissociação é compreendida, equipe e paciente se tranquilizam. Do contrário, a equipe não consegue trabalhar em grupo, e o paciente sente que seus processos mentais não podem ser integrados; ao contrário, a realidade externa (a cisão na equipe) confirma a necessidade de manter os objetos cindidos. O processo se assemelha ao de um bebê aterrorizado por uma dor e uma mãe incapaz de pensar e paralisada pelo medo de que seu filho morra. A estrutura hospitalar e a equipe deverão prover ao paciente um ambiente no qual ele sinta que suas manifestações, ainda que intensas e agressivas, serão acolhidas sem que ele seja rejeitado ou hostilizado.<sup>22</sup>

A transferência que ocorre em relação ao terapeuta individual no atendimento

de ambulatório agora ocorre em relação a todos os membros da equipe e a toda a estrutura do hospital. É uma oportunidade de obter informação valiosa sobre o funcionamento do paciente. Mesmo detalhes do dia a dia, como hábitos de higiene e alimentação, cuidado com os equipamentos e relacionamentos com os demais pacientes, poderão indicar ao terapeuta atento as oscilações no nível de funcionamento e integração de ego de seu paciente. O hospital oferece, também, a oportunidade de um destino para as pulsões agressivas, por meio de grupos terapêuticos, terapia ocupacional e atividades lúdicas.

Entretanto, uma mente cindida, em estado psicótico, representa uma ameaça ao funcionamento dos objetos que a cercam. O paciente não contém sua ambivalência, e essa cisão é projetada na equipe, determinando o aparecimento das dissociações.

Quando a dissociação não é compreendida e manejada, existe o risco de o grupo de trabalho colapsar e tornar-se um grupo de supostos básicos, conforme Bion.<sup>23</sup> Com o trabalho desenvolvido na Tavistock Clinic, em Londres, e depois aplicado no Menninger Hospital, em Topeka, Estados Unidos, Bion concluiu que o adulto, ante a complexidade e as exigências das relações em um grupo, regride a fases primitivas de funcionamento mental. Esse funcionamento primitivo corresponde a fantasias experimentadas pela criança no contato com o seio e estendidas ao contato com o grupo familiar. O tipo de relação que a criança fantasia (supõe) ter com o seio (e o grupo familiar) dá origem ao que o autor chamou de suposto básico.

Bion<sup>23</sup> denominou de grupo de trabalho aquele agrupamento de pessoas que funciona de acordo

com o processo secundário, com objetivos definidos e trabalhando em conjunto para atingi-los. Esse grupo de trabalho apresenta funcionamento semelhante ao funcionamento do ego. Todavia, por efeito de uma regressão massiva, concomitantemente a esse grupo maduro emergem outros níveis de funcionamento grupal, em um nível de processo primário que Bion definiu como grupos de supostos básicos e dividiu em três categorias.

Os três grupos são denominados de dependência, pareamento (ou acasalamento) e luta-fuga.

No funcionamento de grupo de dependência, predomina o suposto de que um líder será o responsável por prover alimento e proteção a todos os membros do grupo. Esse líder será o grande provedor do tratamento, mas não em sentido metafórico, e sim literal. Aos demais membros do grupo cabe apenas trazer dificuldades e queixas; a responsabilidade de encontrar soluções está depositada no líder. Outro ponto fundamental é o suposto de que esse líder encontrará soluções sem precisar recorrer ao trabalho psíquico, ou seja, sem vivenciar frustrações. O líder eleito pelo grupo é alvo de intensas identificações projetivas, partindo de todos os membros do grupo, e necessita reconhecer essas partes depositadas dentro de si como estranhas para poder trabalhar com seus pares no sentido de retomarem as capacidades características do grupo de trabalho. Quando o líder eleito aceita o papel de provedor, o grupo se identifica com ele e permanece funcionando por meio do “suposto básico” de dependência. Esse papel de liderança pode ser atribuído a um profissional mais antigo e experiente, a um professor, a um enfermeiro-chefe. Vale lembrar que a identificação projetiva não se dá no vazio; existe um receptor que, por suas características

individuais, estará mais ou menos apto a acolher e desempenhar o papel de líder. Naturalmente, no pequeno grupo que inclui o terapeuta, o paciente hospitalizado e a família deste, o terapeuta será escolhido como líder; aos familiares e ao paciente cabe receber os efeitos benéficos do tratamento. Qualquer necessidade de trabalho por parte dos demais membros do grupo é imediatamente remetida ao líder, do qual se espera que encontre a solução ideal. Esse tipo de fantasia tranquiliza os membros do grupo durante a hospitalização, mas, no momento da alta, sobrevém o terror do desamparo. Identificando esse suposto básico, o terapeuta estará apto a ajudar os demais membros a localizar e a utilizar suas próprias capacidades de cuidados.

No grupo de pareamento (ou acasalamento), existe a fantasia compartilhada de que a união de uma parilha dentro do grupo (uma representação da cena primária) irá gerar um messias, capaz de, com seu aparecimento, conquistar o fim de todos os sofrimentos. O grupo funciona com base na esperança de que algo virá a acontecer; a esperança deve ser mantida, portanto. Se algo acontece, a esperança se desloca para a expectativa de um novo acontecimento, e assim sucessivamente. O fundamental é que o líder do grupo de pareamento ainda não nasceu, diferentemente do que ocorre nos demais grupos de supostos, dependência e luta-fuga. Bion<sup>23</sup> ressalta que “a esperança somente persiste quando permanece como esperança”. Na medida em que a expectativa é alcançada, ela perde seu efeito, pois deixa de ser uma expectativa. Assim, muitas vezes, a própria hospitalização (obter o leito hospitalar) pode ser vivenciada como o acontecimento que chegará para solucionar todos os problemas. A mãe do paciente e o terapeuta atencioso serão a parilha responsável por obter esse ingresso no hospital, que irá, então, resolver tudo.

Em seguida, essa esperança se desloca para o novo medicamento, depois para a avaliação da equipe de consultoria, que irá reformular o diagnóstico, e assim por diante.

No suposto básico de luta-fuga, predomina a projeção da hostilidade para um representante, do qual é necessário fugir ou contra o qual se deve lutar. O líder é aquele que cria ou aproveita as oportunidades para escapar ou agredir. Evita-se fazer contato com as dificuldades, com a necessidade de aprender com a experiência; em última instância, com a realidade. Um inimigo é eleito, e contra ele todo o grupo se mobiliza. Muitas vezes, um paciente de difícil manejo é eleito como inimigo; um paciente que tenha agredido um membro da equipe torna-se adequado ao papel. A fantasia é a de que, somente após a alta desse paciente, a unidade irá se tranquilizar, ou o grupo se mobiliza inconscientemente e aciona algum paciente mais regressivo para revidar as agressões do primeiro. O mesmo pode ocorrer com algum terapeuta ou membro da enfermagem que, em determinado momento, tenha manifestado desacordo com o grande grupo. A necessidade de pensar no novo e reavaliar as próprias convicções é evitada por meio do ataque ao mensageiro da nova ideia.

Um supervisor pode ser eleito como líder, e os residentes deixam de pensar e esperam que todas as soluções partam dele (dependência). Uma equipe de consultoria pode ser eleita como inimigo externo e dispensada ou hostilizada (luta-fuga) como responsável pela não solução de um caso difícil. Até mesmo a transferência da unidade para outro setor do hospital pode ser vivenciada como uma solução mágica para as dificuldades (acasalamento ou pareamento). Em todas essas situações, o problema original, a incapacidade de integrar o aparelho mental da equipe e do paciente, permanece, e o grupo de trabalho fica en-



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 5

O paciente dependente químico alegou ter sido desrespeitado e desconsiderado pela enfermeira quando esta lhe chamou para a dinâmica de grupo. Um colega enfermeiro, declarou, em um pequeno subgrupo, no intervalo do café, que a tal enfermeira realmente não tinha bom manejo com os pacientes. Os pacientes se dividem em dois grupos: os que pensam que a enfermeira é firme e lhes transmite seriedade, o que os ajuda a manter o controle, e os que concordam que ela não respeita as individualidades. Fica marcada uma reunião para discutir o assunto entre equipe e pacientes. O grupo de trabalho é boicotado por uma parte dos pacientes e, sutilmente, também por um grupo de enfermeiros, que se atrasam e se agrupam em conversas paralelas durante a reunião. O foco de discussão deixa de ser o funcionamento dos pacientes, e a equipe começa a trocar acusações mútuas. Nesse interim, o grupo de “manifestantes” que boicotou a reunião se amotina para forçar uma alta a pedido ou para organizar uma fuga.

Aquilo que teve origem na parte psicótica da personalidade do paciente foi inoculado na equipe, que não conseguiu fazer uma leitura integrada da situação. Não foi possível para os pacientes, nem para a equipe, obter uma integração da imagem da enfermeira como alguém com qualidades e limitações, características da posição depressiva. A enfermeira foi vivenciada como totalmente boa por uns e totalmente má por outros, o ego de todos (e a conseqüente função de pensar) enfraqueceu-se, e a necessidade de agir se impôs. O grupo de trabalho entrou em colapso, dando lugar a um grupo de luta-fuga. Os membros da equipe atuaram desrespeitando a reunião, os pacientes atuaram de acordo com seus impulsos, abandonando o tratamento.

fraquecido enquanto predominar o funcionamento de suposto básico.

A dissociação é um fenômeno frequente e pode ocorrer de diferentes modos entre subgrupos que vão se formando dentro da equipe e enfraquecendo a coesão e os objetivos do grupo como um conjunto centrado nos mesmos objetivos. Pode ocorrer entre médicos e enfermeiros, dentro do grupo de enfermagem, entre terapeutas de diferentes orientações teóricas, entre familiares e a administração do hospital, dentro do próprio grupo de pacientes. A origem é sempre a mesma: a fragilidade egoica do paciente, sua dificuldade em administrar conflitos no mundo interno e sua necessidade de cindir a mente e projetar diferentes partes desses conflitos no mundo externo. O mundo externo passa a ser representado pelo hospital e pela equipe de atendimento.

Gabbard<sup>19,20</sup> acentua que não é possível evitar a emergência da dissociação na

equipe. O que se faz necessário é um preparo da equipe para lidar com o fenômeno e utilizá-lo para compreender o mundo interno do paciente.

Provavelmente, a forma mais comum de dissociação ocorra entre o terapeuta individual do paciente e o restante da equipe. Enquanto a equipe se identifica mais com as necessidades do grupo de pacientes e o funcionamento da unidade, o terapeuta se alinha com as necessidades de seu paciente e reluta em aceitar as limitações impostas pela equipe. Para lidar com todas essas variáveis, o terapeuta necessita manter uma curiosidade e uma capacidade crítica em relação aos seus próprios sentimentos e dificuldades, esforçando-se sempre para entender o que está sentindo e pensando em relação ao atendimento daquela situação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, assistimos aos avanços da psicofarmacologia. Hoje, o número de pacientes hospitalizados, bem como o tempo médio de internação, apresentam um importante declínio, o que é bastante favorável para evitar hospitalismo e cronicização.

De modo paralelo aos avanços na psiquiatria biologicamente orientada, é possível também oferecer aos pacientes em sofrimento mental agudo os aportes da psicoterapia psicodinâmica. A compreensão do mundo interno e o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre si mesmo são importantes aliados na recuperação dos pacientes.

As psicoses representam o grau mais avançado de transtorno mental e oferecem um grande obstáculo à aproximação terapêutica: os refúgios narcísicos, com o consequente desinvestimento no interesse pelo mundo e pelo conhecimento. Porém, essa não precisa ser uma barreira intransponível. O atendimento continuado de pacientes graves evidencia a possibilidade da aliança terapêutica e da criação de relacionamentos autênticos, com aquisições para pacientes e terapeutas. Os psicóticos desenvolvem um tipo especial de transferência,

que pode ser analisada de acordo com sua tolerância.

Além das vicissitudes do narcisismo maligno, com sua tendência à morte e à desunião, o uso maciço da identificação projetiva aparece como traço fundamental do funcionamento de pacientes graves. A fragmentação do ego, seu enfraquecimento e a consequente criação de um mundo bizarro em torno de uma mente desorganizada podem tornar a aproximação com o paciente psicótico uma tarefa assustadora e desestimulante. Todavia, acompanhar um paciente emergir de seu estado regressivo e reaver alguma capacidade de relacionamento saudável reabastece terapeuta e equipe de estímulo para manter o trabalho.

A desorganização do funcionamento mental representa uma ameaça tão poderosa ao grupo que toda a equipe de atendimento pode se ver identificada com níveis mais regressivos de funcionamento. A dissociação na equipe terapêutica, reflexo da cisão do ego do paciente grave, representa a desunião característica da ação da pulsão de morte. A identificação desse processo na equipe e a possibilidade de seus membros de retomar o diálogo e as características do grupo de trabalho refletem-se na recuperação dos pacientes.

### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

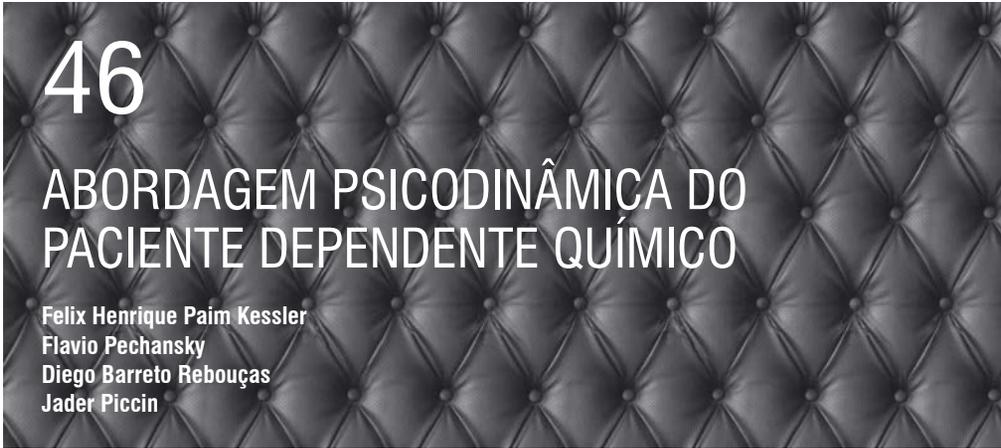
1. Durante a hospitalização, o paciente utiliza a mente do terapeuta como seu ego auxiliar, seu continente e sua fonte de contato com a realidade externa.
2. Reconhecemos como psicóticos aqueles pacientes nos quais a relação com a realidade está gravemente prejudicada.
3. Na situações de doença grave, a pulsão de morte e sua correspondente função desobjetalizante estão predominando no funcionamento do aparelho mental.
4. A identificação projetiva maciça será o veículo para a compreensão, e, não sendo compreendida, constitui um grande obstáculo para o tratamento.

5. As características do funcionamento psicótico são:
  - a) predominância da agressividade e da destrutividade nas relações
  - b) ódio à realidade, externa e interna
  - c) pavor de ser aniquilado: ideia central no entendimento da posição esquizoparanoide
  - d) relações objetais prematuras, intensas e frágeis
6. A relação terapêutica é caracterizada pelo estabelecimento de uma transferência psicótica, caracterizada pelo sadismo e pela intensidade da identificação projetiva.
7. Pacientes psicóticos preservam uma porção do ego relativamente livre da psicose, a qual estará apta a abrigar as intervenções terapêuticas.
8. Para atingir essa discriminação, algumas técnicas são recomendadas:
  - a) a atitude do terapeuta deve basear-se nas condições do paciente
  - b) o terapeuta fará a ligação entre o paciente e o mundo externo
  - c) a aproximação com o paciente deve respeitar estágios
9. O paciente parte da premissa de que a aproximação é perigosa. Ele está vivenciando um mundo interno cindido, e a intensidade da identificação projetiva povoa o mundo externo de objetos bizarros.
10. Assim como a mente do paciente está dividida, também a equipe costuma atravessar momentos de dissociação.
11. Para que a dissociação seja compreendida, é fundamental que existam reuniões sistemáticas de equipe. Quando a dissociação não é compreendida, o grupo de trabalho dá lugar aos grupos de supostos básicos.
12. Provavelmente, a forma mais comum de dissociação ocorre entre o terapeuta do paciente e o restante da equipe.

## REFERÊNCIAS

1. Freud S. Neurose e psicose. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. 19. p. 184-93.
2. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
3. Freud S. A teoria da libido e o narcisismo (1916). Conferência XXVI. In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. 16.
4. Freud S. Além do princípio do prazer (1920). In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. 18.
5. Green A. Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante. In: Green A. A pulsão de morte. São Paulo: Escuta; 1988.
6. Green A. Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
7. Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizoides (1946). In: Klein M. Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p. 313-43.
8. Bion WR. Estudos psicanalíticos revisados: second thoughts. Rio de Janeiro: Imago; 1994.
9. Segal H. Notas a respeito da formação de símbolos (1950). In: Segal H. A obra de Hanna Segal: uma abordagem kleiniana a prática clínica. Rio de Janeiro: Imago; 1992.
10. Aguayo J. On understanding projective identification in the treatment of psychotic states of mind: the publishing cohort of H. Rosenfeld, H. Segal and W. Bion (1946-1957). Int J Psychoanal. 2009;90(1):69-92.

11. Rosenfeld HA. Os estados psicóticos. Rio de Janeiro: Zahar; 1968.
12. de Mijolla-Mellor S. The evolution of psychoanalytic practice with psychotic patients. *Psychoanalysis and History*. 2002;4(1):31-43.
13. De Masi F. On the nature of intuitive and delusional thought: it's implications in clinical work with psychotic patients. *Int J Psychoanal*. 2003;84(Pt 5):1149-69.
14. Federn P. *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books; c1952.
15. Hartmann H. *A Psicologia do ego e o problema de adaptação*. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Popular; 1968.
16. Rosenbaum B, Harder S. Psychosis and the dynamics of the psychotherapy process. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(1):13-23.
17. Ogden TH. On nature of schizophrenic conflict. *Int J Psychoanal*. 1980;61(Pt 4):513-33.
18. Freud S. A divisão do ego no processo de defesa. In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. 23.
19. Gabbard GO. Tratamentos em psiquiatria dinâmica III: tratamento hospitalar dinamicamente informado. In: Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
20. Gabbard GO. The treatment of the 'special' patient in a psychoanalytic hospital. *Int Rev Psychoanal*. 1986;13:333-47.
21. Penot B. El equipo psicoanalítico en el hospital de día: revisión de algunas condiciones para que los pacientes se adueñen de su propia subjetividad. *Psicoanálisis*. 2007;29(3):679-95.
22. Kernberg O. *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
23. Bion WR. *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupos*. Rio de Janeiro: Imago; 1970.



46

## ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE DEPENDENTE QUÍMICO

Felix Henrique Paim Kessler  
Flavio Pechansky  
Diego Barreto Rebouças  
Jader Piccin

*A todos aqueles que desejam tratar dependentes químicos  
sem a ameaça do preconceito ou medo do estigma.*

(Miller, 1997)

### **CONSIDERAÇÕES SOBRE A ABORDAGEM PSICOTERÁPICA DE DEPENDENTES QUÍMICOS**

Talvez a citação inicial deste capítulo, que se apresenta na primeira página do compêndio *The principles and practice of addictions in psychiatry*,<sup>1</sup> ilustre o estilo de abordagem psicoterápica adequado para um dependente químico. Ao longo da história, pacientes com abuso ou dependência de substâncias sempre foram estigmatizados ou, no mínimo, considerados de forma diferente no rol de procedimentos terapêuticos existentes. Washton e Zweben<sup>2</sup> recomendam que a abordagem e a criação da relação terapêutica com esses pacientes seja não dogmática, encorajando os profissionais a exercer a flexibilidade, a criatividade e a racionalidade no tratamento da adição, salientando a necessidade da combinação de técnicas muitas vezes dis-

crepantes e concorrentes. Em paralelo ao exercício de uma abordagem pragmática e não preconceituosa, é vital que o terapeuta conheça profundamente os efeitos positivos e negativos que as substâncias psicoativas exercem no cérebro em geral e no de seu paciente em particular. Nesse sentido, é bastante eficaz investigar com o paciente a percepção subjetiva do efeito das drogas, uma vez que há grande variação entre efeito percebido e efeito psicoativo como descrito em livros-texto. De forma sumária, o exercício de compreender com o paciente o efeito esperado/percebido do seu uso de drogas irá levar a uma maior compreensão da capacidade de simbolizar ou não – em geral, afetada pelo uso sistemático de substâncias – o impacto das drogas na relação entre o indivíduo e o meio externo e da percepção que o paciente tem sobre as eventuais limitações que o uso sistemático de drogas impõe a sua vida mental.



## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 1

Douglas, 20 anos, apresenta abuso de inalantes e maconha e uso episódico excessivo de álcool, já tendo sido atendido por diversos psicoterapeutas anteriormente. Vem a tratamento dizendo que quer parar de usar drogas para contentar os pais, mas não sabe o que isso vai produzir de benefício em sua vida. Após a avaliação inicial, foi combinado com o paciente que o processo de tratamento iria incluir, a princípio, planos para a aquisição de um equilíbrio em abstinência, revisão de uma potencial comorbidade com déficit de atenção/hiperatividade e um planejamento de mudanças sistemáticas em sua perspectiva de vida a longo prazo. Cada etapa somente seria desenvolvida após a aquisição da etapa anterior. Após meses de alternância entre completa abstinência e episódios de recaída, em que o paciente tentava negociar mudanças previstas para o futuro e sem a anuência do terapeuta, ele se encontra em abstinência. Porém, ainda apresenta dificuldades sistemáticas com organização e grande dificuldade para se expressar em consulta. Descreve que foi a primeira vez em que ELE teve de mudar, pois o terapeuta manteve o combinado, não cedendo às suas pressões, como nos atendimentos anteriores.

A vinheta ilustra uma situação comum no atendimento psicoterápico de um dependente de substâncias e é, sem dúvida, um bom ponto de partida para este capítulo. Pacientes jovens, como o do caso descrito, apresentam-se no consultório ambivalentes sobre o grau de dano que seu uso de drogas lhes estaria causando. Desafiam o terapeuta a entender seu momento evolutivo presente e sua potencial comorbidade com outras patologias psiquiátricas – frequentes na avaliação de casos dessa natureza – e obrigam o especialista a tomar decisões no que compete à adesão do paciente e a sua motivação para tratamento. Dessa forma, é obrigatório para o terapeuta avaliar o que deve ser oferecido para o paciente naquele momento de seu uso de substâncias, dentro dos limites viáveis da relação terapêutica que se apresenta. É nesse contexto que este capítulo é oferecido ao leitor: como uma reflexão sobre os modelos de psicoterapia existentes para a abordagem de dependentes químicos, bem como suas limitações e contraindicações. Esta versão não é apenas uma atualização do capítulo da edição anterior, pois incorpora

outras técnicas psicoterápicas além da psicoterapia dinâmica, dando ênfase significativa à avaliação crítica do papel dessa técnica no tratamento da dependência química.

## Abordagem inicial e escolha da técnica apropriada

O conceito de uma abordagem integrada é compatível tanto com os elementos clínicos – conforme descrito anteriormente – como de pesquisa. Há cerca de 30 anos, a avaliação multifatorial da dependência química norteia toda uma linha de pesquisa e atuação nessa área.

Um dos instrumentos mais utilizados para esse fim é o Addiction Severity Index (ASI),<sup>3</sup> que mede, essencialmente, a necessidade de tratamento adicional nas principais áreas da vida (social, legal, médica, familiar, psiquiátrica) e auxilia no delineamento e na organização de estratégias terapêuticas, por meio de escores que traduzem a gravidade da problemática do

paciente. Parte-se do pressuposto de que aspectos disfuncionais nessas áreas podem atuar como um estressores e perpetuadores do comportamento de busca por substâncias, e, como em outras doenças crônicas, é necessário abordar o indivíduo na totalidade de seus problemas, e não centralizando o tratamento apenas no consumo.

Para o desenvolvimento de um tratamento individualizado baseado na abordagem integrada, é fundamental a coleta de informações em um período de avaliação que

poderia ser compreendido como pré-tratamento. Durante esse primeiro momento, todos os esforços devem ser engendrados para obter uma avaliação diagnóstica completa do paciente e de sua família. É importante observar que os critérios descritivos do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR)<sup>4</sup> (Quadro 46.1) definem o diagnóstico de dependência de substâncias, porém não abordam características psicopatológicas e psicodinâmicas dos pacientes. Além disso, essa etapa proporciona uma oportunidade única para a abordagem motivacional com vistas à mudança e à

#### QUADRO 46.1

##### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
  - a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;
  - b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:
  - a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para abstinência das substâncias específicas);
  - b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
3. A substância costuma ser consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
4. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (p. ex., consultas a múltiplos médicos ou longas viagens de automóvel), na utilização da substância (p. ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos.
6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
7. O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (p. ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo de álcool).

adesão ao processo terapêutico. É necessária uma abordagem de suporte, não confrontadora e mais direta, por parte do terapeuta. Podem-se utilizar, de acordo com a gravidade do caso, também nessa fase, técnicas de grupo e de aconselhamento.<sup>2,5</sup>

No momento inicial do tratamento, objetiva-se buscar três funções distintas:

1. desenvolver *rapport* com o paciente e iniciar uma relação terapêutica
2. determinar a natureza e a extensão do uso de substâncias do paciente e suas consequências, identificando fatores que iniciam e mantêm/inibem o uso
3. oferecer *feedback* objetivo com base nos resultados da avaliação e determinar o estágio de prontidão para a mudança, visando a desenvolver um plano de tratamento inicial

## Quais fatores determinam o sucesso no tratamento de dependentes químicos?

Antes da compreensão dos elementos formadores de *rapport*, Luborsky e colaboradores<sup>6</sup> citam parâmetros específicos e importantes para um melhor resultado em psicoterapias de dependentes químicos:

- *Requer-se muito tempo e energia por parte do terapeuta para introduzir o paciente no tratamento e compromê-lo com sua manutenção.* Como consequência, terapeutas que se sintam muito atacados em seus aspectos pessoais – em especial elementos narcisistas –, quando mobilizados por ansiedades, recaídas e atuações dos pacientes no início de seu atendimento, terão mais dificuldade em desenvolver uma plataforma eficaz de relacionamento quando comparados a profissionais mais continentais.

- *Os objetivos do tratamento devem ser formulados antecipadamente e mantidos em foco.* Dependentes de substância – de forma mais específica, no início de seu tratamento – irão se apresentar ao terapeuta com um mundo interno bastante caótico, com baixíssima autoestima, talvez como resultado dos danos cerebrais e da desorganização neurobiológica decorrente do uso das drogas, tendendo a melhorar com períodos de abstinência. Portanto, mesmo em uma proposta psicodinâmica, os terapeutas não podem ser totalmente neutros, e devem ser mais diretivos. Nesse sentido, ao mesmo tempo que necessitam apresentar vitalidade para ordenar o mundo psíquico do paciente, terão mais sucesso se propuserem para si mesmos e para o dependente uma “agenda mínima” – um rol de metas ou tarefas a serem atingidas de modo progressivo. Não se trata de uma longa lista, mas de uma “tradução” das dificuldades e das limitações apresentadas pelo paciente sob um formato objetivo, claro e factível. A vantagem é que se poderá retornar a essa lista de objetivos quando, eventualmente, o foco se dispersar.
- *Deve ser dada muita atenção, por parte do terapeuta, para desenvolver uma relação positiva e, assim, auxiliar o paciente.* Também em função do que já foi mencionado, é comum os pacientes se apresentarem para tratamento com uma visão desproporcional de suas capacidades potenciais e sua realidade, tendendo, sistematicamente, a desvalorizar-se. Não se trata aqui de valorizar apenas os aspectos positivos do paciente, mas tentar estabelecer um contato com os elementos mais saudáveis de seu funcionamento mental. Terapeutas que entendem que devem se aliar a esses aspectos do paciente terão mais facilidade de construir elementos saudáveis nos quais ancorar o tratamento.

A vinheta a seguir ilustra como a relação terapêutica positiva pode auxiliar um

paciente a superar obstáculos típicos da dependência química.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 2

Bruna, 21 anos, passou por nove internações por abuso de substâncias e episódios de agitação e alteração de conduta, em particular com relação aos pais. Apresenta um diagnóstico associado de transtorno de personalidade *borderline*. Veio a tratamento por orientação de sua antiga psicoterapeuta, a quem descrevia como tendo “desistido dela” e se interessado pouco por seu caso. Após 16 meses e três internações durante esse período, Bruna se encontra em completa abstinência de drogas, fazendo uso de topiramato e executando atividade laboral de forma sistemática. Foi necessário um esforço constante do terapeuta para não se deixar ser excessivamente invadido pela massa de telefonemas de urgência e atitudes de ataque ao *setting* durante esse período, o que a paciente atualmente reconhece como uma atitude de consideração às suas necessidades mais primitivas de apoio e limite. Com frequência, descreve que sua melhora se deu porque “desta vez o terapeuta não desistiu dela”.

- *O terapeuta deve estar a par da manutenção e do comprometimento do paciente com todo o seu programa de tratamento, o que inclui a anuência às normas, como, por exemplo, a evitação da ingestão de drogas não prescritas no tratamento. Tal informação deve proceder do próprio relato do paciente e, eventualmente, da análise toxicológica da urina, mas esta última, de preferência, deve ser contro-*

lada e solicitada pela família, por amigos ou por outra equipe de tratamento. Seja qual for a fase em que o paciente se encontre, mas de modo mais enfático nas primeiras, a atitude de um “guia gentil” que avalia com o paciente seus progressos e retoma combinações irá favorecer o *setting* em todos os sentidos. A vinheta seguinte descreve a utilização dessa técnica.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 3

Nilo, 16 anos, vem a sua consulta com os pais, que o acham diferente de como tem-se comportado nos últimos três dias. Apesar de negar o uso de maconha – motivo pelo qual iniciou o tratamento há três meses –, é solicitado que colete urina para análise, pois isso foi combinado no início do tratamento. O terapeuta reitera que confia no seu relato, mas que o exame serve para confirmar a veracidade de sua informação. O resultado do teste para cocaína, maconha e anfetaminas é negativo para os últimos dias, o que alivia os pais e permite ao paciente tratar de sua irritabilidade por ter que aprender a lidar com aulas, provas e dificuldades com garotas, agora sem se drogar.

## Estabelecimento de metas e etapas

Após a avaliação multidimensional, o objetivo é estabelecer metas individualizadas e desenvolver, de forma colaborativa, um plano de seguimento destas. É fundamental combinar as intervenções do tratamento com o nível de motivação e o grau de prontidão para a mudança do paciente. O modelo de estágios de mudança informa e direciona o processo de encontrar “a melhor combinação” entre onde o paciente está e o que o terapeuta deve fazer para produzir mudança positiva a cada estágio do processo.<sup>7</sup> A vinheta a seguir ilustra o processo.

Os indivíduos com problemas com abuso ou dependência de drogas não constituem uma categoria homogênea, uma vez que diferem em suas características pessoais de escolha da droga, padrões de consumo, motivações para uso, realidade psíquica, perfil socioeconômico e cultural e predisposição genética.<sup>8</sup>

É importante tornar a abstinência uma meta preferencial de tratamento, em especial para aqueles cujo padrão de uso de substâncias oferece

evidências claras de controle comprometido e impõe um risco significativo de sérios danos se o uso continuar.<sup>2</sup> Todavia, a abstinência não se torna uma condição imposta para os pacientes receberem ajuda.

Nesse contexto, encontra-se a necessidade de implementar diferentes tipos de abordagens psicoterapêuticas que contemplem as especificidades do paciente, a fim de forjar uma aliança de trabalho para favorecer a adesão. Independentemente da escolha final de terapeuta e paciente – se abstinência total ou não –, uma série de pesquisadores sugere que uma meta a ser buscada pelo paciente é o *controle* de seu uso de substâncias. Diversos autores desenvolveram técnicas específicas para a obtenção desse controle, entre eles Spivak e colaboradores,<sup>9</sup> Sanchez-Craig e colaboradores<sup>10</sup> e Miller e Sanchez-Craig.<sup>11</sup> Mesmo em programas nos quais o objetivo final era o uso moderado de substâncias, esses autores sempre preconizaram que algum tipo de controle inicial (frequentemente obtido por meio de abstinência) favoreceria o atingimento de metas futuras.

Considerando o aqui exposto, propõe-se um tratamento sequencial, no qual



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA 4

Fábio, 57 anos, é um profissional liberal com um grave alcoolismo associado a episódios fóbicos. Já realizou diversas tentativas de tratamento ao longo da vida, sempre as interrompendo ao se sentir pressionado a modificar seu comportamento alcoólico, que é francamente associado ao transtorno evitativo já descrito. Há cerca de seis meses, faz consultas intermitentes, nas quais se nega a fazer exames que confirmem seu estado físico, e reluta em ingressar em psicoterapia sistemática. Ao mesmo tempo, não abandona os contatos com o terapeuta – de forma mais ou menos mensal, consulta-se para dizer que “agora vai começar a se tratar”, o que implica telefonemas “de manutenção” por parte do terapeuta, até que o processo de tratamento sistemático se desencadeie. Nesse período de seis meses, tem passado mais de 90% do tempo em abstinência e, nas vezes em que tem bebido, não tem apresentado os mesmos problemas anteriores.

o primeiro objetivo é alcançar a estabilização (Figura 46.1).<sup>4,12</sup>

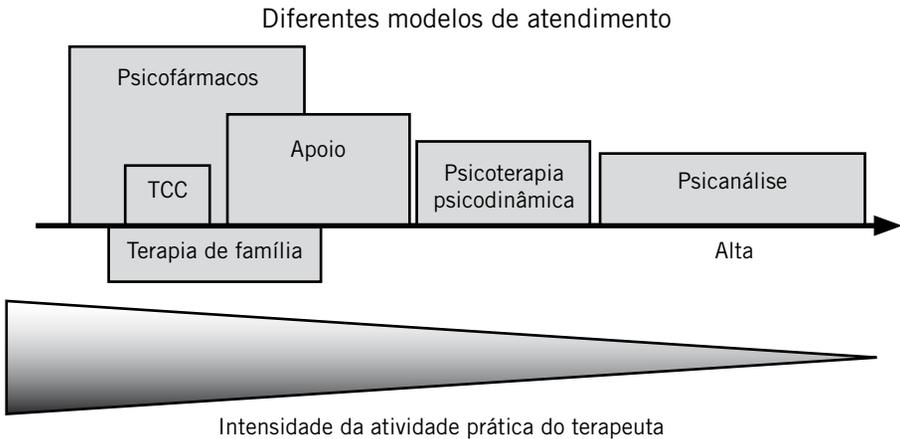
É válido salientar que, mesmo após ter sido iniciado um processo psicoterápico psicodinâmico, muitos pacientes estão sujeitos a necessitar de hospitalização quando em situação de risco. Outros poderão ingressar imediatamente em uma modalidade terapêutica ambulatorial.<sup>12</sup>

Dodes<sup>13</sup> aponta que a “preocupação solidária do terapeuta” nesse momento pode ser internalizada, de forma imediata ou gradual, pelo paciente, permitindo, assim, um “núcleo” de autorregulação interna que permitirá o controle do uso ou a abstinência de substâncias. Assim, a neutralidade analítica e as interpretações são abandonadas, pois tendem a ser geradoras de ansiedade, desencadeando recaídas.

Na verdade, a neutralidade necessária ao processo psicodinâmico clássico (ou convencional) é mal recebida pelo paciente nas fases agudas. Há demasiadas ações a serem tomadas pela dupla terapeuta-paciente, em geral envolvendo familiares,

uso concomitante de medicação, hospitalização ou limitações para o paciente, as quais não são compatíveis com a neutralidade que será necessária nas fases mais posteriores de tratamento. Pacientes e terapeutas devem sempre ficar alertas para a possibilidade de o enfoque dessas questões reacender o desejo da pessoa de medicar o desconforto emocional com álcool e drogas. Assim, durante uma abordagem psicodinâmica para usuários de substâncias, nunca se deve perder de vista o potencial para a recaída, bem como a manutenção do esforço combinado com outras modalidades terapêuticas, de preferência com uma equipe multidisciplinar.<sup>14</sup>

Na prática, o conceito que determina a utilização ou não do método psicodinâmico com os pacientes é o do *timing*. Com frequência – como já bem documentado em qualquer psicoterapia, de orientação analítica ou não –, uma intervenção correta pode ter seu efeito descaracterizado por ter sido executada em um momento emocional inapropriado para o paciente.



**Figura 46.1** O tratamento sequencial da dependência química.

TCC: terapia cognitivo-comportamental.

Para sumarizar essa introdução: do ponto de vista exclusivamente clínico, alguns autores, como Gabbard e Wilkin-son,<sup>15</sup> afirmam que o tratamento sistemático em psicoterapia de longa duração de um dependente químico, utilizando todos ou parte dos conceitos psicodinâmicos clássicos e suas eventuais adaptações à técnica, não é muito diferente do processo terapêutico com um paciente com outros transtornos mentais crônicos que envolvem riscos decorrentes de sua conduta, como, por exemplo, a psicoterapia analítica de um paciente com um transtorno da personalidade. Os elementos transferenciais e contratransferenciais estão presentes, a manutenção do *setting* e a revisão sistemática do contrato terapêutico são parte integral do atendimento, e as recaídas são compreendidas como componentes do processo de recuperação à custa de resistências, em função de planos de defesa ou de organização mais regressivos.

## **MODELOS DE PSICOTERAPIA PARA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA: HÁ ESPAÇO PARA A PSICOTERAPIA DINÂMICA, DADAS AS EVIDÊNCIAS ATUAIS?**

Há diversos estudos comparando as mais diversas técnicas psicossociais, incluindo as psicodinâmicas, para a manutenção da abstinência na dependência química. Entretanto, quando comparamos a efetividade de diferentes técnicas, não são encontrados resultados significativos que indiquem superioridade de uma modalidade específica. Em relação aos tratamentos psicossociais para dependentes químicos, a Cochrane realizou recentemente duas revisões sis-

temáticas, que incluíam técnicas com características psicodinâmicas, comparando intervenções psicossociais para uso de cocaína e psicoestimulantes,<sup>16</sup> assim como para uso de substâncias psicoativas (SPAs) com outros transtornos psiquiátricos.<sup>17</sup> No primeiro desses estudos, evidenciou-se que, em geral, as intervenções realizadas levaram a pequenas mudanças comportamentais significativas, demonstrando não haver evidência que suporte uma abordagem única que englobe as múltiplas faces da dependência química. Entretanto, salientou-se que os resultados favorecem tratamentos com alguma forma de manejo de contingência, levando à diminuição do uso de cocaína e a maior adesão ao tratamento.

Outros estudos mais recentes corroboram tais achados, destacando os benefícios do manejo de contingência na dependência de cocaína.<sup>18</sup> Em contrapartida, a revisão também cita um ensaio clínico realizado pelo National Institute of Drug Abuse (NIDA) em 1999,<sup>19</sup> comparando quatro abordagens psicossociais: aconselhamento individual associado a aconselhamento de grupo, terapia cognitivo-comportamental com aconselhamento de grupo, terapia psicodinâmica suportiva-expressiva (SE) com aconselhamento de grupo e aconselhamento de grupo sozinho. O grupo das psicoterapias teve baixa adesão, apesar da grande intensidade com que foram aplicadas (36 consultas individuais e 24 consultas de grupo em 24 semanas). A revisão sugere duas hipóteses para os achados: a primeira seria a de que tais resultados se deram não pela falta de eficácia dos tratamentos oferecidos, mas pela excessiva dose de tratamento proporcionada a pacientes com “baixa gravidade de doença”, sugerindo que versões mais breves e menos intensivas teriam sido suficientes. A segunda seria a de que a psicoterapia necessita de maior tempo para produzir benefícios evidenciáveis sobre

os sintomas, demandando ensaios clínicos randomizados de maior duração. Dois estudos recentes colaboram com a segunda hipótese:

Crits-Christoph e colaboradores<sup>20</sup> realizaram, em 2008, uma análise pormenorizada dos achados do estudo do NIDA. Evidenciou-se que, apesar de os achados terem sugerido aconselhamento individual associado a aconselhamento de grupo como superior a terapia psicodinâmica SE a curto prazo, a longo prazo (seguimento de 12 meses), esta última seria superior a aconselhamento em relação a problemas sociais/familiares. Além disso, os autores evidenciaram que os pacientes que atingiram abstinência inicial diminuiram o uso de cocaína de 10,1 dias por mês para 1,3 dia no décimo segundo mês.

Steffen e colaboradores<sup>21</sup> mostraram benefícios da terapia psicodinâmica em um seguimento de 12 meses em pacientes ambulatoriais. Após 12 meses de tratamento, 57,5% deles estavam abstinentes. Evidenciaram-se, também, melhoras no desempenho geral e nos resultados das testagens neuropsicológicas.

Outra consideração que costuma ser destacada em relação aos resultados dos ensaios clínicos é a de que as intervenções terapêuticas precisam se adequar à fase de recuperação em que o paciente se encontra – ou seja, o tratamento tem de ser flexível para atender às demandas do paciente, o que se contrapõe a uma tendência de padronização da intervenção para a pesquisa. Uma das grandes metas no tratamento, na maioria dos estudos, é a redução no uso de substâncias, porém, reduções a curto prazo têm valor limitado no sentido de avaliar a repercussão global ocasionada na vida do paciente. Klein<sup>22</sup> discute que seria preciso acompanhar as mudanças verdadeiras na vida do indivíduo, incluindo abstinência

prolongada, habilidade de trabalhar e manutenção de relações interpessoais satisfatórias, traduzindo melhor o que seria a real recuperação dos pacientes.

Apesar de não se ter evidência consistente para apoiar uma única abordagem de tratamento na dependência química, em geral, os estudos citados indicam mudanças comportamentais significativas após uma intervenção psicossocial, variando de paciente para paciente. Por conseguinte, é provável que tratamentos psicossociais continuem sendo a base do tratamento de abuso/dependência de substâncias. Entretanto, como os estudos com técnicas psicodinâmicas ou suportiva-expressiva não geraram resultados significativos em relação a outras técnicas, é provável que pouco investimento seja feito para comprovar esses achados.

## PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

No contexto de abuso de substâncias e dependência química, os aspectos avaliados para indicações de psicoterapia de orientação analítica vão além daqueles explorados neste capítulo (*ver* Capítulo 9, sobre avaliação psicoterápica). A técnica psicanalítica clássica já foi indicada, há algumas décadas, como tratamento de escolha para esses pacientes, mas, isoladamente, demonstrou resultados desanimadores. Tal aspecto tem sido atribuído à falta de ênfase no controle dos sintomas relacionados ao uso da droga e ao foco mais dirigido aos aspectos psicodinâmicos, em detrimento dos aspectos biológicos e sociais no contexto da abordagem integrada.<sup>4</sup>

Por isso, nos dias atuais, as evidências apontam que a efetividade da psicoterapia de orientação analítica depende, sobretudo, do estabelecimento de critérios de indicação e de contra-indicação precisos.<sup>23</sup> Ao considerar essas indicações, alguns autores sugerem que a técnica psicanalítica é contra-indicada para pacientes adictos a drogas ou dependentes de álcool.<sup>24,25</sup> Entretanto, a indicação de psicoterapia de orientação analítica por diagnóstico é uma proposta didática sem consenso na literatura.<sup>23</sup> Para um mesmo diagnóstico, critérios diferentes de indicações e contra-indicações podem ser aplicados.<sup>23</sup> Em relação aos transtornos relacionados ao uso de substâncias, esse processo é ainda mais complexo, considerando-se os vários tipos de substâncias, as comorbidades associadas e o estágio do paciente na abordagem integrada.

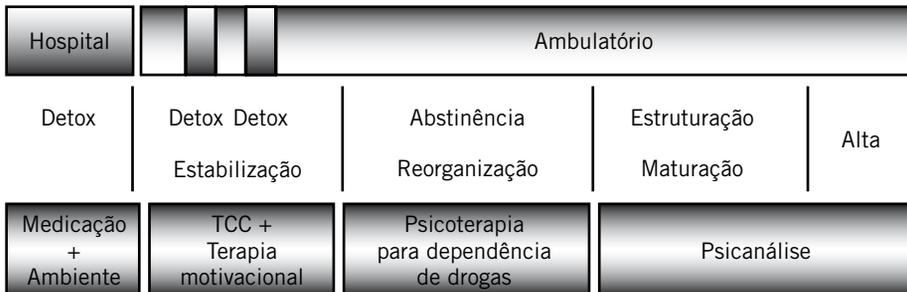
Dessa forma, um dependente químico pode estar contra-indicado para psicoterapia de orientação analítica em determinado momento, em que outras técnicas são empregadas, porém, pode ser candidato e beneficiar-se dela em estágios de manutenção.

Cabe ressaltar, contudo, que a abordagem psicodinâmica não deve competir com outras abordagens, mas ser somada ao tratamento, quando indicada.<sup>26</sup>

Conforme a Figura 46.2, na maioria das vezes, as técnicas psicodinâmicas devem ser evitadas em um momento inicial de procura por tratamento, por exemplo, por parte de um paciente dependente químico que tem-se intoxicado com frequência e precisa de internação hospitalar. Outras técnicas, como apoio e terapia cognitivo-comportamental, adaptam-se melhor e alcançam resultados mais satisfatórios nessa etapa.

Muitos especialistas em adição afirmam que a abordagem psicodinâmica não será benéfica enquanto o paciente continuar a usar substâncias intoxicantes em qualquer nível (mesmo não intoxicado durante as sessões de terapia) e enquanto não tiver passado por um período de, pelo menos, 6 meses a 1 ano de abstinência ininterrupta.<sup>2,4</sup> Durante esse período, é recomendável focar na tarefa de mudança do comportamento relacionado ao uso da substância. Assim, pode-se implementar e associar técnicas baseadas no modelo cognitivo-comportamental para a manutenção da abstinência e a prevenção de recaída, as quais

Modelo simplificado das fases de psicoterapia para dependentes químicos



**Figura 46.2** Modelo simplificado das fases de psicoterapia para dependentes químicos. A figura sumariza, de forma esquemática, as fases de tratamento para um dependente químico, buscando demonstrar uma sequência de ações terapêuticas associadas a diferentes momentos clínicos.

TCC: terapia cognitivo-comportamental. Detox: desintoxicação.

já estão bem descritas na literatura.<sup>27,28</sup> Ainda, se diagnosticada comorbidade, esta deve ser tratada da forma mais conveniente, associando-se farmacoterapia ou outras terapias adjuntas. O objetivo é criar um referencial terapêutico que reúna condições de estabilidade para avaliar a indicação de um trabalho orientado dinamicamente no futuro.<sup>4</sup>

A necessidade de psicoterapia de orientação analítica na abordagem integrada do usuário de substâncias se estende além das mudanças iniciais no comportamento de adição. Ela tem como principais características o apoio e o fortalecimento de recursos por parte do paciente e mostra-se indicada em um estágio motivacional de manutenção.<sup>14</sup> Por isso, um dos primeiros aspectos a serem avaliados em dependentes químicos candidatos a psicoterapia de orientação analítica são os objetivos de longo prazo.

Segundo Washton e Zweben,<sup>2</sup> muitos indivíduos alcançam um ponto no tratamento da dependência química em que ficam desapontados por perceber que a abstinência não resolveu dificuldades emocionais, referindo que estas ficaram ainda mais claras na ausência das substâncias psicoativas. Alguns percebem a necessidade de psicoterapia contínua depois de passar por sucessivas recaídas, apesar da intenção de permanecer em abstinência. Outros, ainda, chegam a um ponto na recuperação em que sentem a necessidade de descobrir por que eles desenvolveram um sério problema de adição, enxergando a identificação e a resolução dessas questões como importantes para sustentar a recuperação por um longo período. Em todos esses casos, a abordagem psicodinâmica pode ser considerada.

Em relação ao tipo de substância, não parece haver uma distinção clara na literatura. Gabbard<sup>26</sup> destaca que abordagens psicodinâmicas são mais amplamente acei-

tas e valorizadas no tratamento de abusadores de drogas do que no tratamento de alcoolistas. Conforme Vaillant,<sup>29</sup> os abusadores de múltiplas drogas apresentam maior probabilidade de terem vivenciado infâncias instáveis, de uso de drogas como “automedicação” para sintomas psiquiátricos, e de se beneficiarem de esforços psicoterapêuticos que abordem sua sintomatologia subjacente e patologia de caráter.

Na avaliação do paciente dependente químico candidato a psicoterapia de orientação analítica, é também importante avaliar a integridade das funções egoicas, como percepção, memória, atenção e concentração, raciocínio lógico, síntese e uma condição intelectual preservada. Estas se tornam importantes, já que, para a eficácia das interpretações, é requerida capacidade de abstração e simbolização.<sup>14</sup>

Segundo Mercer e Woody,<sup>30</sup> a presença de comorbidades e de psicopatologias sérias também constitui fator importante a ser considerado na indicação de psicoterapia. A maior parte dos estudiosos concorda que a presença de outros transtornos psiquiátricos no contexto do abuso de drogas demanda indicação de psicoterapia como parte do programa de tratamento. Pacientes em abstinência com transtornos da personalidade comórbidos podem promover o crescimento e a mudança da estrutura da personalidade por meio de psicoterapia de orientação analítica, por exemplo. Cabe ressaltar, contudo, que o transtorno da personalidade antissocial é uma contraindicação para essa psicoterapia. Outra questão importante em relação às comorbidades é que pacientes com fobia social, evitação geral e aversão às terapias grupais podem optar pela psicoterapia psicodinâmica individual.<sup>26</sup>

De maneira geral, Gabbard<sup>26</sup> resume as indicações de psicoterapia expressiva de apoio como segue:

1. psicopatologia significativa além de abuso de drogas
2. engajamento em um programa de tratamento, que inclui narcóticos anônimos (NA) ou outro grupo de apoio, abstinência forçada, possivelmente um substituto da droga, como a metadona, e medicação psicotrópica adequada
3. ausência de diagnóstico de transtorno da personalidade antissocial (a não ser que depressão também esteja presente)
4. motivação suficiente para comparecer às sessões marcadas e envolver-se no processo

## MODELOS PSICODINÂMICOS PARA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

No passado, várias teorias psicodinâmicas sobre a gênese da dependência química foram desenvolvidas: teoria das gratificações narcísicas, teoria da oralidade, teoria das relações maníacas e teoria das perversões. Por meio de uma perspectiva freudiana clássica, León Wurmser<sup>31</sup> concebeu a dependência como resultado de um conflito entre o id, o ego e o superego. Segundo ele, o dependente chegou a uma “crise narcisística”, na qual um superego arcaico e cruel passa a questionar o valor do *self*. Como consequência, a pessoa apresenta ansiedade, sentimentos depressivos, vergonha e culpa e, ao mesmo tempo, um especial sentimento de estar desprotegido. Para lidar com esse estado, com o consumo, o ego do dependente se alia a importantes partes do id, com fantasias de fusão. Segundo essa teoria, experiências infantis como grave e *real* exposição a violência, sedução sexual, abandono brutal, falta de confiança ou *real*

invasão ou segredo da parte dos pais, desde muito cedo na vida, dirigiram sua agressão contra estruturas externas, particularmente a qualquer tipo de autoridade, adquirindo a forma de uma rebeldia destrutiva, de desafio ou provocação.

Na escola da psicologia do *self*, Heinz Kohut<sup>32</sup> elaborou uma teoria considerando o *self* como uma estrutura com sua própria linha de desenvolvimento. Esse autor afirmava que os dependentes têm uma falha em sua capacidade psíquica para manter um equilíbrio mental e, como consequência, utilizam defesas narcísicas. Segundo ele,

[...] o trauma que eles sofrem é quase sempre uma grave desilusão frente a uma mãe que, devido a sua pouca empatia com as necessidades da criança, não cumpriu adequadamente as funções que o aparelho psíquico maduro posteriormente deveria ser capaz de realizar pelos seus próprios meios (funções de continência para estímulos; de prover os estímulos necessários; ou de oferecer a gratificação de um alívio para a tensão).

Assim, de acordo com Kohut,<sup>33</sup> o que o dependente sofre é uma falha no *self*, a qual tenta remediar por meio do consumo de substâncias. Para ele, a personalidade encontra-se privada de coesão, como se faltasse a imagem idealizada do pai e a empatia da mãe. Nesse contexto, as drogas transformariam a realidade ansiogênica em neutra, reforçando nos usuários sua onipotência: “É o triunfo da negação”.

Ainda segundo o mesmo autor, a função da terapia seria proporcionar uma gradual identificação e introjeção de elementos bons pelo paciente, com o estabelecimento de uma forte aliança terapêutica. Entretanto, o vínculo inicial com os dependentes químicos é bastante frágil, e, devido

a essa negação e onipotência, é importanteativá-lo, evitando confrontações ou posturas que possam ser interpretadas como autoritárias ou preconceituosas.

Já a teoria das relações objetais situa a natureza dos problemas mentais no *conflito* psíquico, mais que nos déficits. Joyce McDougall<sup>34</sup> afirma que os dependentes sofrem a ausência de representação mental de um objeto bom. Eles escolhem utilizar um elemento concreto – a droga, um objeto (inanimado) “bom” – com o fim de compensar essa falta. Henry Krystal<sup>35</sup> refere que a realidade psíquica do dependente encontra-se dominada por uma intensa experiência de *ambivalência*, inicialmente dirigida a uma imagem materna, mas, em seguida, estendida a outros objetos, tais como as pessoas que o cercam ou a própria droga. Afirma que o dependente, em sua relação com as substâncias, atua tanto as fantasias de fusão como as de separação a respeito de sua mãe.

Contudo, para McDougall,<sup>34</sup> a incapacidade desses pacientes em sentir (alexitimia<sup>36</sup>) é uma forma de evitar adquirir consciência de *ansiedades psicóticas*, tentando deslocá-las para a ação. Dessa forma, a conduta aditiva permite que o dependente evite a dor psíquica, ao mesmo tempo que cria uma adaptação à realidade que reconhece como um *falso self*.<sup>37</sup>

Ela observa que esses pacientes, como requisito para “sentirem-se vivos”, são extremamente dependentes de seus objetos de amor (ou droga), ao mesmo tempo que tendem a ficar doentes quando são “abandonados” (abstinência).

Por fim, durante várias décadas, importantes mudanças ocorreram no pensamento psicodinâmico sobre o uso de substâncias. As teorias mais recentes con-

sideram o uso de substâncias como um esforço adaptativo para a sobrevivência mental, ou seja, uma resposta progressiva a um sofrimento psicológico. Tais deficiências incluem prejuízos no autocuidado, vulnerabilidades no desenvolvimento e na autoestima, problemas nas relações de objetos e déficits de afetos.<sup>38</sup> Apesar da riqueza e da profundidade com que as teorias psicanalíticas tratam adições, é necessário considerar que a maioria delas baseia-se nas observações clínicas e em reconstruções retrospectivas do passado dos pacientes.

## O modelo da automedicação – uma forma prática de trabalho psicodinâmico com dependentes químicos

Em função de ser um dos mais estudados e utilizados na atualidade, esse modelo teórico será aprofundado neste capítulo e descrito separadamente.

A relação entre sintomas psiquiátricos e uso de droga tem sido definida como a hipótese da automedicação.<sup>39</sup> Segundo Murphy e Khantzian,<sup>40</sup> essa teoria se refere às “tentativas do indivíduo de lidar [*cope*, no original] com o ambiente externo e interno”, sendo o uso de substâncias uma expressão dessas tentativas – bem-sucedidas ou não – de balancear funções desorganizadas do ego mediante a vivência do efeito psicoativo da droga.

A estrutura dessa teoria centra o problema da adição no *self* vulnerável e desregulado e volta-se para modificações na estrutura do *self* para seu respectivo tratamento. A tentativa desorganizada de utilizar substâncias para gerar homeostase

entre o meio interno (mundo intrapsíquico) e o ambiente externo (o mundo real percebido pelo paciente) levaria a um uso equilibrado ou não dessas substâncias e ao aproveitamento de seus efeitos para manter o equilíbrio. Um ponto interessante sobre esse conceito é o de que o indivíduo que se apresenta para tratamento é aquele no qual tal balanço se desorganizou, e por isso se faz necessário um novo equilíbrio – aí sim com a tentativa de exercitar um novo balanceamento sem o uso de substâncias psicoativas. O curioso dessa teoria é que os indivíduos que conseguissem algum grau de equilíbrio por meio do efeito percebido pelo uso de substâncias psicoativas não necessitariam de tratamento. Na prática, tal fenômeno tem expressão clínica, uma vez que a prevalência de uso de substâncias é, evidentemente, maior do que a prevalência de abuso ou dependência, sugerindo que, de fato, exista uma fração de indivíduos que tenha conseguido estabelecer tal equilíbrio mediado pelo uso de substâncias, ao menos por um período limitado de tempo.

A hipótese da automedicação postula que o uso de drogas pode começar, continuar ou ser fomentado como uma forma de autorregulação para contrabalançar ansiedade, depressão, sentimentos de raiva ou desconforto subjetivo.<sup>39,41</sup> Essa relação aparente entre sintomas psicológicos e abuso de substâncias proporciona a base lógica para a utilização de psicoterapia no tratamento da dependência – se o desconforto psicológico pode ser reduzido, o paciente tem uma melhor oportunidade de diminuir ou parar a autoadministração da droga. Além disso, serve para explicar o início do uso de substâncias e sua manutenção. Segundo Murphy e Khantzian,<sup>40</sup>

[...] na tentativa de se adaptar às suas próprias emoções e ao ambiente,

a ação da substância e a imersão em uma subcultura de droga poderia ser usada para emudecer, extinguir ou evitar um gama de sentimentos e emoções.

Dessa forma, a teoria sugere que a droga seria utilizada não para *gerar* bem-estar, mas para equilibrar *desconfortos*.

O bem-estar advém da evitação do desconforto – gerado tanto pelo desequilíbrio interno do indivíduo como, posteriormente, pela própria abstinência da substância –, o que não é diferente de mecanismos de defesa adaptativos utilizados para regulação entre o ambiente e o mundo interno, como, por exemplo, sublimação e humor. Porém, estes são muito mais sofisticados do que os mecanismos primitivos de associação com recompensa e prazer imediatos fornecidos pelo uso sistemático de drogas. Segundo Khantzian,<sup>42</sup>

Em vez de buscar mecanismos de defesa neuróticos, caracterológicos ou outras formas adaptativas como meio de lidar com o desconforto, os usuários de substâncias adotam uma solução extraordinária, ao utilizarem uma droga poderosa.

Murphy e Khantzian<sup>40</sup> sugerem que o uso de substâncias estaria, então, a serviço da defesa de impulsos e afetos e defendem que áreas específicas de regulação do *self* estariam afetadas, como, por exemplo, autocuidado e regulação de afetos.

Outra leitura para o fenômeno da utilização da droga como um regulador dos afetos é a visão de que a ela é utilizada como um “poro” de regulação da expressão desses afetos, sendo descrita

pelo paciente como um facilitador. É comum a comunicação, por parte do paciente em ambiente clínico, de que “eu só consegui fazer tal coisa sob efeito de droga”, ou “precisei beber para dizer o que eu pensava”, ilustrando que a repressão de afetos é mediada pelo uso de drogas, como uma instalação hidráulica desenvolvida pelo paciente para regular sua comunicação com o meio externo.

Pacientes em abstinência se ressentem desse mecanismo e, de modo sistemático, relatam dificuldade em sentir ou expressar seus sentimentos de uma forma mais intensa e genuína sem a facilitação percebida pela utilização de drogas. Tal sintoma lembra referências feitas por diferentes autores em outros contextos, com mais de uma terminologia, sendo os termos mais comumente empregados a *alexitimia*<sup>36</sup> ou a expressão *dis-affected patient*.<sup>43</sup> Na prática, o que se observa clinicamente é uma pobreza de expressões mais profundas de afeto, com uma tendência a respostas lacônicas, superficiais e sem consistência. A despeito de se esse fenômeno ser causa ou consequência do abuso de substâncias, sua coocorrência é frequente o suficiente para requerer atenção por parte do terapeuta.<sup>44</sup>

Outro ponto citado por Murphy e Khantzian<sup>40</sup> é a percepção de que usuários de drogas buscam controle, em vez de erradicação, de seus sentimentos por meio do uso de substâncias. O alívio, dessa forma, seria conseguido por reconhecer uma condição “controlável” (mesmo que parcialmente) de expressão de sentimentos que, mesmo desconfortáveis, são identificáveis pela repetição sistemática do uso, ao contrário de sentimentos avassaladores, abruptos e não mediáveis, típicos do relacionamento maduro com o meio externo. Pacientes descrevem a dificuldade de lidar com sentimentos novos na fase de recupe-

ração em abstinência, mesmo que sejam prazerosos. A questão não é tanto se os sentimentos são bons ou ruins, mas se eles já pertencem a um catálogo de sensações previamente reconhecidas e identificadas ou se são elementos novos (portanto ameaçadores) a serem incluídos no arsenal. É típica a percepção de que pacientes em abstinência “não conseguem melhorar”, quando, na verdade, o que pode estar se passando é uma dificuldade de administrar sentimentos intensos, “não catalogados”, e, desse modo, fora de seu controle, mesmo que de caráter positivo. É fácil compreender o quanto a má administração desses sentimentos gera recaídas.

## POSTURA DO TERAPEUTA E ADAPTAÇÕES DA TÉCNICA E DO SETTING: ELEMENTOS DETERMINANTES NO TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS

O leitor atento percebeu que, nas vinhetas descritas neste capítulo, a postura do terapeuta teve relevantes implicações na relação dinâmica com seu paciente, afetando sobremaneira o atendimento. No caso do profissional liberal de 57 anos, a exclusiva interpretação de que seu comportamento é fruto de resistência à mudança seria inadequada nessa fase do atendimento: o aumento da ansiedade causado pela interpretação da resistência poderia levá-lo a comportamentos sistemáticos de recaída e consequente aumento das resistências ao tratamento. A atitude de monitoramento constante, associada a uma postura de suporte e compreensão do terapeuta acerca das dificuldades com o contato mais próximo com o tratamento, podem poten-

cializar um aumento do vínculo, necessário às etapas posteriores da psicoterapia. Entretanto, tal postura somente pode ser utilizada em pacientes cuja intensidade de problemas com o uso de substâncias esteja razoavelmente sob controle.

No que compete ao paciente Douglas, a postura homogênea ao longo do processo de mudança define para ele um formato – em geral, falho na estrutura de personalidade desses pacientes – segundo o qual pode testar e apoiar as mudanças que foram devidamente contratadas no início do tratamento.

Por poder experimentar um processo de identificação com elementos percebidos como saudáveis do terapeuta, o paciente se permite exercitar aspectos menos estruturados – porém presentes – de sua personalidade, em busca de um equilíbrio baseado em um funcionamento mais amadurecido (abstinência e exame das dificuldades, sem retorno ao uso de drogas).

O caso de Bruna é ilustrativo da potencial frustração existente no tratamento de dependentes graves, com inúmeras intercorrências no processo de recuperação. O desgaste causado no tratamento (e, por que não dizer, no terapeuta) deve ser foco de atenção preventiva, com a busca sistemática de elementos positivos e saudáveis na relação paciente-terapeuta, para que o tratamento não se desfaça em circunstâncias de crise ou imediatamente posteriores a estas.

No caso de Nilo, o elemento principal é a organização do paciente em torno dos elementos previamente contratados no início do tratamento. Dessa forma, paciente e terapeuta sabem o que irão fazer quando do surgimento de intercorrências e podem se valer dos elementos já determinados pa-

ra tomadas de atitude e correções de rota ao longo do tratamento.

Outro ponto fundamental no atendimento de dependentes químicos é a manutenção dinâmica e a revisão sistemática do contrato terapêutico, que está intimamente relacionado à formação e à continuada revisão da aliança terapêutica.

## ADAPTAÇÕES DO SETTING E DA TÉCNICA

Do ponto de vista da logística do tratamento com dependentes químicos, são necessários alguns pontos de adaptação da técnica tradicional de psicoterapia. Estes são gerados, basicamente, pela necessidade de definir limites – com o objetivo precípua de aumentar o controle do paciente sobre seu comportamento aditivo – e são feitos mediante um contrato com regras bem definidas e que se encontra em constante mutação e adaptação.

É evidente que os temas aqui descritos são válidos para uma psicoterapia sistemática com dependentes químicos, iniciada após os processos clínicos de desintoxicação, que não são foco deste capítulo. Alguns pontos merecem destaque.

### Combinações referentes a horários, faltas e recaídas

Segundo Levin,<sup>45</sup>

[...] a sobriedade depende da construção de uma estrutura psíquica, de forma que o dependente possa executar

tarefas [...] previamente executadas pelas drogas.

É de se esperar, portanto, que, ao ser proposta a retirada da droga da vida do paciente, ele regreda a estágios mais primitivos de funcionamento mental, demonstrando a necessidade de readequação de sua vida sem a utilização de uma "muleta química". Como consequência, a estrutura do tratamento deverá servir como molde e suporte para o funcionamento mental – e também da vida prática do paciente.

Isso implica o estabelecimento de regras mais firmes para o desenvolvimento do contrato terapêutico do que normalmente se esperaria em uma psicoterapia convencional. A "forma" da sessão – por exemplo, no que compete a horários (atrasos, faltas ou outras questões) – tem, de fato, uma tarefa modeladora para o paciente.

Pela característica específica do comportamento aditivo, o dependente, via de regra, acostumou-se a funcionar sob um formato desorganizado, com pouco ou nenhum compromisso, e com todo um sistema protetor e autojustificado – baseado, principalmente, em identificação projetiva – para retroalimentar seu abuso de substâncias. Essa estrutura primitiva estará mais desorganizada no início do tratamento, em função da retirada da droga e da imposição de novas regras de funcionamento. É tarefa do terapeuta identificar para o paciente essa organização mais primitiva e, ao confirmar elementos de contrato referentes a horários, atrasos, faltas, pagamentos e manejo de recaídas, definir a proposição de estruturar a vida do paciente. É útil expressar que, por meio de ações aparentemente pequenas – como, por exemplo, acostumar-

-se a chegar um pouco mais cedo à sessão e aguardar sua hora na sala de espera –, o paciente experimentará de forma controlada um mecanismo adaptativo necessário para sua vida de relação, que é o controle sistemático de seus impulsos mediante a negociação com o tempo, a qual costuma ser falha em dependentes químicos. Como todas as drogas de abuso apresentam efeito psicoativo bastante rápido, o dependente se acostumou a gratificar-se imediatamente com as substâncias e tenderá a repetir esse comportamento na relação de tratamento, o que permite o exame de seu significado. Espera-se que o paciente reaja a esse formato e não se organize no início, o que deve ser tolerado pelo terapeuta, mas reforçado como uma das metas iniciais associadas à abstinência.

No que compete à abstinência, outra regra deve ser contratada: a de não realizar a sessão de psicoterapia sob o efeito de drogas – seja agudo, seja pós-uso imediato.

Há dois motivos para que essa regra seja seguida à risca: o primeiro é, obviamente, de característica cognitiva, pois um usuário de drogas intoxicado terá uma resposta prejudicada e alterada à interação social e ao ambiente, gerando elementos artificiais à relação de tratamento e prejudicando sua compreensão sobre os temas abordados na sessão. O segundo é de natureza simbólica: a sessão deve servir como elemento original na vida de um dependente químico, que se acostumou a negociar a seu favor a utilização de drogas em diversos pontos de sua vida cotidiana: trabalhar, dirigir, conversar, interagir socialmente são exemplos de circunstâncias que

o dependente descreveria como possíveis de serem realizadas sob o efeito de drogas, negando o impacto delas na qualidade de sua *performance*.

É dever do terapeuta produzir crítica e contraste a essas justificativas, por meio da observação, junto com o paciente, das diferenças existentes entre realizar tarefas e interagir com outros indivíduos – em particular, na qualidade e na intensidade das expressões de afeto *com* e *sem* o uso de drogas. E, para tal, a sessão serve de ponto de partida para essa tentativa, que somente pode ser feita em abstinência de, no mínimo, 24 horas. Isso deve ser combinado no contrato inicial e reforçado quando necessário.

Mesmo que tal elemento produza circunstâncias desconfortáveis para o paciente – como, por exemplo, a suspensão da sessão caso seja identificado que o paciente está intoxicado ou com sinais de uso recente de droga –, ele deve ser mantido. Pode-se encorajar o paciente a comunicar ao terapeuta quando não puder comparecer à sessão por quebra de contrato, o que é uma expressão de amadurecimento na relação. Pode ser adequado, se possível, reorganizar o horário da sessão para um novo dia (de preferência o dia seguinte à sessão originalmente prevista). Com isso, ao mesmo tempo, encoraja-se o paciente a realizar a consulta em um novo dia e com uma nova tentativa de abstinência, mas também se demarca que o *setting* ficou protegido da intervenção externa provocada pela droga. É claro que, se esse comportamento se repete, tal sistema não irá funcionar. Porém, é provável que, caso o comportamento se repita, outras alterações do *setting* se tornem necessárias, como, por exemplo, a desintoxicação do paciente em regime am-

bulatorial ou hospitalar. Esse sistema é útil para lapsos esporádicos (*slips*, ou escorregões, como define Marlatt<sup>28</sup>), e não para uma recaída de grande porte.

Para adolescentes, outras adaptações do *setting* são necessárias, como a confirmação de abstinência por exames de urina ou presença ou contato sistemático com pais ou responsáveis durante o tratamento. Ambos os mecanismos têm efeito extremamente terapêutico ou deletério na relação médico-paciente, dependendo, em grande parte, de como isso foi contratado e de seu uso parcimonioso.

A utilização de testes de urina para confirmar abstinência, na verdade, tem como utilidade a revisão do grau de fidelidade existente entre paciente e terapeuta. Utilizá-la como rotina (ou mesmo sem o consentimento do paciente) não apenas não produz efeito terapêutico como também pode ter efeitos nocivos ao *setting*, em função da perda de autonomia e responsabilidade por parte do paciente, que aloca à checagem de sua urina – e não a si mesmo – o compromisso com a abstinência.

Como a motivação para o tratamento, em especial com o uso de drogas menos pesadas, como a maconha, costuma ser baixa, o teste de urina é imprescindível para confirmar a veracidade da informação dada pelo paciente em sessão. Caso o paciente se negue a realizar o teste, isso será um indicador de provável consumo de drogas. O exame da atitude de negação deve ser realizado imediatamente, pois compromete um dos pilares principais de qualquer psicoterapia, que é a confiabilidade das informações entre paciente e terapeuta.

Quanto à presença de pais ou responsáveis no consultório, em especial para

adolescentes, com ou sem a presença do paciente, esta se faz necessária de forma mais frequente no início do tratamento, quando são definidas regras de funcionamento da psicoterapia, ou quando há quebra importante de contrato psicoterápico (faltas repetidas, incongruências entre informações). É importante comunicar ao paciente que os pais serão chamados à consulta e, conforme a postura de privilegiar a relação de tratamento, convidá-lo a participar desta, na tentativa de evitar dissociações. Muitas vezes, a presença dos pais no consultório é resultado de uma circunstância aguda (recaída sem controle, por exemplo), significando uma modificação no *setting* original. Aconselha-se que, para adolescentes, a possibilidade dessa intervenção seja discutida no início do tratamento.

## Interpretar ou não?

Os elementos transferenciais de uma psicoterapia de dependência química não são particularmente diferentes dos de uma psicoterapia convencional: o dependente projeta no terapeuta elementos idealizados e conflituados de suas relações primitivas, e este pode compreender o significado de tais manifestações à custa de sua vivência dos elementos contratransferenciais.

A diferença se encontra na forma de manejar esses elementos, no uso de intervenções e, em especial, na maior parcimônia em relação à utilização de interpretações – particularmente as relacionadas a transferência/contratransferência. Na psicoterapia dinâmica convencional, os elementos trazidos pelas reações transferenciais do paciente são atuados no campo terapêutico. A interpretação sistemática do

significado das atuações gera compreensão progressiva do mundo interno para o paciente, facilitando seu crescimento. O motivo principal da não utilização da interpretação transferencial na psicoterapia de dependentes químicos, de forma mais específica nos estágios iniciais de tratamento e com pacientes com transtornos da personalidade, está no fato de que o paciente irá atuar suas reações transferenciais primordialmente à custa de elementos comportamentais (recaídas), o que não é desejado no processo terapêutico.

A transferência do paciente, previamente relacionada à droga, é substituída, de forma gradativa, pela transferência a uma pessoa (terapeuta) e, ao contrário do que se passa com a droga, é utilizada para a compreensão do funcionamento do mundo interno do paciente e, então, promover crescimento. Ou seja, a utilização de interpretações de cunho transferencial deve ser mínima nos estágios iniciais da psicoterapia, tendo maior efeito nos estágios mais tardios, quando o paciente conseguiu substituir as atuações do tipo recaída por outros mecanismos adaptativos e que não põem a continuidade do tratamento ou sua integridade pessoal sob risco tão intenso.

Na maior parte das vezes, o terapeuta pode – e deve – servir como um parâmetro (*role model*) para o paciente. De forma diferente de outras psicoterapias, aqui o que está em questão não é a figura idealizada do terapeuta, a ser analisada em função do exame de aspectos projetados na transferência, sendo, aos poucos, descateixizada e liberada de aspectos superegoicos para uma posterior construção de uma figura real, não idealizada. No tratamento do dependente químico, a figura *real* do terapeuta pode fazer a diferença, em função da desorganização maciça do mundo interno do paciente e de sua necessidade de refor-

ção e organização por meio dos elementos maduros e saudáveis transmitidos pelo terapeuta.

A dificuldade de terapeutas inexperientes ou menos treinados para lidar com ataques transferenciais intensos reside em não identificar, ou mesmo não aceitar, a carga emocional advinda dessa situação e, desavisadamente, contra-atar.

Pacientes dependentes de drogas irão experimentar, em seu processo de abster-se de substâncias, um progressivo “cair no vazio”, que, na maioria das vezes, é muito desorganizador. Em função de características previamente mencionadas neste capítulo, como a incapacidade de frustrar-se de forma produtiva ou lidar com adversidades de um modo relativamente organizado, esses pacientes terão no terapeuta – e, muitas vezes, somente nele – um ponto de contato com uma realidade mais saudável. Em seu sentido mais dramático, seria possível identificar fenômenos no processo transferência-contratransferência que, por não serem *acted in* (processados, elaborados e transformados em formato mais amadurecido), são atuados na relação ou na vida real, gerando recaídas “secas” (comportamentos aditivos relacionados à droga, mas sem, necessariamente, a recaída em si) ou recaídas reais.

O processo de supervisão sistemática de terapeutas menos experientes tende a minimizar tal ocorrência, mas mesmo terapeutas mais treinados podem, de forma consciente ou não, utilizar-se da interpretação transferencial sem a compreensão do potencial dano que podem causar ao paciente.

As intervenções mais úteis na psicoterapia sistêmica de dependentes químicos são do tipo assinalamento, confrontação, construção e reforço, sendo as interpretações transferenciais utilizadas ao término do tratamento – quando a droga praticamente não é mais o tema em questão – ou mesmo depois, quando o paciente estiver indicado para uma forma de tratamento de maior aprofundamento, como, por exemplo, a psicanálise.

Para finalizar, é útil relembrar os elementos de tratamento psicodinâmico de um dependente químico. Uma vez que os objetivos traçados inicialmente tenham sido atingidos ao longo do atendimento (abstinência constante, com aumento da compreensão sobre uso e recaída de drogas), pode-se, em alguns casos específicos, considerar a indicação do paciente para um tratamento psicanalítico. Esta é a expressão final de um aumento global de compreensão interna por parte do paciente. O tema central “droga” agora é, no máximo, um aspecto secundário do atendimento, encontrando-se substancialmente *fora* do *setting*. Nesse momento, do ponto de vista da técnica psicoterápica, começa a haver uma superposição entre os dois formatos e uma indicação para atendimento posterior dos processos depressivos e ansiosos que fizeram parte da vida psíquica do paciente, os quais, até então, haviam sido manejados por meio do uso de substâncias e que necessitam ser elaborados sob um formato mais maduro e duradouro.

Os aspectos depressivos e ansiosos permanecem como um resquício de comportamentos e situações passados e já suficientemente elaborados pelo processo sucessivo de exame do mundo intrapsíquico decorrente da psicoterapia. Para essas condições, sugere-se uma avaliação para psicanálise posterior.

**PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO**

1. Uma abordagem não dogmática, flexível, criativa, não hierárquica, empática, podendo-se utilizar da combinação de técnicas muitas vezes discrepantes e concorrentes, é importante para melhores resultados no tratamento.
2. Exige-se muito tempo e energia por parte do terapeuta para introduzir o paciente ao tratamento e comprometê-lo com sua manutenção. Elementos narcisistas do terapeuta dificultam a formação de um vínculo terapêutico eficaz.
3. Os objetivos do tratamento devem ser formulados antecipadamente e mantidos em foco. Dependentes de substâncias irão se apresentar, no início, com o mundo interno bastante caótico e desorganizado.
4. O método psicodinâmico deve ser utilizado em um momento emocional adequado para o paciente (*timing* apropriado para o paciente).
5. A necessidade de psicoterapia de orientação analítica do usuário de substâncias depende, principalmente, do desejo, da prontidão e da necessidade sentida do paciente para esse tipo de tratamento. A motivação é essencial para o sucesso terapêutico nesse tipo de abordagem.
6. A hipótese da automedicação postula o uso de substâncias como tentativa de gerar homeostase entre o meio interno e o ambiente externo e balancear funções desorganizadas do ego.
7. Usuários de substâncias procuram controle, em vez de erradicação, de seus sentimentos com o uso de drogas. Os pacientes têm dificuldade de lidar com sentimentos novos, mesmo que positivos.
8. Constituem nuances do tratamento psicoterápico:
  - a) interpretações transferenciais ou mais impactantes devem ser realizadas posteriormente no tratamento, devido ao risco de *acting out* por meio de recaídas no uso de drogas
  - b) postura empática inicial e um pouco mais ativa ou diretiva: a neutralidade do terapeuta e o silêncio podem ser percebidos como ameaçadores e favorecedores de recaídas no início do tratamento
  - c) o terapeuta deve resistir aos ataques transferenciais e evitar contra-ataques; além disso, nem toda recaída deve ser interpretada como um ataque
  - d) uso prévio de substâncias não é uma contraindicação para análise, contanto que o paciente se mantenha abstinente por um longo tempo antes de ir para o divã
  - e) transfere-se a dependência prévia da droga para a dependência de uma pessoa (terapeuta), no sentido de buscar reestruturação do mundo interno
9. São dificuldades no tratamento do dependente químico:
  - a) recaídas frequentes
  - b) alexitimia
  - c) narcisismo do terapeuta (impossibilidade de “falhas” no tratamento)
  - d) falta de motivação do paciente
  - e) danos no lobo pré-frontal que levam a atitudes impulsivas e inconsequentes, muitas vezes impossibilitando contratos terapêuticos
10. Os objetivos da psicoterapia em paciente dependentes químicos são:
  - a) formação de aliança terapêutica (*rapport*)
  - b) identificação com elementos saudáveis na relação terapeuta-paciente e reestruturação de vínculos
  - c) identificação de sentimentos e emoções
  - d) diminuição de comportamentos de risco/abstinência constante
  - e) manutenção do *setting*, apesar de tentativas do paciente para quebrá-lo
  - f) revisão sistemática do contrato terapêutico (necessidade de definir limites)
  - g) manutenção da abstinência como prioridade do tratamento para se avançar em outros pontos

## REFERÊNCIAS

1. Miller NS, editor. *The principles and practice of addictions in psychiatry*. Philadelphia: W. B. Saunders; c1997.
2. Washton AM, Zweben JE. *Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas*. Porto Alegre: Artmed; 2009
3. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis*. 1980;168(1):26-33.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text revision: DSM-IV-TR*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; c2000.
5. Kessler F, von Diemen L, Seganfredo AC, Brandão I, de Saibro P, Scheidt B, et al. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Rev Psiquiatr RS*. 2003;25(Supl 1): 33-41
6. Luborsky L, Crits-Christoph P, McLellan AT, Woody G, Piper W, Liberman B, et al. Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *Am J Orthopsychiatry*. 1986;56(4):501-12.
7. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102-14.
8. Brasiliano S, Knapp P. Tratamento psicoterapêutico. *J Bras Dependência Química*. 2001;2(Supl 1):12-7.
9. Spivak K, Sanchez-Craig M, Davila R. Assisting problem drinkers to change on their own: effect of specific and non-specific advice. *Addiction*. 1994;89(9):1135-42.
10. Sanchez-Craig M, Wilkinson DA, Davila R. Empirically based guidelines for moderate drinking: 1-year results from three studies with problem drinkers. *Am J Public Health*. 1995;85(6):823-8.
11. Miller WR, Sanchez-Craig M. How to have a high success rate in treatment: advice for evaluators of alcoholism programs. *Addiction*. 1996;91(6):779-85.
12. Lowinson J, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. *Psychodynamics*. In: Lowinson J, Ruiz P, Millman RB, Langrod, JG, editors. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
13. Dodes LM. Abstinence from alcohol in long-term individual psychotherapy with alcoholics. *Am J Psychother*. 1984;38(2):248-56.
14. Santos MA. *Psicoterapia psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas*. SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drog. 2007;3(1):Artigo 5.
15. Gabbard GO, Wilkinson SM. Establishment of optimal distance. In: Gabbard GO, Wilkinson SM. *Management of countertransference with borderline patients*. Washington: American Psychiatric; 1994. p. 25-46.
16. Knapp WP, Soares BG, Farrel M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (3):CD003023.
17. Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD001088.
18. Barnett E, Sussman S, Smith C, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. Motivational Interviewing for adolescent substance use: a review of the literature. *Addict Behav*. 2012;37(12):1325-34.
19. Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, et al. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute of Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(6):493-502.
20. Crits-Christoph P, Gibbons MBC, Gallop R, Ring-Kurtz S, Barber JP, Worley M, et al. Supportive-expressive psychodynamic therapy for cocaine dependence: a closer look. *Psychoanal Psychol*. 2008;25(3):483-98.
21. Steffen DV, Werle L, Steffen R, Steffen M, Steffen S. [Long-term effectiveness of psychodynamic outpatient treatment of addiction]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2012;80(7): 394-401.

22. Klein M. Research issues related to development of medications for treatment of cocaine addiction. *Ann N Y Acad Sci.* 1998;844:75-91.
23. Gastaud MB, Goi JD, Bassols AM, Costa CP, Krieger D, Machado D, et al. Is it grist to the mill? Wandering between indications for psychoanalytic treatment and the analytic field. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013;35(1):12-23
24. Etchegoyen RH. *Fundamentos da técnica psicanalítica.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
25. Fenichel O. *Teoría psicoanalítica de las neuroses.* Buenos Aires: Paidós Ibérica; 1996.
26. Gabbard GO. Transtornos relacionados a substâncias e transtornos de alimentação. In: Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica.* 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
27. Gorski TT, Miller M. *Staying sober: a guide for relapse prevention.* Independence: Independence; c1986.
28. Marlatt GA, Gordon JR, editors. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: Guilford; c1985.
29. Vaillant GE. The alcohol-dependent and drug-dependent person. In: Nicholi Jr AM, editor. *The new Harvard guide to psychiatry.* Cambridge: Harvard University; 1988. p. 700-13.
30. Mercer D, Woody GE. Individual psychotherapy and counseling for addiction. In: Gabbard G, Beck JS, Holmes J, editors. *The Oxford textbook of psychotherapy.* Oxford: Oxford University; 2005.
31. Wurmser L. The role of the superego conflicts in substance abuse and their treatment. *Int J Psychoanal Psychother.* 1984-1985;10:227-58.
32. Kohut H. *The analysis of the self: a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders.* Chicago: University of Chicago; c1971.
33. Kohut H. Preface. In: Blaine JD, Julius DA, editor. *Psychodynamic of drug dependence.* Rockville: National Institute on Drug Abuse; 1977. (NIDA research monographs series, v. 12).
34. McDougall J. The psychosoma and the psychoanalytic process. *Int Rev of Psychoanal.* 1974;1(4):437-59.
35. Krystal H. Self representation and the capacity for self-care. *Annual of Psychoanalysis.* 1978;(6):209-46.
36. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 1973;22(2):255-62.
37. Winnicott DW. *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development.* New York: International Universities; c1965.
38. Khantzian EJ, Dodes L, Brehm N. Psychodynamics. In: Lowinson J, Ruiz P, Millman RB, Langrod, JG, editors. *Substance abuse: a comprehensive textbook.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
39. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry.* 1985;142(11):1259-64.
40. Murphy SL, Khantzian EJ. Addiction as a "self-medication" disorder: application of ego psychology to the treatment of substance abuse. In: Washton AM. *Psychotherapy and substance abuse: a practitioner's handbook.* Nova York: Guilford; c1995. p. 161-75.
41. Khantzian EJ, Khantzian NJ. Cocaine addiction: is there a psychological predisposition? *Psychiatric Annals.* 1984;14:753-9.
42. Khantzian EJ. Opiate addiction: a critique of theory and some implications for treatment. *Am J Psychother.* 1974;28(1):59-70.
43. McDougall J. The "dis-affected" patient: reflection on affect pathology. *Psychoanal Q.* 1984;53(3):386-409.
44. Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment.* New York: Basic Books; c1984.
45. Levin JD. Psychotherapy in later-stage recovery. In: Washton AM. *Psychotherapy and substance abuse: a practitioner's handbook.* Nova York: Guilford; c1995. p. 264-84.

A internação em um hospital geral pode ocasionar sofrimento psíquico e alterações comportamentais que excedem o que a equipe assistencial considera como reação normal ao adoecimento. Isso costuma desencadear a solicitação para que um profissional da saúde avalie o estado mental do paciente e auxilie em seu manejo. A esse respeito, esclarecemos que, neste capítulo, não abordamos os transtornos psiquiátricos mais prevalentes no âmbito do hospital geral. Focalizamos, em vez disso, circunstâncias que, nesse ambiente, costumam condicionar a intervenção psicoterapêutica.

De modo geral, quem melhor pode cuidar da saúde mental do paciente é seu próprio médico, por meio de atitudes psicoterapêuticas. O profissional de saúde mental o auxilia nessa tarefa, ao discutir a dinâmica psicológica do paciente. Isso pode ser feito de uma maneira simples: ouvir atentamente, permitir desabaços, reconhecer a dificuldade enfrentada pelo colega, apontar formas alternativas de compreender a situação, fazer sugestões de manejo.

Em situações nas quais se percebe a dificuldade do médico ou de membros da equipe em lidar com um paciente ou uma situação clínica, o ideal é que o profissional de saúde mental aja como um catalisador, deixando a ação a cargo da equipe. Nesse

caso, a consultoria será mais eficaz quanto menos sua pessoa “aparecer”, quanto mais for “invisível”.<sup>1</sup> Se a condição emocional do paciente estiver mais afetada, aí sim poderá ser necessária a psicoterapia, provida por um profissional treinado para tanto.

#### Hospital geral: oportunidade para a ação

O profissional de saúde mental pode tomar a iniciativa das ações de saúde, em vez de aguardar pela solicitação de seus trabalhos. Em geral, o início dessa forma de trabalhar dá-se por meio de um *screening* capaz de detectar os pacientes que necessitem da intervenção que se oferece, como, por exemplo, tratamento de tabagismo, alcoolismo, depressão. Vale-se de uma oportunidade em que muitos pacientes costumam estar mais motivados (ou pressionados) a parar de fumar ou de beber. A intervenção é breve, com entrevista motivacional e estratégia psicoeducacional. Em algumas iniciativas, a assistência prolonga-se após a alta hospitalar.<sup>2-4</sup>

## O ADOECER

O impacto de uma doença grave, com hospitalização, imobiliza e congela a existência e, em consequência, nossa relação com o mundo. Há quebra de uma linha de con-

tinuidade da vida, das funções desempenhadas no dia a dia, de certa previsibilidade que guardamos sobre o dia de amanhã. Ocorre uma interrupção da continuidade existencial e da referência temporal. É um tempo de suspensão, e as preocupações mais imediatas passam a girar em torno do estado corporal e da passagem das horas. Essa condição foi enfatizada por Freud,<sup>5</sup> em 1914:<sup>5</sup>

É do conhecimento de todos, e eu o aceito como normal, que uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento. Uma observação mais detida também nos ensina que ela também retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar. [...] Devemos, então, dizer: o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego e as põe para fora novamente quando se recupera.<sup>5</sup>

Strain<sup>6</sup> postula oito categorias de estresse psicológico a que está submetido o paciente hospitalizado por uma doença aguda, tendo por base as fases psicodinâmicas do desenvolvimento:

1. *Ameaça básica à integridade narcísica.* São atingidas as fantasias onipotentes de imortalidade, de controle sobre o próprio destino e de um corpo indestrutível. Podem emergir fantasias catastróficas, com sensação de pânico, aniquilamento e impotência.
2. *Ansiedade de separação,* não só de pessoas significativas, mas de objetos, ambiente e estilo de vida.
3. *Medo de estranhos.* Ao entrar no hospital, o paciente coloca sua vida e seu corpo em mãos de pessoas desconhecidas, cuja competência e intenção desconhece.
4. *Culpa e medo de retaliação.* Ideias de que a doença veio como um castigo por pecados e omissões. Pode haver fantasias de ser destruído pelo próprio corpo ou por procedimentos e terapêutica adotados.
5. *Medo da perda do controle* de funções adquiridas durante o desenvolvimento, como a fala, o controle dos esfíncteres, a marcha.
6. *Perda de amor e de aprovação,* com sentimentos de autodesvalorização gerados pela dependência, pela sobrecarga financeira ou por outros fatores.
7. *Medo de dano a partes do corpo.*
8. *Medo da dor e da morte.*

A vivência de quem se descobre gravemente enfermo, internado em um hospital, é a de, a partir de seu próprio corpo, deixar de ser dono de si. Com as limitações da doença, passa a sujeitar-se ao corpo e a ele tem que perguntar: "Posso...?". A vivência é de tornar-se escravo do corpo e do tempo, ter de se adaptar às regras e ao ritmo da instituição. A enfermidade transforma o homem de sujeito de intenções em sujeito de atenção.

As pessoas reagem de modos diferentes às doenças e à internação hospitalar. Os fatores que determinam respostas distintas a essas condições não são conhecidos em sua totalidade. Entretanto, o significado pessoal e subjetivo que a doença física desperta parece ser o fator fundamental. Este é modulado por características de personalidade, pela história de vida, pelas circunstâncias sociais e pela própria natureza da patologia e de seu tratamento.

As ameaças e frustrações que acompanham o adoecer podem ser intensas; a doença passa a ser a marca da impotência, transforma-se em uma ferida psíquica que não cicatriza, ainda que, de fato, as coisas

estejam dando sinais de melhora. Algumas pessoas têm seu sofrimento prolongado, pois não conseguem elaborar a situação de perda (*luto patológico*).

Indivíduos acostumados a manter rigidamente o controle de diversos aspectos de suas vidas poderão relacionar-se de forma exasperada com seus cuidadores. Não abrem mão de uma posição de comando, exigindo, a todo momento, que se atendam suas inúmeras solicitações. Outros, com traços de instabilidade e incontinência emocionais, terão reações exacerbadas, demandarão mais atenção do que o normal. Não raramente, tais pacientes despertam raiva e esgotamento. O profissional da saúde poderá, nesses casos, sentir-se explorado, controlado, e responderá com hostilidade. Nesse caso, ele se enredou na trama emocional do paciente e perdeu a capacidade de discriminação.<sup>7</sup>

## Mecanismos de defesa

Os mecanismos psicológicos de adaptação à doença e à hospitalização podem ser estudados sob as vertentes psicodinâmica (mecanismos de defesa, modalidades de apego, personalidade), fisiológica (estresse) e cognitiva (*locus* de controle, *coping*). A ideia de mecanismos de defesa ocorreu a Freud quando ele se deu conta da resistência que seus pacientes manifestavam contra representações inconciliáveis (“conteúdos penosos”) que chegavam à consciência. Inicialmente descritos como “defensivos”, mecanismos psicológicos de defesa são essenciais na própria constituição do sujeito, de sua personalidade, capazes de proporcionar uma espécie de viabilidade mental na relação do indivíduo com a realidade, incluindo-se sua realidade mais íntima e pessoal, às vezes apenas “sentida” e desprovida de representações mentais.<sup>8</sup>

Aqui, abordamos três mecanismos de defesa observados com frequência em situações de adoecimento: negação, regressão e deslocamento.

### Negação

O paciente age como se não estivesse sob ameaça. É um recurso para evitar sofrimento, medo e desespero. Pode postergar ou abandonar o tratamento, desacreditar nos resultados de exames, agir como se nada de grave estivesse acontecendo ou tentar fazer crer que seu problema clínico é de natureza mais branda do que todos estão pensando. Outras vezes, observa-se uma pessoa que, embora submetida a procedimentos invasivos e dolorosos, não faz perguntas sobre a razão de sua internação ou dos remédios que está tomando.

De certa forma, a *racionalização*, outro mecanismo de defesa bastante observado na clínica, apoia-se na negação e no *isolamento* de sentimentos penosos. O paciente poderá querer conversar, às vezes até de forma animada, sobre os aspectos técnicos de seu diagnóstico e tratamento. Outra forma de negar conflitos e sentimentos é a *banalização*. Dá-se a um problema sério apenas alguma importância, o assunto logo é mudado, ou se segue uma brincadeira.

Características como as descritas podem constituir traços de caráter mais ou menos integrados à personalidade. Essas posturas de defesa precisam ser respeitadas. Significam, afinal, a impossibilidade de suportar a carga emocional advinda da situação de doença. Para muitos pacientes, certo grau de negação é um mecanismo útil para enfrentar a ansiedade despertada por doença e cirurgia iminente. Quando impedem o bom curso do tratamento, aí sim precisam ser abordadas, em uma tentativa de “enfraquecê-las”.

É preciso respeitar o “tempo interno” do paciente e não forçá-lo a enfrentar “verdades”. Arrombar-lhe portas e janelas do ego, impondo “a realidade” dos fatos, é uma violência. Tal conduta responde mais à angústia e ao despreparo do médico. Não se refere à necessidade de franqueza e de eficiência na tarefa médica. As clássicas perguntas “Revelar ou não o diagnóstico?”, “Quando?” e “Como falar?” devem ser respondidas após parar para ouvir um pouco mais o paciente, com atenção à linguagem verbal e não verbal, até que se possa intuir o que ele deseja e suporta saber.

São comuns situações nas quais a “negação” de um diagnóstico foi compactuada entre médico e familiares, que decidiram não comunicar algo penoso, mesmo quando o paciente se encontra em plenas condições mentais de lidar com os sentimentos que tal revelação provocaria. A observação, no paciente, de instabilidade afetiva, com crises de choro, irritabilidade, insônia, bem como demanda exagerada e desnecessária de atenção, pode indicar a falência do mecanismo de negação; um sinal de que a pessoa já pode, e necessita, abrir-se com alguém.

## **Regressão**

O impacto psicológico da doença, aliado às próprias condições de uma internação, na qual o paciente recebe cuidados básicos de higiene, alimentação e medicação, favorece o mecanismo de regressão. A atualização de um modo de funcionamento ligado a etapas mais precoces do desenvolvimento permite satisfações de necessidades afetivas primitivas. Além disso, o paciente pode adotar uma posição muito passiva, não demonstrar força para reagir, “regredindo” em seu comportamento e suas necessidades, chegando, às vezes, a fases não verbais e não motoras.

A regressão nada tem de anormal em uma situação grave e aguda, na qual o paciente precisa se colocar nas mãos da equipe médica e deixar-se cuidar. Aliás, a incapacidade de entregar-se a certo grau de regressão, forçando-se a uma “perfeita adaptação” à doença, pode, com o tempo, ser prejudicial. Quando se prolonga, no decorrer do tratamento, a regressão aumenta desnecessariamente a permanência no leito, incentiva a dependência e retarda a convalescença, podendo chegar ao *hospitalismo*. Tal comportamento impede o paciente de usar recursos pessoais mais maduros para enfrentar as dificuldades presentes, imprimindo a ideia de que participação mais ativa no tratamento implicará maior sofrimento.

A regressão é favorecida pela situação real de dependência na qual a pessoa se encontra e pela atitude dos familiares e da equipe assistencial, se passam a tratar o paciente como criança. Essa modalidade de relação, se preponderante, poderá reforçar o comportamento regredido, passando para o paciente a impressão de que o julgam, de fato, incapaz, impressão de que não adianta se esforçar, por si, pois não conseguirá.

A atitude oposta (“Vamos lá! Só depende de você!”) é igualmente inadequada. É preciso imaginar como se sente uma pessoa acamada e deprimida, sem motivação, ao ouvir alguém dizer que “só depende dela”. É provável que se sinta mais incapaz, mais só, sem apoio e sem compreensão. Deve-se tratar a pessoa adoentada com delicadeza, mas sem infantilizá-la. O paciente necessita de “gotas de otimismo”, não de uma convocação para a saúde, dada de forma eufórica ou condenatória:

Durante meses, você é inserido em lugares aparentemente protetores, com

hierarquias, histeria e acessos de raiva que não são seus, num vórtice de dias que não são seus. Você é tratado como um jogador de futebol: “Vamos lá, não desista. Você tem que conseguir. Onde está sua coragem? Você precisa cooperar, vamos lá...”. Ou então como se fosse um bebê: “Agora eu quero que você venha e pegue este lápis com sua mão esquerda...”. E você não consegue nem sequer fazer isso. [...] Você é mergulhado num ambiente infantil, de berçário. “Agora vamos lavar nosso rosto. Será que queremos um pouco de queijo em nossa sopinha? Agora vamos tomar nosso comprimido, nosso comprimido para dormir, nosso tranquilizante”. Mas o único “eu” nesse “nós”, o único que é obrigado a lutar e sofrer, é você mesmo. A doença torna você dependente. Essa dependência faz você regredir à infância.<sup>9</sup>

### ***Deslocamento***

Em algum momento no curso do tratamento, o paciente poderá deslocar sua raiva contra um familiar ou contra a equipe médica, culpá-los pela doença ou por algum acontecimento, tentando aplacar a angústia e a revolta que não consegue conter. Em geral, essa reação é passageira, correspondendo a uma fase na qual o paciente ainda se encontra sob o impacto de um diagnóstico ou de alguma notícia adversa.

A atitude do paciente enraivecido por sua condição de doença e de dependência poderá ser de arrogância e desprezo ou exigirá tal nível de dedicação que afastará as pessoas dele. Podem ser ativados outros mecanismos de defesa psicológica, considerados mais primitivos (surgidos de forma mais precoce, no desenvolvimento psíquico), como é o caso da identificação projetiva, da idealização e da negação psicótica.

A equipe assistencial passará a colocá-lo “no gelo” ou mesmo, de alguma maneira, agredi-lo de forma sádica (ainda que passivamente). Deve-se lembrar que, em casos como esse, costuma haver um processo de “contaminação”, no qual os sentimentos do paciente, em especial suas necessidades mais primitivas, podem influenciar e modificar o modo como as pessoas agem em relação a ele.

## **O PSICOTERAPEUTA NO HOSPITAL GERAL**

Antes de examinar as adaptações técnicas requeridas nas intervenções psicoterapêuticas que se dão à beira do leito, devemos reafirmar a máxima de que a pré-condição mais importante, nessa situação, é o vínculo que se estabelece entre o terapeuta e o paciente. Sem aprofundar o estudo da natureza do que se entende por vínculo, aqui vamos abordar alguns aspectos que, no âmbito do hospital geral, costumam influenciá-lo.

Os estudos de Michael Balint<sup>10</sup> tornaram a personalidade do paciente, bem como a do médico, objeto de investigação a partir de uma compreensão da interação entre médico e paciente no contexto clínico. Segundo Balint,<sup>10</sup> o paciente traz “ofertas” (sintomas, doenças) ao médico, que as avalia, aceita-as ou não. Essa avaliação passa pela abertura e pela capacidade do profissional para ouvir e examinar com atenção o que é trazido à consulta. As ofertas são apresentadas de modo “desorganizado”, em termos de afetos e de emoções. O paciente pode se mostrar angustiado e confuso quanto à compreensão do que se passa. A medida inicial de um profissional dedicado é procurar dar ordem a tais reações e sentimentos, compreendendo-os e

procurando ajudar o paciente a ressignificá-los.



### ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Paciente do sexo masculino, 60 anos, ainda em atividade profissional, hospitalizado em uma unidade coronária com infarto agudo do miocárdio. Após haver sido comunicado sobre a necessidade de realização de um cateterismo cardíaco, reagiu com mutismo, ensimesmamento e negação dos medicamentos e da alimentação. A avaliação psiquiátrica foi, então, solicitada. Apurou-se que o paciente havia sido informado sumariamente que seria submetido ao referido exame, sem que lhe fossem explicadas as razões. Também não sabia como era o procedimento. Isso havia sido suficiente para ele fantasiar que seria “operado”, com grandes chances de morrer no ato cirúrgico. A angústia, o medo, o desconhecido, a perda do controle sobre seu destino e sobre sua vontade geraram sua reação. Esta pode ser interpretada como uma tentativa de retomar o controle sobre si mesmo, atitude que forçaria a alta hospitalar e a preservação de sua vida. Em trabalho gradativo, foi feito o redimensionamento da informação recebida. A elaboração psíquica determinou o desaparecimento dos sintomas e a mudança de comportamento.<sup>10</sup>

Acostumados a lidar com manifestações da mente, muito do que os profissionais de saúde mental estudam e veem não é claramente derivável de um espaço corporal. Os fenômenos psicopatológicos observados em geral não se delimitam no corpo físico, mas em um espaço de representações. Ao entrar em uma enfermaria de hospital geral, o psicoterapeuta é assaltado pela corporalidade tangível das doenças orgânicas. “Acostumados às dores da alma, nossos olhos assustados voltam-se para corpos que sentem dor, para uma morte

concreta”, escreveu um residente de psiquiatria ao fim de seu estágio no serviço de interconsulta.<sup>11</sup>

Saí daquele quarto com enjoos, querendo pôr para fora uma sensação de medo e dor, como há muito tempo não sentia. M.H. e seu sofrimento me acompanharam naquela noite... e, ao acordar, pude perceber claramente que as dores que eu trazia para casa eram minhas próprias dores diante do inexorável que é a perspectiva do morrer.

[...]

Foi entre assustado e triste que observei o cesto do lixo, quando voltei para visitar “minha” paciente. O esboço de sorriso da primeira entrevista desaparecera junto aos cabelos que agora repousavam no lixo. Ao seu lado, haviam instalado um monitor cardíaco. No braço inchado e repleto de hematomas, muitas cânulas chegavam trazendo remédios e soro.

[...]

Já me acostumara com o rosto triste e sem sorriso, com a falta de cabelos e de palavras. Nossos encontros eram longos momentos de silêncio, interrompidos algumas vezes por perguntas e pedidos de ajuda.

[...]

A segunda quimioterapia não teve os resultados esperados. A médica que acompanhava o caso veio me procurar. Estava aflita, disse que por essa não esperava. Combinei uma reunião com algumas pessoas da equipe assistencial (dois médicos e dois alunos do internato que estão estagiando na Hematologia).

[...]

“Não me deixe morrer!”, diz M.H. numa sexta-feira às vésperas de um feriado. Mas eu não sou seu médico hematologista, tampouco Deus, pensei depois com raiva e tristeza.

[...]

Naquela noite, casualmente, me encontrei com a médica que cuidava da paciente, no refeitório do hospi-

tal. Ela me perguntou o que eu havia feito, pois a paciente havia chorado toda a tarde [...] Pude perceber que, em muitos momentos, eu falava de alguém que precisava de ajuda no caminho de morrer, e os colegas médicos falavam de uma possibilidade de aumentar seus meses de vida. Nessas ocasiões, percebia que eu representava o lado da morte, e os médicos mostravam o desejo de dar à paciente a vida. [...]

Após a terceira quimioterapia, M.H. teve uma remissão do quadro que lhe dava uma sobrevida de aproximadamente um ano, segundo seus médicos. [...] Ela diz ter esperança, queria poder viver mais, “sobreviver”.

O contato com pacientes da cirurgia e da clínica médica muitas vezes reacende ansiedades hipocondríacas, frequentes entre médicos, tão notáveis no tempo da graduação. Em situações como a vivida por esse médico residente, o profissional de saúde mental pode ter uma sensação de estranheza, sentir-se sem referencial, como alguém obrigado a sair de “seu” campo de atuação. Precisar ser flexível. A adoção de um referencial rigidamente polarizado, para o biológico ou para a psicanálise, por exemplo, pode encobrir os conflitos despertados pela novas demandas que chegam ao terapeuta.<sup>12</sup>

No âmbito de um hospital geral, lida-se não somente com reações aos fatos da vida e da morte de pacientes em particular, mas também com a totalidade das transações interpessoais que se dão em um microuniverso, ele próprio sujeito a tantas regras explícitas e implícitas. Os sentimentos vivenciados, se não forem discriminados e compreendidos, poderão interferir de forma prejudicial no desenrolar das intervenções psicoterapêuticas.

Em um texto seminal, Mendelson e Meyer<sup>13</sup> chamam a atenção para o que denominam de reações contratransferenciais do interconsultor psiquiátrico. Estas, acreditamos, também se aplicam ao psicoterapeuta no hospital geral. Quatro situações são destacadas pelos autores, as quais, com frequência, provocam sensação de impotência, raiva, negação, evitação, esquecimentos ou identificação excessiva com os pacientes:

1. *Inconveniências físicas e psicológicas do trabalho em ambiente médico.* As instalações físicas de uma enfermaria em nada se parecem com as de um consultório especialmente montado para atender às necessidades do psicoterapeuta. A entrevista realiza-se com sacrifício da privacidade, em geral com interrupções. A comunicação pode ser dificultada pelas limitações impostas pela doença ou pelos recursos empregados em seu tratamento. O paciente pode não se encontrar disponível (exames, curativos ou outros procedimentos) ou estar muito fatigado, dificultando a avaliação.
2. *Presença de doenças graves e risco de morte.* Cada um de nós tem seus conflitos e preocupações em relação ao adoecimento, a doenças crônicas, a situações de desamparo e de morte. O psicoterapeuta, pela própria natureza de seu trabalho, expõe-se mais e aproxima-se emocionalmente dos pacientes, com interesse pelo seu sofrimento e desespero. Precisa, em certa medida, identificar-se com esses pacientes a fim de melhor compreendê-los. É quando pode sentir-se desmotivado, pessimista, com a sensação de que, “no lugar do paciente”, estaria emocionalmente do mesmo jeito. Essa reação pode levar à falha diagnóstica e ao imobilismo terapêutico.

3. *Dilemas e frustrações relacionados a pacientes de difícil manejo.* Pacientes de difícil manejo acometidos por patologias orgânicas trazem muitas dificuldades para a equipe assistencial e para o psicoterapeuta. Esses indivíduos não se adaptam à internação, manifestam pouco interesse pelo tratamento, costumam desprezar os esforços terapêuticos a eles dirigidos. Tendem a provocar na equipe assistencial muita frustração, raiva e desestímulo. Também podem deixar o psicoterapeuta incerto quanto aos objetivos e aos limites de sua atuação.
4. *Condições de miséria e de desagregação familiar.* No hospital geral, é comum avaliarmos pacientes que não terão para onde ir após a alta hospitalar, ou cuja família encontra-se totalmente desagregada, enfrentando o desemprego, às vezes abalada por brigas e dissensões, ou intensamente ameaçada pelo comportamento desajustado de um de seus membros. O médico assistente pode perceber essa situação como algo fora de sua esfera de responsabilidade, esperando que o psiquiatra ou psicoterapeuta, de alguma forma, possam ajudar.

Cabe lembrar que o profissional de saúde mental chamado à enfermaria pode ser aguardado com muita expectativa e idealização; dele se espera uma solução rápida, às vezes mágica, por meio de poderes de penetrar na mente e de persuadir. Entretanto, a entrada desse profissional na relação médico-paciente pode acentuar “fantasias paranoides de cerceamento” de um poder reparatório que, ansiosamente, o médico gostaria de reter para si.<sup>14</sup> Assim, o profissional de saúde mental pode ser muito idealizado em um momento e, a seguir, ter de enfrentar hostilidade, ciúme e desconfiança.

O interconsultor não deve se esquecer das características especiais do ambiente em que se move, no qual existe sempre o perigo latente de ver-se arrastado para situações de conflito, identificando-se com aspectos ou partes destes, aliando-se ao médico, contra o paciente, ou ao paciente, contra o médico, perdendo de vista o marco habitual que deve presidir seu trabalho. Portanto, é imperioso que o interconsultor preserve seu *setting* de trabalho. Este *setting* não tem os aspectos formais estáveis que medeiam o intercâmbio, como o espaço geográfico determinado, o estabelecimento de horários, entre outros. Em consequência, o interconsultor necessita respaldar-se em seu próprio *setting* interno, isto é, na possibilidade de manter uma distância emocional mínima e adequada para operar com seu próprio esquema referencial.<sup>15</sup>

## ADAPTAÇÕES DA TÉCNICA

No hospital geral, indica-se a psicoterapia para pessoas que reagem à doença aguda com insegurança desproporcional, fantasias devastadoras, medo, angústia, sintomas depressivos ou ansiosos. Também o paciente com doença crônica tende a necessitar de psicoterapia de apoio, a fim de suportar a convivência com limitações ou, em outras ocasiões, superá-las e manter uma qualidade de vida aceitável, apesar da doença. Nesse ambiente, é fundamental distinguir, nas reações do paciente, transtornos mentais comórbidos, como, por exemplo, depressão, *delirium* e abstinência de drogas psicoativas.<sup>16</sup>

Pode-se afirmar, seguramente, que técnicas psicanalítica, cognitiva e comportamental mesclam-se com frequência na construção da prática de psicoterapia no hospital geral. A complexidade dos pro-

blemas clínicos impõe a necessidade de alto nível de competência e de maleabilidade para as adaptações da técnica psicoterápica.

Há necessidade, também, de conhecimentos básicos sobre a doença sofrida pelo paciente, bem como sobre as investigações e tratamento a que ele está submetido. Isso pode ser obtido se o profissional de saúde mental mantiver-se próximo da equipe assistencial e se participar, sempre que possível, das discussões clínicas.

No âmbito do hospital geral, as intervenções psicoterapêuticas:

- a) objetivam resultados mais imediatos, práticos e de acesso mais fácil
- b) têm referencial teórico eclético
- c) são mais orientadas para o mundo consciente do paciente
- d) adotam metas mais limitadas e objetivas

Deve-se identificar quais situações existenciais dominam as preocupações do paciente e, então, focalizar a intervenção em torno desses temas. Ainda que nossa compreensão seja baseada no referencial psicodinâmico, as estratégias de intervenção são ecléticas e mais condizentes com o que se entende por psicoterapia de apoio.<sup>17</sup>

É aconselhável livrar-se da obsessão de encontrar “explicações psicológicas” para os sintomas. De modo geral, devem ser consideradas as fontes de estresse mais imediatas às quais o paciente está reagindo e suas preocupações conscientes em relação a elas. Os eventuais *insights* psicodinâmicos devem auxiliar o raciocínio do profissional, orientar o manejo do caso, e nunca se transformar em interpretações dadas ao paciente ou em formulações rebuscadas oferecidas à equipe assistencial.<sup>1</sup>

O lugar da consulta, em geral, não oferece a necessária privacidade, mas isso não deve ser um impedimento. É preciso

ser criativo: se o quarto for coletivo, dirigir-se com o paciente, se possível, até um lugar que ofereça mais privacidade (às vezes, basta um canto de corredor com duas cadeiras); se o paciente não puder deambular, sentar-se à cabeceira da cama, falar mais baixo. Às vezes, o colega de quarto, se solicitado com delicadeza, pode não se importar em se afastar e, assim, proporcionar a desejada privacidade.

O tempo de cada sessão varia de 15 a 30 minutos, sempre adaptado a duas circunstâncias: a condição do paciente e a rotina dos cuidados hospitalares. É preciso ser flexível. Desse modo, a entrada e a saída de outros profissionais, as interrupções, os adiamentos e cancelamentos decorrentes das ações médicas, antes de serem considerados quebra de *setting*, devem ser encarados como parte deste, cuja principal característica é a flexibilidade adaptativa.<sup>18-20</sup>

Outro aspecto a ser considerado é o tempo médio de permanência do paciente no hospital, o que determinará o programa do tratamento psicológico. A lógica desse tempo orientará o psicoterapeuta no sentido de otimizar seu trabalho, fazendo um percurso curto, intenso e eficaz. Se necessário, o acompanhamento psicoterapêutico deve ser diário, com planejamento de seguimento após a alta. Por vezes, é imperativo envolver familiares e cuidadores (incluindo membros da equipe assistencial) no processo psicoterapêutico.

Algumas limitações em relação à psicoterapia de apoio precisam ser lembradas: por ser limitada no tempo de duração e nos objetivos, é mais indicada em situações de crise. A personalidade do paciente deve ser relativamente bem estruturada; espera-se capacidade de abstração e de vínculo (aliança terapêutica); e, notadamente, deve haver motivação. As resistências em relação a submeter-se a uma psicoterapia não devem ser fortes, como nos casos em que

há mecanismos de evitação e de negação. Nesse sentido, convém lembrar que, nos casos de transtornos de somatização, a expressão de um conflito no espaço corporal já é uma maneira de “expelir” a dor do espaço mental, o que dificulta o engajamento na psicoterapia.

## PSICOTERAPIA NA CRISE SUICIDA

Aqui tratamos, como exemplo, dos aspectos relacionados à intervenção psicológica em situações de crise, tomando por base nossa experiência em atender pessoas em risco de suicídio.<sup>21</sup>

Em situações de crise, o significado de um acontecimento, de uma situação inesperada, precisa ser encontrado e integrado à história do sujeito, incorporando-se a uma nova perspectiva de vida. Nesse processo, entre outros fatores, há a influência de como o indivíduo percebe os fatos, bem como de sua capacidade (ou incapacidade) de enfrentar situações adversas.

Transposta para o campo da saúde mental, a crise pode levar a um colapso existencial, com vivências de angústia e desamparo, de incapacidade e esgotamento, de falta de perspectiva de solução, um não encontrar saída. Se ultrapassar a capacidade pessoal de reação e de adaptação, pode aumentar a vulnerabilidade para o suicídio, que pode ser visto como solução única para uma situação insuportável, configurando-se o que chamamos de crise suicida.<sup>22</sup>

A intervenção terapêutica terá por objetivo dar apoio emocional e ativar, no indivíduo, sua capacidade psíquica, assim como seus recursos

sociais, a fim de enfrentar de maneira adaptativa os efeitos da crise. Se uma pessoa sentir que estamos a seu lado, poderá se acalmar e, por extensão, pensar, em vez de agir – falar sobre sua vontade de morrer é diferente de, concretamente, colocar a vida em risco. A partir de então, a própria pessoa poderá nos ajudar a continuar a ajudá-la.

A princípio, é importante tomar como foco o conteúdo (frustração, conflito, necessidade) expresso pela pessoa. O atendimento de crise exige isso. Entretanto, também é importante atentar para o conteúdo latente do que se ouve, aos sentimentos indiscriminados e conflituosos, às falsas crenças, aos pensamentos automáticos que impedem uma visão mais ampla ou alternativa, para como se dão os relacionamentos mais importantes. Tudo isso, se for o caso, poderá ser abordado mais tarde, com calma, quando houver maior capacidade para a reflexão.

O tema suicídio é, em si, mobilizador, porque contraria a lógica de um instinto de sobrevivência e porque não se encontra uma explicação simples sobre o que leva uma pessoa a tirar a própria vida. Como consequência, há, em quem lida com pacientes suicidas, uma compreensível tendência a se proteger, uma vez que não se pode ignorar o nível de agressividade envolvido no suicídio.

Os sentimentos que invadem o profissional constituem matéria-prima para o entendimento do que o paciente procura comunicar e que, muitas vezes, não consegue transmitir em palavras. Da mesma forma, o profissional deve tolerar seus próprios sentimentos difíceis e confusos, até que possam tornar-se pensamentos e, posteriormente, palavras a serem discutidas.

É inegável que, diante da urgência e da angústia que a tentativa ou a ideação suicida nos impõem, possamos ser levados a tentar conduzir o paciente para algo em que realmente acreditamos (uma ideologia, uma fé...?). No entanto, separar as coisas (crenças, sentimentos, desejos), sem as negar, faz parte do treinamento, muitas vezes sofrido, dos profissionais da saúde.

A contratransferência não é uma percepção em sentido estrito, mas um indício de grande significado semiológico, não só para o analista como também para os profissionais da área da saúde em geral.<sup>23-25</sup> O medo de que o paciente irá se matar tende a bloquear nossa capacidade de lidar com esse perigo. Uma reação possível diante do medo é se afastar, protegendo-se. O afastamento aversivo impede a sintonia empática, instala-se uma dissonância afetiva, e terapeuta e paciente acabam desconectados. Sem conexão, perde-se uma das forças capazes de manter o paciente vivo, este se sente abandonado, e isso aumenta o risco de suicídio.

Sob outra perspectiva, a proximidade afetiva exagerada leva a pensar que “no lugar dele, eu também me sentiria assim”. Essa reação pode ser paralisante e conduzir a erros. Diante das difíceis condições enfrentadas por muitos de nossos pacientes, temos que estar atentos para não nos impregnar por um sentimento de impotência e desesperança.

Muitas vezes, o profissional sente que o paciente avança, na relação, além de um limite desejável. Sente que, de uma forma (regressão, com demanda de proximidade) ou de outra (desconfiança hostil, com rejeição de ajuda), o paciente controla o tratamento. Em resposta, pode não responder às necessidades do paciente ou minimizá-las. Pode-se chegar, em um limite potencialmente desastroso, à passividade sádica e punitiva. Em geral, a frieza do profissional

é logo percebida pelo paciente, que a traduz como rejeição e abandono.

A reação contrária também pode ocorrer: diante da incerteza e da impotência – e reagindo, de forma inconsciente, a seus próprios impulsos de raiva –, o profissional passa a superproteger o paciente, dedicando-se às suas demandas. Toma para si, com onipotência, a responsabilidade pela vida daquele que está sob seu cuidado profissional. Muitas vezes, nessa situação, a atitude do profissional esconde o temor de que o paciente se mate, com isso “abandonando-o” e ferindo-lhe íntima e narcisicamente.

Antes, referimo-nos à importância do ouvir sem julgar, discriminando e validando os sentimentos. Todavia, sabemos que, em certas situações, a adoção de uma postura do tipo “solução de problemas” – que investiga mais, sugere, traça um plano conjunto para enfrentar um problema definido – pode ser mais efetiva na prevenção de suicídio<sup>26</sup> (Quadro 47.1). Há vantagens e desvantagens em cada uma dessas posturas. O profissional experiente intui o momento de ser flexível.

Cada um de nós suporta ansiedade, ambiguidade e risco e lida com isso de uma maneira característica. Diante de uma situação que envolve risco de suicídio do paciente, alguns terapeutas procuram manter, ao máximo, o controle da situação, minimizando o grau de incerteza. Tendem, então, a ser mais diretivos, a tomar mais providências de resguardo da vida. Outros terapeutas, na mesma situação clínica, suportam mais a ansiedade e assumem maior risco. Fazem isso na esperança de promover a autonomia do paciente, contando que este não tentaria pôr cabo à vida.

É preciso reconhecer que ambas as tendências são adotadas, alternativamente, por todos nós, de acordo com o momento de vida pelo qual passamos. Por isso, é importante nos perguntar, diante de

**QUADRO 47.1**

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DE DOIS ESTILOS DE ENTREVISTAS NO ATENDIMENTO DE PESSOAS COM RISCO DE SUICÍDIO

**Escuta ativa**

**Solução de problemas**

**Aliança terapêutica**

O vínculo que se estabelece entre as duas pessoas assegura a comunicação e possibilita o processo de ajuda.

**Avaliação do risco de suicídio**

Tarefa obrigatória: há perguntas imprescindíveis, cujas respostas orientam de modos diferentes o entrevistador.

**Escuta ativa:** o profissional escuta com calma e respeito, não conduz a conversa. Sentir-se compreendido, perceber que alguém se importa consigo: isso acalma o paciente e ajuda-o a compreender a situação.

**Descoberta de soluções:** ao compreender melhor a situação, o paciente pode mudar seu ponto de vista e, por si, encontrar soluções.

**Investigação:** o profissional investiga os principais problemas enfrentados pelo paciente, pergunta mais e é mais diretivo. Junto com o interlocutor, elege um problema principal e focaliza-se nele.

**Busca por recursos:** o profissional identifica novas possibilidades de enfrentamento e inicia, com o paciente, a busca de recursos para a solução do problema.

**Principais intervenções do terapeuta**

Mantém postura acolhedora.  
Faz perguntas gerais e raras.  
Resume compreensivelmente o relato.  
Sugere reformulações de ponto de vista.  
Explora sentimentos e emoções.  
Ajuda a refletir sobre sentimentos ambivalentes.  
Incentiva a busca por soluções.

Mantém postura investigativa.  
Faz perguntas diretas sobre os problemas.  
Explora fatores precipitantes.  
Aconselha e sugere.  
Pergunta sobre recursos externos de ajuda.  
Propõe contrato de não autoagressão.  
Combina um plano de ação.

Fonte: Adaptado de Mishara e colaboradores.<sup>26</sup>

cada paciente que atendemos com risco de suicídio, onde nos encontramos ao longo desse *continuum* que vai da necessidade de ter o “máximo controle” à postura de ter um “mínimo controle” da situação clínica. Isso significa alcançar maior consciência dos próprios vieses, tanto os que são “constitutivos” da personalidade quanto os da fase da vida, ou os momentaneamente

precipitados pelo contato com determinado paciente.

Pessoas sob risco de suicídio exigem bastante de nossa vitalidade e de nossa esperança. Se não estivermos bem emocionalmente, o contato com pacientes em sofrimento profundo pode ser muito difícil. Além da psicoterapia pessoal, o profissional de saúde mental deve contar com

espaços de reflexão, como costuma ocorrer em uma boa reunião clínica ou em uma supervisão. É importante reconhecer e res-

peitar os próprios limites. Intuir a hora de pedir ajuda (e pedir!) é imprescindível para quem lida com crises humanas.

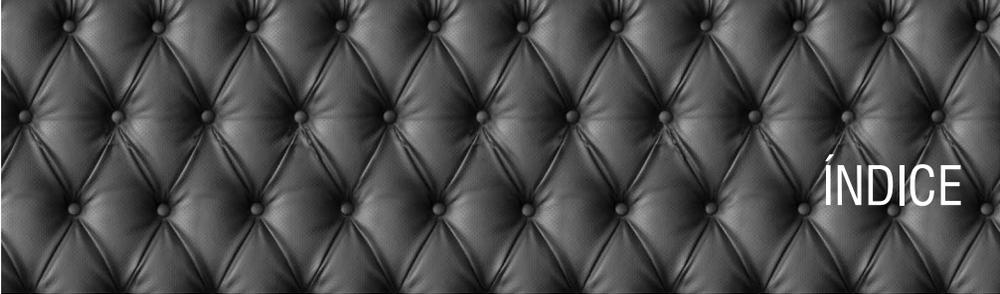
### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Na doença aguda, com hospitalização, as preocupações mais imediatas envolvem o estado corporal e a passagem das horas.
2. É fundamental distinguir, nas reações do paciente, a presença de transtornos mentais, como, por exemplo, depressão, *delirium* e estados de abstinência de drogas psicoativas.
3. Certas posturas de defesa psíquica (como, por exemplo, negação, regressão, deslocamento) precisam ser respeitadas. Significam, afinal, a impossibilidade de suportar a carga emocional advinda da situação de doença. Quando elas impedem o bom curso do tratamento, aí sim precisam ser abordadas.
4. Ao entrar em uma enfermaria de hospital geral, o psicoterapeuta “sai” de seu campo de atuação: é assaltado pela corporalidade tangível das doenças orgânicas, tem controle apenas relativo sobre o *setting*, move-se entre regras explícitas e implícitas locais. Essa situação provoca angústia e exige flexibilidade do profissional.
5. As intervenções psicoterapêuticas objetivam resultados mais imediatos, práticos e de acesso mais fácil; têm referencial teórico eclético; são mais orientadas para o mundo consciente do paciente; adotam metas mais limitadas e objetivas.
6. Deve-se evitar a busca por “explicações psicológicas”. É preciso considerar as preocupações do paciente e as fontes de estresse mais imediatas às quais o paciente está reagindo e suas preocupações conscientes em relação a elas. Os eventuais *insights* psicodinâmicos devem auxiliar no manejo, e não se transformar em interpretações.
7. Limitações ao *setting* devem ser aceitas e, quando possível, contornadas; uma conversa estritamente privada nem sempre é possível; as sessões devem ser mais curtas; precisa haver flexibilidade em relação a cancelamentos e interrupções; deve-se considerar o curto tempo de permanência no hospital, bem como as dificuldades para a continuidade após a alta hospitalar.

## REFERÊNCIAS

1. Furlanetto LM. Estratégias psicoterapêuticas em interconsulta. *Rev Bras Psicoter.* 2006;8(1):87-98.
2. Botega NJ, Mitsuushi GN, Azevedo RC, Lima DD, Fanger PC, Mauro ML, et al. Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(3):250-6.
3. Azevedo RC, Mauro ML, Lima DD, Gaspar KC, da Silva VF, Botega NJ. General hospital admission as an opportunity for smoking-cessation strategies: a clinical trial in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32(6):599-606.
4. Gaspar KC, Santos Jr A, Azevedo RC, Mauro ML, Botega NJ. Depression in general hospital inpatients: challenges for consultation-liaison psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(3):305-7.
5. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 14. p. 98.
6. Strain JJ. *Psychological interventions in medical practice.* New York: Appleton-Century-Crofts; c1978.

7. Botega NJ. Pacientes-problema. In: Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 62-74.
8. Laplanche J, Pontali JB. *Vocabulário de psicanálise*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1985.
9. Tournabuoni L. O misticismo do sofrimento ainda me irrita. Folha de São Paulo. 1993 nov 1.
10. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1975.
11. Jacintho ACA. *A interconsulta psiquiátrica: dificuldades de um interconsultor [monografia]*. Campinas: UNICAMP; 1988.
12. Botega NJ. Relação médico-médico. In: Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 88-97.
13. Mendelson M, Meyer E. Countertransference problems of the liaison psychiatrist. *Psychosom Med*. 1961;23:115-22.
14. Knobel M. La relación entre el médico y el psicoterapeuta em el tratamiento de la enfermedad somática. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1986;32(1):31-40.
15. Luchina IL, Luchina NE, Ferrari HF. La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires: Nueva Visión; 1971. p. 130.
16. Griffith JL, Gaby L. Brief psychotherapy at the bedside: countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics*. 2005;46(2):109-16.
17. Leichsenring F, Hiller W, Weissberg M, Leibing E. Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *Am J Psychother*. 2006;60(3):233-59.
18. Figueiredo JHC, Abreu MDS. *Psicoterapia em hospital geral: técnicas e eficácia*. *Inform Psiq*. 1997;16(2):53-6.
19. Penna TLM. *Psicoterapias em instituições médicas*. In: Mello Filho J, Burd M. *Psicosomática hoje*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 491-6.
20. Cassorla RMS. O psiquiatra na equipe médica: retratos e caricaturas. *Cadernos do IPUB*. 1997;6:45-58.
21. Botega NJ, Silveira IU, Mauro MLF. *Telefones na crise: percursos, desafios na prevenção do suicídio*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
22. Hendin H. Recognizing a suicide crisis in psychiatric patients. In: Wasserman D, Wasserman C. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University; 2009. p. 327-31.
23. Maltzberger JT, Buie DH. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1974;30(5):625-33.
24. Gabbard GO. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *J Clin Psychol*. 2001;57(8):983-91.
25. Guthrie E. *Psychotherapy*. In: James Levenson, editor. *The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine: psychiatric care of the medically ill*. Washington: American Psychiatric; c2011. p. 1021-42.
26. Mishara BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I, et al. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):291-307..



# ÍNDICE

## A

### Abordagens psicodinâmicas de situações específicas

- caráter, 477
- dependente químico, 808
- na adolescência, 542
- na infância, 723
- paciente ansioso, 493
- paciente *borderline*, 614
- paciente com dor, 689
- paciente deprimido, 513
- paciente fóbico, 577
- paciente idoso, 772
- paciente histérico, 533
- paciente hospitalizado, 790
- paciente narcisista, 600
- paciente obsessivo, 555
- paciente psicossomático, 659
- paciente traumatizado, 704
- situações perversas na relação psicoterapêutica, 632
- transtornos alimentares, 668

### Ação terapêutica, 115

- teorias, 115
  - histórico, 115
  - ilustração clínica, 123
  - psicoterapia de orientação analítica, 120

### Adolescência, abordagem psicodinâmica na, 755

- avaliação, 762
- contrato, 762
- desafios do processo psicoterápico, 766
  - conceitos psicanalíticos utilizados na técnica, 767

- família e grupo de iguais, 759
- inauguração da adolescência, 756
- mudanças corporais, 756
- processo de formação da identidade adulta, 758

- desidentificação, 759
  - novo corpo em cena, 758
- reatualização edípica, 756
- setting*, 762
- término, 768

### Aliança terapêutica, 238

- conceito, 239
  - ilustração clínica, 242
  - realidade, 245
  - relação real com o terapeuta, 238
- ### Atuações e encenações (*enactments*), 340
- desenvolvimento conceitual, 340
  - ilustração clínica, 345

### Avaliação, 177

- diagnóstico psicodinâmico, 182
    - aliança terapêutica, 186
      - o que avaliar?, 182
        - adaptação prévia, 184
        - conceito atual, 183
        - exame mental, 185
        - fatores desencadeantes, 183
        - força do ego, 184
        - identificação, 182
        - presença de sintomas, 185
        - relações objetais, 184
        - vínculos, 184
- entrevista inicial, 178
  - campo da entrevista, 179
  - conceito, 178
  - motivação, 180

- técnica, 178
  - transferência e contratransferência, 181
  - ilustração clínica, 187
  - indicações de psicoterapia de orientação analítica, 188
  - contraindicações, 189
    - alcoolismo crônico ou adição a drogas, 190
    - ausência de motivação, 190
    - deficiência mental, 190
    - quadros fóbicos, 190
    - quadros de personalidade *borderline*, 190
    - quadros depressivos graves, 190
    - quadros obsessivo-compulsivos, 190
    - quadros psicóticos agudos, 189
    - síndrome cerebral orgânica, 190
    - transtornos alimentares graves, 190
  - indicações, 189
    - atrasos ou déficits de desenvolvimento, 189
    - conflito atual, 189
    - conflito neurótico, 189
    - crise vital ou acidental em um transtorno de personalidade moderado, 189
- C**
- Campo e intersubjetividade, 128
    - campo psicanalítico, 134
      - exposição do conceito, 134
    - desenvolvimentos, 130
    - origens, 129
  - Caráter em psicoterapia, abordagem do, 477
    - caráter na psicoterapia, 485
      - abordagem do caráter, 486
      - contratransferência na identificação dos traços de caráter, 486
      - fatores do terapeuta, 487
      - ilustração clínica, 487
      - início do tratamento, 485
    - compreensão dinâmica do caráter, 479
      - caráter como destino das pulsões, 480
      - caráter como resultado das relações objetais, 481
    - memória explícita ou declarativa, 484
    - memória implícita ou procedural, 484
  - Conceitos psicanalíticos, 77
    - escola das relações de objeto, 77
    - freudianos fundamentais, 62
      - como era Freud no início, 63
      - início do período psicanalítico, 63, 65
      - interpretação dos sonhos, 65
      - três ensaios sobre a teoria da sexualidade, 65
    - período pré-psicanalítico, 63
      - estudo sobre a histeria, 63
      - neuropsicoses de defesa, 64
      - projeto para uma psicologia científica, 63
    - metapsicologia freudiana, 66
      - inconsciente, 67
      - instintos e suas vicissitudes, 67
      - luto e melancolia, 68
      - narcisismo, introdução, 66
    - trabalhos metapsicológicos
      - complementares e trabalhos culturais, 70
      - mal-estar na civilização, 71
        - agressão ou destruição, 71
        - antagonismo entre as exigências pulsionais e restrições da civilização, 71
      - psicologia de grupo e análise do ego, 70
    - trabalhos sobre técnica, 72
      - dinâmica da transferência, 73
      - manejo da interpretação dos sonhos na psicanálise, 73
      - recordar, repetir, elaborar, 74
    - três grandes revoluções, 69
      - além do princípio do prazer, 69
      - ego e id, 70
      - inibições, sintomas e ansiedade, 70
  - Contrato, 212
    - elementos constituintes, 213
      - faltas, 220
      - férias, 220
      - frequência, 213
      - honorários, 216
      - reajuste, 221
      - responsabilidade sobre as sessões, 214
  - Contratransferência, 310
    - ampliação do conceito, 312
    - conceito clássico, 313
    - conceito de Freud, 311

- conceito específico, 317
  - conceito totalístico, 314
  - controvérsias atuais, 318
  - evolução dos conceitos, 310
    - conceito totalístico de
      - contratransferência, 310
      - formulação inicial de Freud, 310
      - proposta de um conceito específico, 311
      - trabalhos de Paula Heimann e Heinrich Racker, 310
  - formas, 314
    - como campo para o paciente adquirir experiência diferente, 314
    - como instrumento para a compreensão das relações de objeto, 314
    - como um obstáculo, 314
  - tipos de identificação, 314
    - complementar, 314
    - concordante, 314
  - repercussões da visão totalística, 316
- E**
- Ego e suas defesas, 98
    - conceitos fundamentais, 98
      - contribuição de Anna Freud, 100
      - contribuição de Charles Brenner, 106
      - contribuição de Otto Fenichel, 102
      - contribuição de Paul Gray, 103
      - outras contribuições, 109
  - Ética e psicoterapia, 403
    - caráter normativo ou ético do superego, 412
    - introdução ao narcisismo, 409
    - moral, 408
    - psicoterapia e ética, 413
    - religião, 404
- F**
- Farmacoterapia, psicoterapia de orientação analítica, 435
    - avaliação e indicação de tratamento, 439
    - aumento do uso de medicação, 437
      - progressiva evidência de eficácia em diferentes transtornos, 437
      - surgimento de drogas mais seguras, 437
      - pressões da indústria, 437
    - base teórica para tratamento combinado, 437
      - breve histórico, 436
      - considerações sobre indicações de medicamentos, 447
        - avaliar sintomas e efeitos colaterais, 448
        - manejo medicamentoso, 448
        - monitorar a contratransferência, 448
      - revisão sistemática, 449
    - tratamento, 442
      - aspectos gerais, 443
      - combinado, 437
        - modelo de duas doenças, 437
        - modelo internacional, 437
      - execução do tratamento combinado, 445
      - terapeuta prescritor, 445
      - tratamento dividido, 448
  - Fronteiras profissionais, violações das, 324, 326
    - avaliação e reabilitação de terapeutas
      - acusados, 334
      - educação continuada, 336
      - escolha de um coordenador de reabilitação, 335
      - limitações da prática, 336
      - psicoterapia pessoal, 335
      - supervisão, 336
    - cruzamento de fronteira, 325, 326
      - violações não sexuais, 328
        - autorrevelação, 330
        - contato físico não sexual, 330
        - dinheiro e presentes, 329
        - ilustração clínica, 329
        - local de contato, 328
        - tempo, 328
    - estratégias preventivas, 336
    - ética após término da psicoterapia, 333
    - história, 325
    - ilustração clínica, 327
    - perfis de terapeutas que cometem violações, 331
      - paixão, 332
      - psicopatia predatória e parafilias, 331
      - rendição masoquista, 332
      - transtornos psicóticos, 331
  - Fundamentos da técnica psicoterápica de orientação analítica, 175
    - aliança terapêutica, 238
    - atuações e encenações (enactments), 340
    - avaliação, 177
    - contrato, 212

contratransferência, 310  
 fases da psicoterapia, 249  
*insight* e elaboração, 267  
 níveis de mudança e critérios de melhora,  
 393  
 planejamento em psicoterapia de orientação  
 analítica, 194  
 reação terapêutica negativa e impasse, 349  
*setting* psicoterápico, 224  
 sonhos, 374  
 transferência, 293  
 violações das fronteiras profissionais, 324  
 Fundamentos teóricos da psicoterapia de  
 orientação analítica, 39  
 campo e intersubjetividade, 128  
 conceitos fundamentais na abordagem do  
 ego e suas defesas, 98  
 conceitos psicanalíticos freudianos  
 fundamentais, 62  
 conceitos psicanalíticos fundamentais na  
 escola das relações de objeto, 77  
 integração da psicanálise com as  
 neurociências, 41  
 modelos psicanalíticos da mente, 150  
 teorias da ação terapêutica, 115

## G

Gênero e psicoterapia, 465  
 estudos atuais, 468  
 evolução dos estudos, 466  
 identidade de gênero e sexual, 466  
 ilustração clínica, 470, 472  
 reflexões a partir da clínica, 469

## H

Hospital geral, psicoterapia no, 831  
 adaptações da técnica, 838  
 adoecer, 831  
 mecanismos de defesa, 833  
 deslocamento, 835  
 negação, 833  
 regressão, 834  
 estresse psicológico, 832  
 ameaça básica à integridade narcísica, 832  
 ansiedade de separação, 832

culpa e medo de retaliação, 832  
 medo da dor e da morte, 832  
 medo da perda do controle, 832  
 medo de dano a partes do corpo, 832  
 medo de estranhos, 832  
 perda de amor e de aprovação, 832  
 ilustração clínica, 836  
 psicoterapeuta no, 835  
 psicoterapia na crise suicida, 840  
 características de dois estilos de entrevista  
 no atendimento, 842  
 escuta ativa, 842  
 solução de problemas, 842

## I

Infância, abordagem psicodinâmica na, 723  
 avaliação, 728  
 entrevista com a criança, 731  
 entrevista com os pais, 728  
 contraindicações, 735  
 evidências de efetividade, 728  
 fundamentos teóricos, 727  
 premissas, 727  
 barreiras emocionais ou resistência, 728  
 conhecimento do inconsciente, 727  
 crescimento do paciente, 728  
 criança é o pai do homem, 727  
 padrões emocionais, comportamentais e  
 relacionais, 727  
 subjetividade do indivíduo, 727  
 transferências, 727  
 história, 723  
 ilustração clínica, 744  
 indicações, 734  
 objetivo, 727  
 objetivos da psicoterapia, 735  
 peculiaridades da terapia nas diferentes  
 faixas etárias, 740  
 idade escolar, 749  
 idade pré-escolar, 747  
 intervenções psicoterápicas pais/bebês  
 (IPPBs), 740  
 guia desenvolvimental de referência, 743  
 processo psicoterápico, 736  
 etapa inicial do tratamento, 737  
 etapa intermediária do tratamento, 738

fase final da terapia, 739  
 resultados da avaliação, 733  
 uso de medicação, 735  
 Insight e elaboração, 267  
 aspectos históricos, 268  
 considerações gerais, 270  
 elaboração, 282  
 elaboração na psicoterapia de orientação  
   psicanalítica, 286  
 ilustração clínica, 287  
 modelo bioniano, 277  
 modelo freudiano clássico, 273  
 modelo kleiniano, 274  
 teorias do campo, 277

**L**

Luto, abordagem do, 542  
 compreensão psicanalítica, 544  
 definição e descrição do luto normal, 542  
 definição e descrição do luto patológico, 544  
 estágios iniciais de perda no  
   desenvolvimento, 546  
 ilustração clínica, 549, 550  
 luto vermelho e luto negro, 545  
 processo psicoterápico no luto, 547

**M**

Modelos psicanalíticos da mente, 150  
 evoluções pós-freudianas, 157  
 modelo freudiano, 154  
 o que é um modelo?, 151  
 teorias psicanalíticas de Freud, 156  
   modelos e estruturas, 156, 158  
     primeiro modelo, 156, 158  
       teoria trauma, 156, 158  
     segundo modelo, 157, 158  
       consciente, 157, 158  
       inconsciente, 157, 158  
       pré-inconsciente, 157, 158  
     terceiro modelo, 157, 158  
       ego, 157, 158  
       id, 157, 158  
       superego, 157  
   modelos na prática clínica, 167  
   mudanças de modelo, exemplo, 159

passagem de Freud para Melanie Klein e  
 desta para Bion, 159  
   pulsão *versus* relações com o objeto, 162  
 tensão entre modelos, três exemplos, 162  
   conflito *versus* déficit, 166  
   modelos intrapsíquicos e  
   intersubjetivos, 164

**N**

Neurociências, 41  
 integração da psicanálise, 41  
   função do sonho, 53  
   neuropsicologia, 50  
   perspectiva histórica, 43  
 Níveis de mudança e critérios de melhora, 393  
   critérios indicativos de melhora, 396  
   mudança psíquica, 394, 395  
   conduta, 395  
   direção, 395  
   itens significativos, 397  
     aceitação consciente das pulsões, 397  
     adequação psicológica global, 397  
     aprofundamento da vida afetiva, 398  
     desinvestimento do analista, 398  
     insatisfação com objetos ou  
       relacionamentos infantis, 398  
     liberdade e franqueza, 398  
     manifestações derivadas, 397  
     mudanças no ego, 397  
     mudanças no id, 397  
     mudanças no superego, 397  
     natureza modificada dos  
       relacionamentos, 398  
     reação alterada, 397  
     redução da importância organizadora  
       das fantasias nucleares, 397  
   particularidades, 395  
   revisão teórica e conceito, 394  
   tempo, 395  
 variáveis, 397  
   avaliação dos resultados, 397  
   critérios de término satisfatório de  
   tratamento, 397  
   estado ideal de saúde mental, 397  
   indicações e contraindicações, 397  
   julgamento de valor, 397

objetivo do tratamento, 397  
 papel do diagnóstico inicial, 397  
 papel do planejamento, 397  
 teoria da técnica, 397  
 tratabilidade do paciente, 397

## O

Orientação analítica, 19  
 fundamentos da técnica psicoterápica, 175  
 fundamentos teóricos, 39  
 psicanálise e psicoterapia, 19  
     raízes históricas, 19  
     situação atual, 19  
 psicoterapia de apoio, 419  
     classificação, 420  
     definições e objetivos, 420  
     evidências de eficácia, 427  
     indicações e contraindicações, 421  
     mecanismos de mudança, 427  
     sobre a técnica, 422  
         ab-reação, 426  
         aconselhamento, 425  
         confrontação, 426  
         educação, 424  
         esclarecimento, 426  
         persuasão, 425  
         sugestão, 425  
         tranquilização, 424  
         validação empática, 424  
     ilustração clínica, 424, 425, 426

## P

Paciente ansioso, Abordagem psicodinâmica do, 493  
 modelo do nascimento psicológico distóxico, 503  
     catástrofe: a perda no espaço infinito, 504  
     hipóteses teóricas, 507  
     ilustração clínica, 503, 504  
 transtorno de ansiedade generalizada, 493, 509  
     critérios diagnósticos, 510  
 transtorno de pânico, 493, 496  
     critérios diagnósticos, 497  
         transtorno de pânico com agorafobia, 497  
 entrevistas iniciais, 498  
 indicações, 500  
     vínculo analítico, 501  
 Paciente *borderline*, abordagem psicodinâmica do, 614  
     características diagnósticas descritivas, 616  
     critérios diagnósticos de acordo com o DSM-5, 617  
     definição empírica, 615  
         *borderline* nuclear, 616  
     limítrofes com a neurose, 616  
     limítrofes com as psicoses, 615  
 diagnóstico psicodinâmico, 616  
     aspectos técnicos das psicoterapias, 624  
         contratransferência, 624  
         intervenções do terapeuta, 626  
     táticas psicoterapêuticas, 621  
         contrato terapêutico, 622  
     tratamento do transtorno de personalidade *borderline*, 618  
         convergência das controvérsias, 621  
         estratégias psicoterapêuticas, 618  
         *holding*, 620  
         importância do conteúdo das intervenções, 619  
         importância do processo, 620  
         predominância do conflito, 619  
         predominância do déficit, 620  
         técnicas expressivo-interpretativas, 619  
     histórico e evolução do conceito, 615  
     ilustração clínica, 627  
     objetivos da psicoterapia, 621  
         ajustamento da autoestima, 621  
         capacitação para lidar com sentimentos perturbadores, 621  
         fortalecimento das defesas, 621  
         internalização da relação terapêutica, 621  
         validação dos sentimentos, 621  
     organização *borderline*, 617  
         manutenção do teste de realidade, 617  
         síndrome de difusão da identidade, 617  
         uso de mecanismos de defesa primitivos, 617  
     prioridades na abordagem, 623  
     reações comuns na prática clínica, 625  
         ansiedade de que se suicide, 625  
         culpa por odiar o paciente, 625  
         fantasia de salvar e resgatar o paciente, 625  
         impotência, autodepreciação e fracasso, 625  
         pressão para aliviar suas carências, 625

- raiva e ressentimento, 625
- responsabilidade pela piora, 625
- transgressões das fronteiras profissionais, 625
- Paciente com dor crônica, abordagem
  - psicodinâmica, 689
- aspectos fisiopatológicos e neuroplasticidade, 690
- avaliação e diagnóstico psiquiátrico, 693
- avaliação psicodinâmica, 695
- dor, 691
- dor crônica, 691
  - predisposição, 693
  - tipos clínicos de pacientes, 692
- dor “real” *versus* dor “emocional”, 690
- ilustração clínica, 698
- mecanismos de defesa e dor crônica, 697
  - conversão, 697
  - dissociação, 697
  - estados de tensão psicovegetativas, 697
  - narcisismo, 697
  - negação, 697
- nociceção e dor, 689
- tratamento, 698
  - contratransferência, 701
  - psicoterapia psicodinâmica, 698
- Paciente dependente químico, abordagem
  - psicodinâmica do, 808
- adaptação da técnica e do *setting*, 822, 823
  - combinações de horários, faltas e recaídas, 823
  - interpretar ou não?, 826
- considerações, 808
  - abordagem inicial, 809
  - diferentes modelos de atendimento, 814
  - escolha da técnica apropriada, 809
  - estabelecimento de metas e etapas, 813
  - fatores para o sucesso do tratamento, 811
    - desenvolver relação positiva, 811
    - manter foco nos objetivos do tratamento, 811
    - manutenção e comprometimento do paciente, 812
    - tempo e energia do terapeuta, 811
  - critérios diagnósticos para dependência de substâncias, 810
  - ilustração clínica, 809, 812, 813
  - modelos de psicoterapia, 815
    - modelo simplificado, 817
    - modelos psicodinâmicos, 819
      - modelo da automedicação, 820
    - postura do terapeuta, 822
  - psicoterapia de orientação analítica, 816
    - contraindicações, 816
    - indicações, 816
  - tratamento, início, 811
    - desenvolver *rapport*, 811
    - determinar a natureza e extensão do uso de substâncias, 811
    - oferecer *feedback* objetivo, 811
- Paciente deprimido, abordagem psicodinâmica do, 513
  - elementos psicodinâmicos a serem tratados, 521
    - autoestima vulnerável, 522
    - estados de raiva contra si mesmo, 521
    - estilo pessimista, 522
    - ideação e intenção suicidas, 522
    - inclinação a esperar respostas negativas de si mesmo e dos outros, 522
    - pobre capacidade de reconhecer estados depressivos em si mesmo, 522
    - pobre capacidade de identificar eventos desencadeantes, 522
    - sentimentos de desamparo, 521
    - vulnerabilidade para desapontamentos e perdas, 521
  - evolução histórica dos conceitos, 514
  - formas de psicoterapia de orientação analítica, 522
    - aspectos relevantes na terapia psicodinâmica da depressão de longo prazo, 524
      - fase dois: tratamento da vulnerabilidade à depressão, 524
      - fase três: terminação, 525
      - fase um: aliança terapêutica e enquadre do tratamento, 524
    - ilustração clínica, 525
    - psicoterapia interpessoal, 522
    - psicoterapia psicodinâmica breve, 522
    - psicoterapia psicodinâmica suportiva breve, 522
  - manutenção do sofrimento depressivo, 523
    - déficits interpessoais, 523
    - disputas interpessoais, 523
    - luto, 523
    - mudança de papéis, 523

- núcleos psicodinâmicos das depressões, 520
  - expectativas idealizadas e desvalorizadas do *self* e dos outros, 521
  - meios característicos de defesa contra afetos dolorosos, 621
  - raiva conflitiva, 520
  - superego severo, experiência de culpa e vergonha, 520
  - vulnerabilidade narcísica, 520
- Paciente fóbico, abordagem psicodinâmica do, 577
  - algumas considerações diagnósticas, 591
  - das neuroses de transferência ao DSM-5, 591
  - algumas definições de angústia, 580
  - clínica das fobias, 582
  - definição, 578
    - sintoma ou psicose, 578
  - desenvolvimentos psicanalíticos posteriores sobre as fobias, 590
  - ilustração clínica, 595
  - nota histórica, 578
  - outros recursos terapêuticos, 592
  - psicoterapia psicanalítica da fobia, 594
  - variedades clínicas, 585
    - ataque de pânico, 585, 587
    - agorafobia, 585
    - fobia social, 585, 586
    - fobias específicas, 585, 587
  - psicodinamismos na fobia, 588
  - variedade e características do objeto fóbico, 579
- Paciente histérico, abordagem psicodinâmica do, 533
  - breve histórico, 533
  - caráter histérico: transtorno da personalidade histriônica, 535
    - ilustração clínica, 536
    - perspectivas descritivas da histeria, 537
    - ansiedade mental, 537
    - configuração, 537
    - funcionamento relacional, 537
    - psicossexualidade-padrão, 537
  - caso Dora, 534
  - modalidades de *acting out*, 539
    - introdução à necessidade de tratamentos paralelos, 539
    - introdução de familiares no campo psicoterápico, 539
    - tratamentos “em capítulos”: domínio do repetir sobre o recordar, 539
- Paciente hospitalizado, abordagem psicodinâmica do, 790
  - características do atendimento, 799, 800
  - equipe de atendimento, 801
  - ilustração clínica, 795, 796, 804
  - paciente com esquizofrenia, 797
    - características do atendimento, 797
    - contraste entre prematuridade e intensidade, 797
    - ódio à realidade externa e interna, 797
    - pavor de ser aniquilado, 797
    - predominância da agressividade, 797
  - paciente psicótico, 791
    - dificuldade em acessar, 791
    - intensidade do uso da identificação projetiva, 794
    - relações objetais, 794
- Paciente idoso, abordagem psicodinâmica do, 772
  - alguns aspectos relevantes no psiquismo, 781
  - avaliação, 774
  - conceito de velhice, 773
  - ilustração clínica, 774, 777, 781
  - perdas centradas no próprio corpo, 778
    - proximidade da morte, 780
  - situações estressoras específicas da velhice, 776
    - abuso do idoso, 778
    - perdas, 776
  - trabalho psicoterápico, 783
    - contratransferência, 785
    - tempo disponível para realizar e aproveitar a psicoterapia, 783
    - transferência do paciente, 784
- Paciente narcisista, abordagem psicodinâmica do, 600
  - aspectos clínicos, 601
  - aspectos psicodinâmicos, 603
  - aspectos técnicos, 608
  - critérios diagnósticos de acordo com o DSM-5, 601
    - acreditar se especial e único, 601
    - apresentar carência de empatia, 602

- atribuir-se grau excessivo de autoimportância, 601
- esperar receber tratamento especial, 601
- manifestar comportamentos arrogantes e insolentes, 602
- necessitar de admiração excessiva, 601
- preocupar-se com fantasias de sucesso, poder, beleza e amor ideal ilimitados, 601
- sentir inveja frequentemente, 602
- tirar vantagem dos outros, 602
- ilustração clínica, 610
- mito de Narciso, 600
- Paciente obsessivo, abordagem psicodinâmica do, 555, 562
- contratransferência, 561
  - sentimento de compaixão e solidariedade, 562
  - sentimento de desânimo, 561
  - sentimento de desafio e provocação, 561
  - sentimento de irritação, 561
  - sentimento de satisfação e identificação com o paciente, 562
  - sentimento de vitória, 561
- contribuições de outros autores, 559
- critérios diagnósticos de transtorno da personalidade obsessiva, 556
  - adoção de um estilo miserável, 556
  - devoção excessiva ao trabalho e à produtividade, 556
  - excessiva conscienciosidade, escrúpulos e inflexibilidade, 556
  - incapacidade de desfazer-se de objetos, 556
  - perfeccionismo, 556
  - preocupação com detalhes, listas, ordens, organização ou horários, 556
  - relutância em delegar tarefas, 556
  - rigidez e teimosia, 556
- diagnóstico, 555
  - critérios clínicos, 555
  - critérios psicodinâmicos, 556
- estruturas obsessivas, movimentos básicos, 569
  - criar noções e experiências de sujeito e de subjetividade, 570
  - dar ensejo ao surgimento do terapeuta no lugar do terceiro, 570
  - desenvolver condições para a reconstrução da história pessoal, 570
  - desenvolver relações de integração, 570
  - inverter a perspectiva do ego obsessivo, 569
  - mobilizar comportamentos expressivos e desejantes, 570
  - produzir abertura a experiências profundas de castração, 571
- evolução do tratamento, situações que podem impedir a, 566
  - contínua atenção censora, 566
  - dissociação ideoafetiva, 567
  - ganhos secundários, 567
  - mecanismo de isolamento, 566
  - necessidade da terapia atingir camadas mais profundas, 567
  - pensamento sexualizado, 567
  - sintomas físicos, 567
- ilustração clínica, 562, 563, 564, 565, 567, 568, 572
  - abertura-padrão de sessão, 562
  - círculo vicioso, 564
  - controle da cena primária, 568
  - construindo alternativas, 563
  - ego a serviço de um superego sádico, 565
  - paciente assinalando o que acontece na relação, 572
  - problema da identidade, 567
- relação terapêutica, diálogo, 560
  - adjetivos, advérbios e outras modificações, 560
  - contradições, inconsistências e outras questões, 560
  - nota sobre despersonalização, 560
  - separação das próprias afirmações, 560
- Paciente psicossomático, abordagem psicodinâmica do, 659
  - considerações teórica pessoal, 665
  - desenvolvimento lógico da psicanálise, 660
    - escola psicossomática de Paris, 660
  - ilustração clínica, 662
- Paciente traumatizado, abordagem psicodinâmica do, 704
  - acidente de motocicleta, 704
  - bombeiro, 704
  - continência, 707

- paciente que ameaçou matar, 707
  - diferenças individuais, 711
  - efeitos secundários de longo prazo, 713
    - identificação *versus* pensamento, 713
      - o bombeiro, 714
  - incêndio no metrô, 705
  - mulher que foi assaltada, 704
  - tratamento, 717
    - limites da recuperação, 720
    - sessões individuais, 717
    - terapia de grupo, 718
  - trauma psíquico, o que é, 708
    - culpa do sobrevivente, 711
    - na visão de Freud, 709
    - negação extrema, 709
      - o anestesista, 710
  - Planejamento, 194
    - como?, 203
    - ilustração clínica, 196, 205, 206
    - por quê?, 195
  - Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica, 19
  - Psicoterapia, 249
    - fases, 249
      - final, 261
        - contato com a realidade, 263
        - quantidade de angústia e culpa, 263
        - relações familiares, 263
        - relações profissionais, 263
        - relações sociais, 263
        - vida sexual, 263
    - inicial, 250
      - definir os problemas emocionais do paciente, 252
      - desenvolver sólida aliança terapêutica, 252
      - esclarecer as origens do sofrimento, 252
      - ilustração clínica, 250
    - intermediária, 254
      - alteração na aliança terapêutica, 257
      - episódios agressivos e destrutivos agudos, 257
      - falta de progresso terapêutico, 257
      - ilustração clínica, 256
      - regressões repetitivas, 258
      - resistências que não se resolvem e se repetem, 257
      - sentimento do terapeuta que a terapia não evolui, 258
      - tentativa de abandonar a terapia, ferir-se ou ferir alguém, 258
- R**
- Reação terapêutica negativa e impasse, 349
    - impasse, 354
      - indicadores, 357
        - clínicos, 357
        - contratransferenciais, 357
        - processuais, 357
        - representacionais, 357
      - ilustração clínica, 365
    - reação terapêutica negativa, 349
      - ilustração clínica, 353
- S**
- Setting psicoterápico, 224
    - abstinência, 224, 229
    - anonimato, 224, 231
    - mudança, 234
    - neutralidade, 224, 225
      - em relação à contratransferência e a personalidade, 229
      - em relação ao material do paciente e à sua transferência, 229
      - em relação aos próprios valores, 229
      - em relação às expectativas e pressões do meio, 229
      - em relação às teorias psicanalíticas, 229
  - Situações especiais, 401
    - ética e psicoterapia, 403
    - fundamentos clínicos das abordagens psicodinâmicas, 475
    - gênero e psicoterapia, 465
    - psicoterapia de apoio de orientação analítica, 419
    - psicoterapia de orientação analítica e farmacoterapia, 435
    - terapia de mentalização, 455
  - Situações perversas na relação terapêutica,
    - abordagem das, 632
    - breve revisão de alguns modelos psicanalíticos das perversões, 645
    - estrutura perversa, 649
      - clivagem do ego, 649
      - desmentida da castração da mulher, 649
      - fixação em ser (ou não ser) o falo para o outro, 649

- perversão como uma estrutura construída em dois tempos, 653
  - relatos situações perversas, 635
    - relação transferencial-contratransferencial, 635
  - Sonhos, 374
    - abordagem compreensiva na clínica, 388
    - balizador do processo psicoterápico, 379
    - contribuições de Sigmund Freud, 375
      - conteúdo latente, 376
      - conteúdo manifesto, 376
      - elaboração do sonho, 376
      - impulsos e pensamentos, 376
      - interpretação, 376
      - princípio de prazer-desprazer, 375
      - sonhos, 376
    - dimensão estética, 383
    - funções, 380
    - importância do conteúdo manifesto, 377
    - representação simbólica, 383
    - sonho-modelo, 374
- T**
- Terapia de mentalização, 455, 458
    - atitude do terapeuta, 459
    - conceito, 455
    - evidências da efetividade, 461
    - falha em pacientes *borderline*, 456
    - fenomenologia, 457
      - inibição da mentalização relacionada ao apego, 457
      - pressão constante para utilização de identificação projetiva, 457
      - reemergência de representações dos estados mentais, 457
    - ilustração clínica, 460
    - mentalização da transferência, 460
    - objetivos, 458
    - variantes e fases do tratamento, 458
  - Transferência, 293
    - comentários sobre técnica, 305
    - contratransferência, 304
    - forma, 295
    - formas habituais de relacionamento, 296
    - neurose infantil, 302
    - neurose de transferência, 300, 302
    - predominantemente de experiências passadas revividas, 298
    - predominantemente de relacionamentos presentes, 297
    - regressão, 304
    - representação de fantasias inconscientes, 301
  - Transtornos alimentares, abordagem
    - psicodinâmica dos, 668
    - abordagem terapêutica, 675
    - entendimento psicodinâmico, 671
    - histórico, 670
    - ilustração clínica, 682