
Contratransferência na análise de adolescentes: uma modalidade de comunicação e percepção

Neste capítulo dou continuidade às investigações sobre as reações contratransferenciais como uma modalidade de comunicação e percepção dentro do processo psicanalítico.

A contratransferência, como conceito clássico, era considerada um obstáculo para o desenvolvimento do trabalho psicanalítico, uma vez que era entendida como a resposta inconsciente do analista aos estímulos emocionais oriundos do paciente, particularmente aos provenientes da transferência, obstruindo ou deturpando a percepção da mente do analisando.

Com a evolução da psicanálise, novos conceitos e técnicas de trabalho foram introduzidos, transformando a presença da contratransferência na relação analítica em um instrumento útil e sensível para a apreensão das fantasias inconscientes do paciente, a partir da identificação de aspectos do passado emocional do analista.

Etchegoyen (1987) sintetiza os pensamentos de Racker sobre as duas classes de contratransferência identificadas por esse autor: as concordantes e as complementares. “Na contratransferência concordante, o analista identifica seu ego com o ego do analisado, e o mesmo em relação às outras partes da personalidade, id e superego. Em outros

casos, o ego do analista identifica-se com os objetos internos do analisado, e a esse tipo de fenômeno Racker chama de contratransferência complementar.”

A idéia que venho expondo diz respeito às reações contratransferenciais, concordantes e complementares, que desempenham uma função colaboradora na elaboração dos processos psíquicos, oriundos do intercâmbio existente na relação transferencial/contratransferencial.

No decorrer deste trabalho, por meio da apresentação de um caso clínico, procuro transmitir a percepção de emergentes ou reflexos de minhas reações contratransferenciais. Abordo como elas me auxiliaram na compreensão de meu paciente e os benefícios mútuos que pudemos usufruir dessa relação franca e direta.

Winnicott dedicou, em sua obra, especial atenção ao estudo da relação analítica. Teve a coragem, a simplicidade e a sinceridade de revelar os sentimentos do analista em seus aspectos contratransferenciais. Caracterizou a importância da percepção e utilização das manifestações contratransferenciais como elementos úteis para o desenvolvimento do paciente analítico. Enfatizou essa importância em relação aos pacientes psicóticos. Posso dizer que tal relevância faz-se presente em qualquer paciente, quando se podem alcançar os aspectos mais primitivos do seu funcionamento mental.

A relação transferencial/contratransferencial é complexa. Isso decorre, em parte, da possibilidade de aspectos estruturais e funcionais da psicopatologia inconsciente do analista interferirem em suas reações às manifestações transferenciais do paciente. A análise do analista é fundamental para que ele possa ter acesso aos seus conflitos não-elaborados. Entretanto, penso que é utópico acreditar na possibilidade de uma relação efetivamente pura e neutra do analista, fenômeno que descaracteriza a natureza da relação humana.

Winnicott evidencia como, a partir de nossas reações contratransferenciais, podemos tirar proveito e auxiliar nosso paciente a viver afetos ou aspectos básicos de sua personalidade, como ódio, inveja, partes não integradas do self, a partir de nossas reações durante a sessão analítica. Isso não implica que o analista deva negligenciar sua capacidade de discriminar os aspectos pertencentes à sua vida mental daqueles próprios do paciente.

Winnicott (1947) salientou a importância do objeto externo na relação analítica, o qual pode dar ao paciente um sentido da realidade

exterior e auxiliá-lo a discriminar melhor o que é seu, o que é do outro, o que é seu visto no outro, e o que é do outro colocado na sua pessoa.

Penso que falar sobre *contratransferência* é falar da própria experiência clínica. É poder compartilhar com outros analistas que entram em contato com aspectos íntimos de sua personalidade e que se manifestam em virtude da relação analítica. O analista não deve ter vergonha de si mesmo, de suas falhas, de modo que possa, por meio delas, evoluir em sua análise ou auto-análise. Poderá, assim, compreender melhor seu paciente.

Por outro lado, julgo ser necessário desvincular-se de um estado de submissão, muitas vezes imposto pelo superego institucional. Dessa forma poder-se-á dar vazão à atividade criativa, necessária ao processo investigatório. Essa afirmativa vincula-se a uma outra necessidade, a de manter-se acesa a consciência crítica, doutrinária e ética da atividade profissional, para preservar o campo psicanalítico e o respeito ao paciente.

Discrimino a existência de aspectos úteis e negativos, normais e patológicos, das reações contratransferenciais, na dependência de serem fenômenos oriundos de núcleos reprimidos do analista, ou de serem aspectos de uma modalidade perceptiva e de comunicação, como tenho procurado demonstrar (veja os capítulos 8, 9 e 10).

Winnicott, com seu trabalho “Ódio na contratransferência”, apresentado em 1947 na Sociedade Britânica de Psicanálise, tornou-se um dos precursores, juntamente com Heimann (1950), Racker [1948] (1952), Money-Kyrle (1956) e Rosenfeld (1987), em considerar a contratransferência como elemento positivo para o desenvolvimento da relação analítica. Esses autores salientaram a importância dessas reações na captação de estados mentais primitivos.

À guisa de ilustração, cito alguns autores que têm contribuído em seu intento de discriminar as características das reações contratransferenciais.

Assim, Greenson (1974) distingue neurose contratransferencial de reação contratransferencial. Grinberg (1962) introduziu o conceito de contra-identificação projetiva, distinto de contratransferência.

O trabalho de Kirlle (1956) parece-me ser bastante elucidativo ao diferenciar contratransferência normal daquela que é patológica. Assinala o autor que, na contratransferência normal, “quando a análise vai bem, há uma rápida oscilação entre introjeção e projeção. Quando

o paciente fala, o analista torna-se introjetivamente identificado com ele; ao tê-lo entendido em seu interior, o reprojeta e o interpretará. Na fase projetiva do analista, o paciente torna-se o representante de um modelo imaturo ou a parte doente dele mesmo (do analista), incluindo seus objetos estragados, os quais ele (o analista) pode agora entender e tratar por meio da interpretação no mundo exterior. À medida que o paciente está recebendo interpretações efetivas, estas o ajudarão a responder com novas associações, que podem ser compreendidas”.

Para o referido autor, essa relação é considerada normal, pois permite ao analista cada vez mais compreender seu paciente. Diz ele: “os sentimentos contratransferenciais do analista serão confirmados por meio de um sentimento de empatia para com o paciente, no qual o seu *insight* está baseado”.

Winnicott (1947) frisou a importância de o analista ser bem analisado em seus aspectos os mais primitivos, para que possa ter a capacidade de perceber o ódio do paciente projetado sobre ele, bem como o ódio que sente pelo paciente, fruto de suas reações contratransferenciais.

Considero, a partir do exposto, a contratransferência como um instrumento útil, mesmo “quando a análise não vai bem”, parodiando Kirlé. No meu modo de entender, quando o analista, apesar de suas dificuldades para a compreensão do paciente, tem sua mente disponível, atenta para as dificuldades de sua própria vida mental, abrem-se possibilidades para atingir novas compreensões a respeito de si mesmo. Por meio de sua análise, auto-análise, supervisão, troca de idéias com colegas e leituras, pode evoluir na elaboração de seus processos internos, mobilizados a partir das reações do paciente.

Winnicott (1947) salienta que, se um analista quer analisar psicóticos ou anti-sociais, ele deve conseguir ter uma consciência tão completa da contratransferência que seja capaz de isolar e estudar suas reações objetivas ao paciente. Estas incluirão o ódio. Os fenômenos da contratransferência, às vezes, serão a coisa mais importante na análise. Sugere que o paciente só pode apreciar no analista o que ele mesmo (analista) é capaz de sentir.

Vejo a contratransferência como um instrumento inestimável para a captação e elaboração dos mecanismos primitivos do funcionamento mental, que se manifestam por meio de uma linguagem pré-verbal. Refiro-me àquelas manifestações que antecedem a linguagem verbal. Nesse período, as representações simbólicas ainda se encontram em estado de

proto-representações ou primeiras representações, mais próximas portanto das manifestações corporais primitivas e seus equivalentes psíquicos.

Mecanismos primitivos como as identificações projetivas intensas, identificação adesiva, estados fusionais, amentais ou autísticos caracterizam alguns aspectos do funcionamento mental primitivo.

Aspectos inatos (onto e filogenéticos) dos padrões de atividade corporal têm por certo sua expressão mental e manifestam-se nessa relação complexa que é a relação transferencial/contratransferencial.

O bom andamento dessa relação depende também de o analista ser espontâneo, criativo e com capacidade para se desvincular de dependências teóricas ou institucionais.

Winnicott (1986) sintetiza essas idéias quando afirma: “meu trabalho é ser definitivamente eu mesmo”.

Dentro dessas condições, o analista pode, a partir da percepção de suas reações, ainda que inconscientes no momento de sua eclosão, evoluir no sentido de investigar e tentar desvendar os seus possíveis significados simbólicos. Isso depende de ele ser capaz de conter em si a sua angústia e ter consciência de sua ignorância.

Tais fatores são “condição básica” para a ampliação de sua capacidade receptiva, de observação, e apreensão do seu espaço mental (o terceiro olho, o olho interno).

O interjogo de projeções e introjeções existentes entre o analista e seu paciente possibilitará ao primeiro uma construção emocional. Isso significa a elaboração de aspectos seus, a partir de projeções sobre o paciente, e reintrojeções decorrentes das reações do paciente.

Esse processo construtivo emocional contribui para que o analista, a partir da percepção de aspectos do paciente projetados e reconhecidos em si, tenha a compreensão do paciente e possa formular a interpretação. Isso inclui a percepção de seus mecanismos de defesa primitivos, dos seus aspectos narcísicos e da organização do seu self.

Para Winnicott (1947), “se quisermos ser capazes de analisar pacientes psicóticos, é necessário termos chegado às coisas muito primitivas dentro de nós mesmos”.

Entretanto, o analista muitas vezes não entende seu paciente e entra em ansiedade. Nessas circunstâncias, podem ocorrer intensos mecanismos introjetivos e projetivos duradouros, que levam a um incremento ainda maior das ansiedades do analista.

Defensivamente, ele pode reagir por meio de *actings out* que adquirem a expressão de impulsos destrutivos, prejudicando a relação analítica. O analista perde a capacidade reparatória, diminui a percepção, a intuição, e a sintonia entre aspectos seus e do seu paciente. Há uma perda do sentimento de empatia e de compreensão.

As reações contratransferenciais oriundas dessa situação deixam de ser construtivas, úteis como meio de comunicação, e prejudicam a capacidade de *insight*.

Winnicott (1947) chama a atenção para o fato de que “o analista deve ser capaz de utilizar seus fracassos de forma positiva” para o desenvolvimento do trabalho analítico. Sugere que, se possível, “o analista deve se responsabilizar por cada fracasso, mesmo que isso signifique um estudo de sua contratransferência”.

Afinal de contas, todos nós temos nossos conflitos, que nunca são totalmente resolvidos, ou certos modos de reagir que não se enquadram com a empatia, tolerância e compreensão que deveríamos ter com nossos pacientes.

A partir de nossas falhas básicas, o paciente pode aprender a lidar com falhas básicas em sua vida de relação. O que não deixa de ser positivo para o próprio analista ao dar continuidade à sua auto-análise e perceber-se sensível, isto é, “vulnerável a seus pacientes”. Como diz Winnicott (1947), “Poder ser humano e atingível pelos sentimentos e ações dos seus clientes”, podendo assim compreender o drama deles e aprender a respeito do modo de lidar com eles, como nos afirma Mello Filho (1989).

A contratransferência é um instrumento útil quando há na relação entre analista e analisando um sentimento de empatia, mesmo quando as manifestações projetivas e introjetivas, agressivas ou amorosas, são muito intensas.

Esse sentimento, empatia, manifesta-se por meio de um sincronismo entre a percepção do analista e do analisando. Comumente ocorre por comunicação pré-verbal.

São situações difíceis de serem descritas, e transcendem à percepção auditiva e visual. É algo que se relaciona à capacidade de *holding* ou de *rêverie*. São posturas, atitudes, movimentos gestuais, mímicas, tom de voz, ritmo de fala, clima emocional da sessão, nível de tensão do ambiente, percepção de alguma vibração corporal, ou outras manifestações psicossomáticas captadas pelo analista, no paciente ou nele mesmo.

Nesse sincronismo, a reação do analista pode ser a via de percepção de aspectos de sua identidade, do seu ego, ou de partes do seu self primitivo que ele capta e identifica por similaridade, confrontação, contigüidade ou imitação às manifestações desses aspectos em seu paciente.

Na prática clínica, esses processos ocorrem predominantemente de forma inconsciente, por meio da experiência emocional. Porém, em certos momentos, vem em auxílio do analista uma parte de seu ego, mais estruturada e racional, que toma distância e o ajuda a se posicionar melhor para dar prosseguimento ao processo investigatório que realiza conjuntamente com seu paciente.

Nos processos de identificação por espelho (Winnicott, 1975), como veremos no caso clínico, o paciente só se permite identificar-se com aqueles aspectos projetados do seu self, ou do objeto primitivo, a partir do momento em que percebe que o analista tem a consciência emocional da presença de tais aspectos nele mesmo, naquele momento da relação.

Essa percepção do analista abre condições para que tais aspectos, vividos como dolorosos pelo ego (inveja, prazer narcísico, por exemplo), tornem-se menos persecutórios e culposos, em relação à auto-estima do paciente. Como consequência, são passíveis de serem reintrojados pelo paciente, como representantes do seu self ou do ego.

Winnicott (1947) mostra-nos como a simples admissão de falha cometida pelo analista pode ter uma função terapêutica em termos de confronto com a realidade objetiva. Assinala que pacientes muito perturbados provocam sentimentos transferenciais intensos e negativos, ou nos conduzem a errar. Tais pacientes podem necessitar da vivência real de que são capazes de provocar sentimentos em nós.

A relação analítica reproduz de certa forma a relação mãe/bebê, no sentido de que o bebê necessita suportar, em certo grau, os objetos estragados dos pais para poder usufruir dos bons objetos.

Na relação analítica, se o paciente puder suportar um certo grau de imaturidade, lentidão ou conflito do seu analista, ele contribuirá para que o analista possa crescer na relação. O analista poderá evoluir na compreensão de aspectos obscuros e primitivos de sua personalidade, e compreenderá melhor seu paciente.

Esse tipo de intercâmbio, quando rápido e transitório, é inerente à relação analítica dentro de uma perspectiva na qual “ser analista” é um “contínuo vir-a-ser”.

Há processos de identificação que são tão rápidos e profundos que o analista é levado a reagir por impulso, por meio de uma comunicação que não chega ao seu domínio consciente. Esse fenômeno deve-se a uma identificação com aspectos projetados do paciente. Somente num momento posterior, o material projetado poderá ter acesso à consciência do analista e à interpretação verbal. (Levisky, 1987)

Nessas circunstâncias, o analista pode ser levado a praticar pequenos atos, como uma palavra mais terna, atender a um pedido do paciente, abrir ou fechar uma cortina, dar um copo de água, estender a mão involuntariamente, um sorriso, uma respiração mais evidente, manifestar irritação ou ódio como reação complementar aos aspectos inconscientes emergentes na transferência. (Levisky, 1987, 1989)

Essas reações espontâneas e involuntárias foram identificadas com as introjeções de aspectos muito primitivos da relação mãe/bebê. Com base nessas introjeções e projeções, poderá ocorrer a compreensão da representação mental da vivência emocional inconsciente subjacente. Por exemplo, a realização onipotente do desejo de um estado de fusão mental, de um sentimento de contato ou de contigüidade corporal.

A evolução das associações de idéias serve de elementos estruturantes para a percepção da realidade interna do paciente. A realização onipotente do desejo de contato pode expressar um sentimento primitivo de existência.

Nas atitudes acima descritas, o analista é impulsionado, pela incorporação das representações afetivas nele projetadas e por identificação com suas representações das figuras parentais, a concretizar algum sentimento precoce da relação mãe/bebê. Essa talvez seja a única linguagem possível e empática existente em um momento extremamente regressivo, tanto para o analista como para o paciente.

Winnicott (1947) salienta, em várias oportunidades, que uma das características do analista é “poder exibir toda a paciência, a tolerância e a confiança de uma mãe devotada a seu bebê”, possibilitando que se desenvolva um sentimento de confiança básica, fundamental para o andamento do processo analítico.

Moeller (1977) exemplifica que se o analista responder à transferência paterna ou materna com idéias ou sentimentos paternos ou maternos específicos, essa seria a sua contratransferência.

Concordo que a contratransferência pode ser vista como um complemento à transferência. Uma ação ou um pensamento pode condicionar uma reação complementar como forma de comunicação.

Nessa situação, a “equação transferência/contratransferência” compõe-se como uma “unidade funcional”. O termo “contra” é aplicado nesse caso não como oposição a transferência, mas expressa uma reação complementar à ação ou ao pensamento estimulado por ela.

Trago como exemplo do uso da contratransferência como um elemento útil para o desenvolvimento do trabalho analítico o caso de uma adolescente com características *borderline*.

Muitos mecanismos primitivos estão presentes em decorrência da crise de adolescência, agravada por um ego frágil e mal integrado. Esses mecanismos projetam-se por meio da relação transferencial sobre o analista, levando-o a reações contratransferenciais defensivas.

Muitos abandonos de análise ocorrem, principalmente na adolescência, quando o analista, a meu ver, “abandona” seu paciente por não conseguir alcançar manifestações emergentes, reflexos de seus aspectos contratransferenciais.

Sabemos que na adolescência emergem, com facilidade, aspectos muito primitivos da mente, por exemplo de natureza narcísica, que são projetados sobre o analista. Caso o profissional não consiga se dar conta de seus sentimentos narcísicos (por exemplo, inveja, rivalidade, ódio), mobilizados a partir das projeções do paciente, ele (analista) continua a atuar e a não compreender o seu paciente.

As reações contratransferenciais podem permanecer defensivas, com o predomínio de contra-ataques (falso self, artificialidade, explicações, se-dução, negação da inveja, onipotência do saber) em relação ao paciente.

Suspeito que a falsa idéia defendida por muitos analistas de que adolescentes não são analisáveis depende dos seguintes fatores:

- 1 - Frequência e intensidade com que os processos mentais primitivos (com nítida predominância das identificações projetivas maciças) do paciente atingem e remetem o analista a entrar em contato com seus aspectos imaturos e narcísicos;

- 2- Emergência de aspectos pouco integrados do self e das representações de objetos primitivos do analista;

- 3- Esses processos de projeção podem ser tão rápidos, intensos e profundos, que o analista torna-se lento em sua capacidade compreensiva. O analista pode ser tomado de grande angústia e desencadear

uma série de atuações defensivas. Se essa condição for prolongada ou repetitiva, a relação dual tende a se tornar persecutória, com perda do sentimento empático e ameaça de ruptura da relação.

O problema da individualização, da personificação e da busca de autonomia durante a crise da adolescência foi bem caracterizado no capítulo 3, quando abordamos as características do processo de identificação.

Bleger (1973) salienta que este é “um processo no qual o indivíduo busca desconectar-se de um estado de não-discriminação, não-diferenciação ou fusão, que caracteriza os primeiros estágios do desenvolvimento. Essa fusão ou estrutura sincicial caracterizada pela não-discriminação persiste em parte durante todo o curso da vida”. Acrescento também a existência de um estado de não-integração da representação do self e do objeto. A identidade depende da permanência ou da variabilidade da estrutura sincicial. Alterações nessa estrutura conduzirão a mudanças na definição da identidade.

Bleger prossegue sua exposição dizendo que “são os mecanismos esquizóides ou dissociativos que, a partir da estrutura sincicial, permitem a discriminação e o estabelecimento das identificações projetivas e introjetivas e, portanto, das projeções e introjeções, por meio das quais se estrutura gradualmente a parte mais organizada, integrada e interiorizada da personalidade. Essas atividades são simultaneamente componentes e resultado do processo”. Mais adiante: “A crise de identidade da adolescência é justamente uma crise nessa estrutura sincicial e, por isso, é tão profunda e radical”.

Na relação transferencial/contratransferencial, essa situação crítica repete-se e mobiliza no analista uma reação complementar, cujas características contêm aspectos projetados do paciente e de sua própria estrutura sincicial.

Como Bleger assinalou anteriormente, essa estrutura “persiste em parte durante todo o curso da vida”. Creio que é a negação ou não-identificação, por parte do analista, que o leva a reações defensivas e prejuízos para a relação analítica.

As reações contratransferenciais resultantes do uso excessivo de identificações projetivas mobilizam no analista reações específicas. O analista é conduzido, inconscientemente, a desempenhar uma espécie de papel que lhe é mobilizado pelo paciente. São as contra-identificações projetivas descritas por Grinberg. A meu ver, elas certamente contêm elementos das próprias representações do self e do objeto do analista.

CASO CLÍNICO

Trata-se de uma jovem de 20 anos. Iniciou seu tratamento analítico aos 14, com cinco sessões semanais. Naquela ocasião, apresentava um quadro de hiperatividade, somatizações frequentes, entre elas supostas crises de ausência.

Havia passado por um período de anorexia. Seu comportamento era tido como irritável, com dificuldades de adaptação social decorrentes de descargas agressivas quando contrariada. Cometeu várias fugas de casa, arquitetadas de forma pueril.

Filha única durante sete anos. Interrompeu temporariamente seus estudos, fruto da violência de suas reações contra colegas e professores. Passou a fazer uso de sua sexualidade de modo exibicionista e provocador. Ficava cega de ódio à menor contrariedade.

Esses comportamentos freqüentemente resultavam de um desvio na sua maneira de interpretar os fatos. Durante os primeiros anos de sua vida, passou por situações familiares difíceis, em virtude das divergências conjugais dos pais que culminaram em divórcio há dois anos.

Por ocasião do nascimento de R., sua mãe viveu forte depressão. Novas crises tiveram lugar quando a paciente estava com três e 12 anos de idade. Após a separação definitiva do casal, a paciente foi morar com sua avó paterna, e depois com o pai. Seu irmão morava com a mãe. R. retirou-se da vida social. Passava a maior parte do tempo em seu quarto. Qualquer tentativa de aproximação afetiva terminava de forma desastrosa, pela inadequação de suas atitudes.

Era uma jovem atraente e inteligente. Vinha às sessões de óculos escuros nos dias nublados, e superagasalhada nos dias quentes. Nos dias frios não usava malha, e achava um absurdo que eu estivesse sentindo frio. Era considerada pelos pais como exigente e perfeccionista. Hoje R. trabalha, estuda e retornou à vida social. Tem discretos momentos de falha na interpretação dos fatos. Mas tanto sua tolerância a frustrações como sua capacidade para poder conviver com aspectos cindidos e projetados de sua pessoa evoluíram.

Hoje R. consegue controlar melhor seus impulsos, suportar os estados depressivos e utilizar sua capacidade de reparação. Ela ainda

necessita do auxílio da análise como um ego auxiliar a distância. As atuações são desencadeadas por situações de inveja, rivalidade ou algum outro sentimento, pensamento ou ato que ela entenda, subjetivamente, como agressores à auto-imagem e estima.

No decorrer do trabalho analítico, por vezes vinha às sessões com a perna ou braço enfaixados, com queixas de tontura, desmaio ou cefaléia. Em suas associações, trazia questões emocionais que poderiam ser as desencadeantes ou equivalentes dos seus sofrimentos físicos.

R. não fazia e não suportava que se fizesse nenhuma correlação entre sofrimento físico e psíquico. Tudo era concreto. As agressões vinham de fora, e ela se sentia vítima da incompreensão, da violência ou sexualidade alheias.

Foi necessário muito tempo para que R. pudesse admitir e aprender a lidar com seus sentimentos, culpas e possibilidades reparatórias. Usava sua inteligência privilegiada e rápida para sua defesa: projeções intensas, negação, *splitting*, inversão de experiência, onipotência, desejo de triunfo, situações de projeção de vivências de aniquilamento.

Ela conduzia a sessão num dinamismo incrível, e eu me sentia, por vezes, envolvido num redemoinho. Agarrava-me aos meus aspectos egóicos mais independentes e organizados para sobreviver a um sentimento de caos. Foi preciso viver e admitir isso para poder falar das angústias profundas que assolavam R. em seus momentos de desespero e solidão interna.

Tudo parecia ter sido destruído durante suas ondas de furor (equivalente epiléptico?). Ambos necessitavam paciência e coragem, analista e paciente, para que cada um pudesse entrar em contato com o próprio sentimento de caos (que o analista temia e do qual se defendia). Só assim pôde-se falar da individualidade e dos limites de cada um.

R. era extremamente sensível à minha demora ou hesitação em poder admitir meus medos, quer fosse diante da minha quer da sua agressividade ou ante alguma provocação erótica, fruto da sua ou da minha sedução defensiva à angústia.

Por outro lado, era preciso ser firme e conviver com suas tentativas de triunfo sobre mim. Para R., era inconcebível admitir que ela estivesse usufruindo de algum prazer na agressão ou na tentativa de controle sobre mim.

Numa primeira sessão após um fim de semana, R. entrou na sala de óculos escuros. Muito agasalhada, apoiava-se na parede, dramati-

zando intenso sofrimento. Ao deparar com a cena, fui tomado subitamente de uma sensação de irritação e repulsa ao que me parecia ser uma encenação teatral.

Devo ter dito em tom irônico: “O que é isso?”.

R. deixou seu corpo cair sobre o divã. Balançava a cabeça para os lados e gemia. Dei-me conta de que minha reação havia sido hostil e crítica. Não era a primeira vez que a via assim, mas involuntariamente deixei transparecer minha surpresa e indignação.

Eu possuía experiências anteriores de interpretações do tipo: você está se escondendo de alguma coisa, o fim de semana despertou em você um sentimento de carência afetiva, de abandono.

Essas colocações pareciam não atingir o real núcleo de conflitos de R.

Foi possível, paulatinamente, perceber que minha irritação devia-se à incorporação das projeções de aspectos parentais de R. O desprezo ou crítica de seus pais, e dela mesma, às suas atitudes inadequadas.

Somente após ter me dado conta de que a estava rejeitando, identificado com algo que soava falso dentro de mim, despertado pelas projeções da paciente e mascarado pela pseudo-sabedoria analítica, reprodutora de algum aspecto narcísico ou imago parental infantil, meu e dela. Em outras palavras, quando cada um dos membros da dupla pôde identificar a própria arrogância, a sessão pôde evoluir por meio de manifestações simbólicas e verbais.

A interpretação dos seus sentimentos de ser desprezada, de não ser desejada ou querida, e também de não se aceitar como portadora desses sentimentos em relação a si e aos pais, pôde ser feita e ouvida.

Emergiram associações de idéias relacionadas à depressão materna e a sentimentos de caos vividos nessas situações.

R. temia desejar. O desejo parecia representar uma ameaça à sua existência. Por outro lado, existir tinha o caráter de tornar o outro um prolongamento dos seus desejos, para não se frustrar.

Toda essa evolução pôde ocorrer quando percebi a existência, como analista-pai, de um sentimento de reprovação a ela. Eu havia assumido o papel projetado de suas figuras parentais que entravam em consonância com meus desejos, como pai, de mudar aquela situação.

Ao recebê-la com um “O que é isso?”, mesmo que eu estivesse brincando, estava mostrando minha ironia, indignação e hostilidade.

Essa reação involuntária deixou transparecer aspectos de mi-

nhas próprias experiências infantis e atuais como pai, e traços de minha personalidade. A capacidade de entrar em contato com esses aspectos, e assumi-los interiormente, permitiu-me viver, na relação analítica, de forma impulsiva e dramatizada, os conflitos de R.

Muito da compreensão que aqui tento transmitir foi posterior ao evento. Entretanto, contribuiu para que eu pudesse ter um contato maior com aspectos da minha pessoa, que até então me eram desconhecidos, apesar dos anos de análise e supervisão.

Entrar em contato com aspectos de minha auto-estima, em face dos meus sentimentos de incompetência profissional, favoreceu a R. integrar ao seu self a percepção de seus limites.

R. acreditava que querer é poder. Brigava, pois acreditava que por essa via seus desejos seriam atendidos. A frustração representava o fracasso pessoal. Queria banir de sua mente certas fantasias sexuais e agressivas usando da mesma violência para consigo mesma.

Os conflitos de R. pareciam estar centrados na necessidade de ser querida e desejada, como expressão do seu sentimento de existir. Carregava fantasias de abandono e culpa como contraparte de sua agressividade.

R. defendia-se de si mesma, da possibilidade de identificar e integrar aspectos de sua identidade primitiva. Estes se confundiam muitas vezes com aqueles introjetados das figuras parentais primitivas. Eram questões ligadas à sua dependência, onipotência, fragilidade, e que R. vivia como hostis à sua auto-estima. Lutava inconscientemente pelo desejo de não ter desejos.

Durante a evolução do processo analítico, pude interpretar que os óculos escuros e os agasalhos eram meios de se defender das agressões da vida, entre elas os seus próprios desejos.

R. pôde então comparar-se a alguém que se protege do sol ou do frio.

Ela me diz: “Tirar os óculos escuros de repente pode ser perigoso e necessita cautela”.

Digo-lhe: “É preciso preparar-se para isso”.

R. conclui: “Ver a luz de uma vez pode cegar definitivamente”.

Respondi-lhe que “é assim também com a dor, com a percepção, com o sofrimento que se sente, quando percebemos em nós a existência de coisas que não gostamos de admitir que temos”.

Pouco a pouco, à medida que “pude tirar meus óculos escuros internos” e reconhecer meus próprios mecanismos defensivos e sentir a

dor que isso representava à auto-estima (R. colocava-me diretamente em contato com eles), foi possível contribuir para que a paciente, no seu ritmo, diminuísse suas defesas e estabelecesse um contato mais efetivo com seu mundo interior e com a realidade externa.

Noutra sessão, R. mostrou-se sensual. Sentou-se diante de mim. Estava bem-vestida, de saia, bonita, diferente de sua maneira habitual de vir às sessões. Pôs-se a contar como tinha sido o seu dia. Displícenamente, descruzou as pernas, deixando à mostra sua intimidade. Balançava as pernas em movimentos masturbatórios. A situação erotizada deixou-me constrangido e excitado. Quando me dei conta de meu estado, encorajei-me e delicadamente perguntei se ela havia percebido que seu ato estava erotizando nossa relação.

Num primeiro momento, pensei que a excitação poderia ser uma forma de atacar minha capacidade de pensar. Não deixava de ser. Mas talvez houvesse algo mais por trás daquela atitude tão explícita. Estava também me defendendo da minha sexualidade, da percepção das minhas fantasias incestuosas e atuais. Ao me aperceber nessa situação, dialogar comigo mesmo e aceitar a presença de uma situação erótica, foi possível falar com R. sobre seu corpo, sua feminilidade, se podia vê-la mulher, os poderes e usos que ela podia dele fazer numa relação afetiva.

Descobriu-se o poder da erotização como forma de atração e busca de afeto. Aquele comportamento, aparentemente de expressão genital, passava a revelar aspectos de natureza extremamente primitiva. Surgiram associações ligadas às intolerâncias maternas, os medos pelas ameaças de separação do casal, o ódio por ter sido adulta prematuramente tendo de cuidar da mãe em seus períodos de depressão. A existência de um sentimento de mágoa profunda emergiu em consequência de sucessivas experiências de perda e separação.

A erotização adquiriu o significado de desejo de contato, de atenção, de continente afetivo, em que a vagina representava a boca e o pênis representava o seio materno. Algo relacionado a continente e conteúdo.

Pick (1985) escreveu que “se existe uma boca que procura um seio como um potencial no recém-nascido, há também um equivalente psicológico, um estado de mente que procura um outro estado de mente. As identificações projetivas do paciente são ações que em parte tendem a produzir reações. O analista pode controlar isso tão rapidamente que pode não ter a consciência de sua reação. Esse é um fator crucial”.

Entendi que seus movimentos masturbatórios despertavam em mim um estado de mente que correspondia à sua necessidade de me manter atento a ela. De cuidar dela. Havia, talvez, uma espécie de deslocamento geográfico. A relação olho/vagina podia ser a representação sexual da relação olho/olho que o bebê estabelece na relação com a mãe.

Aquilo que poderia parecer uma relação perversa com o analista era, no meu entendimento, uma forma de utilização do corpo para alcançar, inconscientemente, níveis de comunicação muito primitivos.

Foi preciso recorrer à percepção e aceitação da minha sexualidade presente na relação, mascarada pelo pudor ou outros elementos censores, para percorrer um trajeto que me era, inconscientemente, indicado por R.

Pude, assim, discriminar que aquela situação extremamente delicada e sensível, vivida na relação transferencial/contratransferencial, podia se referir a uma experiência emocional precoce da paciente, a qual eu também possuía dentro de mim: a do bebê em contato com o seio materno enquanto os olhares se cruzam.

Foi possível identificar as fantasias inconscientes de R. e evoluir para a compreensão de suas dificuldades em conter e lidar com seus impulsos, idéias e desejos. Faltava pele psíquica. Isso era o resultado de suas experiências emocionais primitivas pouco estruturantes. Um falso self havia se estruturado. Era preciso que ambos se despissem em suas mentes para revelar a autenticidade dos desejos primitivos e atuais, e não mais se esquivar deles com “óculos escuros”.

Foi preciso R. entrar em contato com esses aspectos de sua vida mental primitiva para poder lidar com sua estrutura sincicial, caminho para a estruturação de sua identidade adulta.

Durante a análise de R., vivi inúmeras situações dessa natureza. Em conseqüência, pude e tenho aprendido a identificar em mim certas reações que são indicativas de uma comunicação primitiva que está se processando na relação transferencial/contratransferencial.

A meu ver, os reflexos, ou produtos finais, emergentes e perceptíveis da contratransferência funcionam como um “sistema receptor”, como sinalizadores de uma rede associativa subjacente.

A percepção pode ocorrer, por exemplo, por meio de uma certa inquietação, irritação, raiva, sensação de culpa, mal-estar, sonolência, cansaço, ou uma espécie de vibração em meu corpo, que alertam para a existência de um processo psíquico subjacente.

Em relação a R., foi a sensação de estar lidando com algo muito delicado e vulnerável, que requeria extremo cuidado e atenção.

Supus que a paciente poderia estar repetindo um tipo de relação perversa, que havia feito parte de sua relação com a mãe durante suas fases depressivas, uma delas após o nascimento de R. Levantei a hipótese de que poderiam ter ocorrido falhas em relação à “capacidade de preocupação materna primária”, como sugere Winnicott (1956), e à formação da pele psíquica, conceito introduzido por Bick (1968).

Por meio da percepção de derivados da reação contratransferencial tornou-se possível, também, a identificação de aspectos que R. não suportava incorporar como partes de sua pessoa (inveja, passividade, dependência).

Utilizava, inconscientemente, de um derivativo das identificações projetivas maciças, por meio da transferência especular, realizando um sistema de identificação de aspectos seus, inconscientemente hostilizados e projetados no mundo exterior sobre o analista.

R. falava da inveja que eu sentia dela, de sua juventude e liberdade (que podia ser uma verdade em meu mundo imaginário).

Em certos momentos, havia uma relação confusa e indiscriminada, na qual o analista via-se sendo analisado pela paciente. Devo dizer que sua percepção do mundo exterior era bastante apurada. Suas observações levavam-me a ter de lidar com minha onipotência e arrogância profissionais, podendo sentir a dor e a humildade necessárias para reintrojetar no self meus aspectos cindidos, projetados ou censurados.

Lembro-me que em meu íntimo havia o questionamento de até onde ela estaria captando algo meu, fruto de sua percepção ou de suas projeções. De qualquer forma, eu era capaz de identificar tanto nela como em minha pessoa aspectos por ela identificados em mim. Mascará-los seria perpetuar uma relação embasada no falso self.

Num momento posterior, minha identificação da existência daqueles aspectos por ela assinalados na minha pessoa abria caminho para discriminar o que era meu, o que era dela e o que era desperto em mim graças às projeções efetuadas por ela.

Não significava uma imposição de o analista ter de se revelar para sua paciente. Era uma questão de mudança de estado mental. Da possibilidade de o analista sair de um estado defensivo, despir-se de um falso self, e ser autêntico. Autêntico quanto à condição de entrar em contato com seus aspectos sentidos como negativos.

Houve na relação transferencial/contratransferencial uma sucessão de identificações e projeções, de identificações projetivas e contra-identificações projetivas, com oscilações da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva, que percorriam uma rede associativa até alcançar o significado simbólico.

Era uma interação dura, direta, concreta. A identificação por parte do analista dos aspectos projetados em si, a partir da posição depressiva, permitiu relaxar suas defesas e colocar-se de modo mais compreensivo e contido.

Em seqüência, a paciente podia identificar os aspectos projetados, quer do self quer da representação do objeto interno. A partir daí havia a elaboração dos seus mecanismos internos baseados naquela experiência concretamente vivida na relação com o analista.

Creio que é dentro desse contexto que se cria o sentimento de empatia. Isto é, quando o analista não tem medo de seus próprios afetos, e até mesmo pode falar deles em certas circunstâncias.

Essa atitude mental indica uma reciprocidade identificatória e possibilita ao analisando ter o *insight*, elaborar e incorporar seus afetos e idéias “*splittadas*” do seu eu, e reparar sua relação com os objetos e com partes do self dentro de seu mundo interno.

Quando os *actings out* contratransferenciais são rápidos e ocasionais, o analista pode não percebê-los. Mas se ele estiver atento à análise de suas próprias reações, terá a possibilidade de detectar reflexos de suas manifestações inconscientes, ainda que *a posteriori*. Abre-se com isso a oportunidade para retomar a distância necessária à capacidade de pensar, reparar e elaborar, dando continuidade à função analítica. São movimentos regressivos involuntários, que possibilitam a identificação vivencial, antes da emergência do racional, dos fenômenos que estão se passando naquele momento da relação.

Chamo de “distância necessária” a capacidade do analista de manter uma parte de seu ego distanciada e disponível (atenta) para observar e viver os fenômenos que se passam na interação entre ele e seu paciente, e nele mesmo.

Essa relação complexa, que é a relação transferencial/contratransferencial, ocorre como em qualquer relação humana, em vários níveis, nos quais fenômenos regressivos e elaborativos fazem-se presentes.

Pacientes psicóticos, *borderline* e muitos adolescentes em crise de identidade apresentam uma liberação da impulsividade, da agressi-

vidade, da labilidade emocional, diminuição da capacidade de discriminação entre o fantástico e o real, entre realidade interna e mundo exterior. Há um predomínio de mecanismos defensivos primitivos como a onipotência, idealização, negação da realidade e intensas identificações projetivas. Surgem dificuldades na organização têmporo-espacial, conflitos ligados à imagem corporal, *actings out* freqüentes, como expressões diretas do funcionamento mental primitivo.

Esse conjunto de fatores expressa ou se manifesta em decorrência da fragilidade egóica. Nesses pacientes, os aspectos narcísicos são facilmente emergentes.

A experiência clínica tem demonstrado que tais pacientes tendem a mobilizar no analista constantes reações contratrtransferenciais. Elas são conseqüentes às projeções intensas que ocorrem durante o processo de individuação e busca da identidade adulta.

Suspeito que nas reações contratrtransferenciais existam fatores que transcendem a questão da análise pessoal, das supervisões, da maturidade profissional e dos conhecimentos teóricos para a captação desses fenômenos primitivos. São fatores, a meu ver, inerentes à estrutura mental e que necessitam do auxílio da contratrtransferência para a sua percepção:

a) há padrões de manifestação da vida psíquica ou de comportamentos, de natureza onto e filogenéticos, que estão profundamente registrados (*imprinting*) na memória criptogenética do analista. Sua percepção, pelo analista, ocorre a partir das projeções do paciente, e esses aspectos são identificados pelo analista, inicialmente de forma inconsciente e posteriormente por meio de reflexos de sua reação contratrtransferencial.

A partir da percepção dessa reação, o analista poderá, por meio do interjogo de projeções e introjeções decorrentes das associações livres, construir emocionalmente (elaborar) a compreensão do fenômeno que está ocorrendo em si e evoluir para a compreensão do seu paciente;

b) o manejo das ansiedades e dos mecanismos defensivos primitivos é difícil. Eles podem mobilizar no analista um sentimento de ameaça de desintegração, de perda dos limites existentes entre o seu próprio self e o objeto. Penso que nesse fenômeno reside uma das dificuldades de trabalhar com pacientes adolescentes. Kernberg (1980) assinala que esses mecanismos são prevaletentes entre pacientes psicóticos e *borderline*, aos quais acrescento os adolescentes em crise de identidade.

Storolow (1983) sugere que a contratransferência pode ter uma característica funcional. Ela serve ao paciente quando este, em virtude de suas necessidades narcísicas, mobiliza ódio no analista, como expressão de controle onipotente, por exemplo, ante o sentimento de dependência infantil. Tenderíamos a identificar esses pacientes com aspectos rejeitados de nossos próprios self ou de nossos objetos infantis.

Nessas transferências narcísicas, o paciente utiliza o analista como um self-objeto, assim como o bebê utiliza-se da mãe como um elemento para exercer sua onipotência, e dessa forma sua existência alcançar significado, seguindo o pensamento de Winnicott. Esse autor mostra-nos a importância da ilusão oriunda do controle onipotente sobre o objeto para o estabelecimento do sentimento de ser.

O analista-mãe suficientemente bom será aquele que se permite ser o objeto continente dos impulsos amorosos e agressivos “*splittados*”. Por meio desse objeto primitivo, os aspectos narcísicos do paciente poderão ser reintegrados aos diferentes aspectos do self.

Concordo com Kohut (1971) quando diz: “o analista desempenha uma função que o paciente ainda não pode desempenhar por si só”, e que o paciente, por meio de sua experiência analítica, vivida nessa complexa relação transferencial/contratransferencial, tem a possibilidade de identificar, construir ou reformular distorções havidas durante suas experiências infantis.

No processo de investigação psicanalítica, a meu ver, o analista necessita desenvolver alguns atributos de sua personalidade, tais como: sensibilidade para os fenômenos psíquicos, humildade, uma dose de audácia, amor na busca da sua verdade, da do seu paciente e da relação entre ambos.

Finalizo este capítulo reproduzindo um trecho do livro de Júlio de Mello Filho (1989) sobre Winnicott, em que ele sintetiza a postura contratransferencial do analista: “Winnicott escreve sobre a importância de o analista ser ele mesmo diante dos seus pacientes, ser autêntico, espontâneo, deixar fluir seu verdadeiro self, muitas vezes oculto atrás de uma suposta neutralidade. O analista é vulnerável a seus pacientes, isso significa que ele é humano e atingível pelos sentimentos e emoções de seus clientes, e assim pode compreender seus dramas e suas vicissitudes”.

BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *La Adolescencia Normal*. Buenos Aires: Paidós, 1971.
- ABERASTURY, A. e cols. *Adolescencia*. Buenos Aires: Kargierman, 1972.
- BICK, E. The Experience of The Skin in early object relations. *Int. J. Psycho-Anal.* v. 49, pp. 484-6, 1968.
- BLEGER, J. La Identidad del Adolescente: Fundamentos y Tipicidad. In: BLEGER, J. e cols. *La Identidad en el Adolescente*. Buenos Aires: Paidós-Asappia, 1973.
- ETCHEGOYEN, R. H. *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- GREENSON, R. R. Loving, Hating and Indifference Towards the Patient. *Int. Rev. Psycho-Anal.*, v. 1, pp. 259-266, 1977.
- GRINBERG, L. On A Specific Aspects of Counter-Transference Due To the Patient's Projective Identifications. *Int. J. Psycho-Anal.*, v. 43, pp. 436-440, 1962.
- HEIMANN, P. On Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.* v. 31, pp. 81-4, 1950.
- KERNBERG, O. *Mundo Interior e Realidade Exterior: Teoria Aplicada às Relações Objetivas*. Rio de Janeiro: Imago, 1989.
- KOHUT, H. *Análise do Self*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- LEVISKY, D. L. Acting out na Análise de Crianças: um meio de comunicação. *Rev. Bras. Psicanal.*, v. 21, pp. 509-27, 1987.
- . Inscrição Mental Pré-Verbal e Contratransferência. *Rev. Bras. Psicanal.* v. 23, pp. 137-54, 1989.
- MELLO FILHO, J. *O Ser e o Viver: uma Visão da Obra de Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- MOELLER, M. L. Self and Object in Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.* v. 58, p. 365, 1977.
- MONEY-KYRLE, R. E. Normal Counter-Transference and Some of its Deviations. *Int. J. Psycho-Anal.* v. 37, pp. 360-74, 1956.
- PICK, I. B. Working through In The Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.* v. 66, pp. 157-66, 1985.
- RACKER, H. *Estudos sobre Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes

Médicas, 1986.

ROSENFELD, H. *Impasse e Interpretação: Fatores Terapêuticos e Antiterapêuticos no Tratamento Psicanalítico de Pacientes Neuróticos, Psicóticos e Fronteiriços*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

STOROLOW, R. D.; LACHMANN, F. M. *Psicanálise das Paradas de Desenvolvimento: Teoria e Tratamento*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

WINNICOTT, D. W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. O Ódio na Contratransferência. In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____. Preocupação Materna Primária. In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____. *Sum, I am, in Home is Where We Start from*. Londres: W. W. Norton Company, 1986.