

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

CLARISSE, EU E WINNICOTT:  
UM ESTUDO DE CASO SOBRE O MANEJO NA CLÍNICA  
DO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

ENRIQUE ARAUJO BESSONI

Brasília-DF  
2008

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

CLARISSE, EU E WINNICOTT:  
UM ESTUDO DE CASO SOBRE O MANEJO NA CLÍNICA  
DO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

ENRIQUE ARAÚJO BESSONI

Orientador: Prof. Dr. ILENO IZÍDIO DA COSTA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Brasília-DF  
2008

CLARISSE, EU E WINNICOTT:  
UM ESTUDO DE CASO SOBRE O MANEJO NA CLÍNICA  
DO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Esta Dissertação, quesito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, foi apreciada e aprovada pela Banca Examinadora composta por:

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa  
Universidade de Brasília - UnB  
Presidente

---

Prof. Gilberto Safra, Ph.D.  
Universidade de São Paulo - USP  
Membro Externo

---

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri  
Universidade de Brasília - UnB  
Membro Titular

---

Profa. Dra. Sandra Maria Baccara Araújo  
Centro Universitário de Brasília - UniCEUB  
Membro Suplente

Brasília, 08 de agosto de 2008

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por tudo!

A Maria, Bendita, por mostrar sempre o caminho!

Aos meus pais, Roosevelt e Socorro, e aos meus irmão, Camilo, Renata e Guilherme, pela graça e pela riqueza de suas presenças! A eles, também, uma gratidão especial, pelo esforço em compreenderem o meu percurso;

Ao Júlio, simplesmente por ser quem é e por me acompanhar e ensinar a ser quem sou;

Ao Professor Dr. Ileno Izídio da Costa, por se dispor a construir algo, quando eu mesmo não tinha certeza do que queria, pelo encontro;

Às Professoras Maria Izabel Tafuri e Sandra Baccara, pelo acolhimento e pela disponibilidade em oferecerem auxílio! À Professora Angela Almeida, pelo cuidado em me auxiliar a encontrar e a fazer este percurso;

À Cláudia Feres, pelo acolhimento em tantos momentos difíceis e pela escuta-companhia que contribuiu para construir mais esta etapa de minha vida;

Aos colegas do GIPSI, por compartilharem comigo suas existências;

À Lívia, Lílian e Marina Santiago, pelo incentivo, pelo auxílio e pelas palavras, ditas na hora certa, pelas mãos estendidas;

Aos amigos e amigas, por compreenderem minhas ausências, os convites que recusei, por se preocuparem com detalhes deste e neste percurso; vocês são presentes de Deus na minha vida e vida do meu presente, com quem, de A a Z, aprendo a compreender, a admirar e a celebrar a condição humana!

À CAPES pelo apoio financeiro.

*Ao Oleiro e às argilas.*

## SUMÁRIO

RESUMO .....	vi
ABSTRACT .....	vii
INTRODUÇÃO .....	8
Um Percurso e a Descoberta de uma Técnica.....	8
Questões e Objetivos .....	14
Apresentação dos Capítulos.....	16
CAPÍTULO 1: A CONTRATRANSFERÊNCIA .....	18
Freud e as Orientações sobre a Técnica .....	19
Desenvolvimentos Conceituais e Técnicos .....	27
A Controvérsia da Contratransferência .....	35
CAPÍTULO 2: CLARISSE, EU E WINNICOTT .....	42
Clarisse, Eu... ..	43
...e Winnicott.....	64
CAPÍTULO 3: LOUCURA, SAÚDE MENTAL E CLÍNICA .....	79
A Reforma Psiquiátrica .....	80
Intervenção Precoce e o Sofrimento Psíquico Grave .....	86
Uma clínica diferenciada .....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
ANEXOS.....	119

## RESUMO

Esta dissertação consiste em uma intersecção entre as áreas da Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicótica, da Reforma Psiquiátrica e do conceito de Contratransferência. O objeto da pesquisa foi o manejo da contratransferência na clínica do sofrimento psíquico grave. Buscou-se, inicialmente, compreender a temática, segundo Freud e, em seguida, demonstrar a evolução do conceito e novas dimensões de compreendê-lo, destacando a questão acerca da postura do profissional, no decorrer de um processo psicoterapêutico. Relatou-se um processo de intervenção precoce em primeira crise do tipo psicótica para apresentar uma experiência possível deste manejo. Para auxiliar a compreensão desta intervenção, realizou-se uma discussão pontual a partir de alguns conceitos da teoria winnicottiana. Em seguida, apresenta-se os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e a noção de clínica ampliada. As aproximações e diferenças entre estas áreas foram elaboradas, enfocando os objetivos desta clínica e o manejo da contratransferência como uma técnica privilegiada. Discutiu-se a clínica contemporânea, o atendimento a pessoas em sofrimento e os papéis do analista na relação terapêutica. Destacou-se a importância de pensar e utilizar a contratransferência na clínica da Reforma Psiquiátrica, como uma forma de integrar significados e sentidos na relação com o indivíduo em sofrimento psíquico grave. O encontro precede a intervenção e é intervenção, baseando-se no acolhimento e no cuidado, onde a presença do profissional é essencialmente terapêutica.

**PALAVRAS-CHAVES:** Sofrimento psíquico grave, Contratransferência, Intervenção Precoce, Clínica Ampliada.

## ABSTRACT

The main interest of this dissertation can be placed in the area of intersection of Early Intervention in Psychosis, the Psychiatric Reform and the concept of counter-transference. The interest of this research is the handling of the counter-transference in the clinic of the serious psychic suffering. Initially, it intends to understand the topic based upon Freud and then demonstrate the evolution of the concept and new dimensions and ways to understand it, with special attention to the matter of the professional posture, along the psychotherapeutic process. The dissertation recounts an early intervention in psychosis process to present an experience of a possible way of handling the counter-transference relation. To help understand such intervention, there is a focused discussion on the theory of Winnicott. Then, there is a presentation of the assumptions of the Psychiatric Reform and the idea of extended clinic. This is followed by a discussion of the similarities and the differences between these areas, with a focus on the goals of such clinic and the handling of the counter-transference as a fundamental technique. The contemporary clinic, the serious psychic suffering people's care and the roles of the analyst in the therapeutic relation is discussed. The importance of thinking and using the counter-transference in the Psychiatric Reform, as a way to integrate the significance and the meaning in the relation with the person in serious psychic suffering is emphasized. The encounter comes before the intervention and is in itself intervention, based on the receptiveness and on the care, in where the presence of the professional is, essentially, therapeutic.

**KEY WORDS:** Serious Psychic Suffering, Counter-transference, Early Intervention, Extended Clinic.



## INTRODUÇÃO

### **Um Percorso e a Descoberta de uma Técnica**

Este estudo é fruto de um percurso iniciado com os atendimentos clínicos realizados durante o estágio na graduação. Este estágio específico foi realizado no Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas – GIPSI, do Instituto de Psicologia, da Universidade de Brasília – UnB, sob orientação do Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa. O objetivo do trabalho clínico do GIPSI é o atendimento a indivíduos em primeiras crises do tipo psicótica e a suas famílias.

Os indícios desta pesquisa estiveram presentes desde esse trabalho, ao final de minha graduação. Estes indícios referem-se, especificamente, a dois processos psicoterápicos, os quais pude acompanhar por um determinado período. Ressalte-se a necessidade de uma referência pontual, tanto a dinâmica, quanto a momentos específicos desses processos, a fim de demonstrar o surgimento de uma questão clínica e teórica.

Há dois anos, passei a atender uma família, substituindo um dos profissionais do grupo. Houve dificuldade de apropriar-me do processo, da mesma forma que a família teve dificuldades para aceitar um novo vínculo. Isto porque esta família estava há mais de vinte anos em busca de compreender a crise de um dos filhos do casal, que ocorrera quando este tinha sete anos. Esta família era acompanhada pelo GIPSI, no Centro de Acompanhamentos e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília, há mais ou menos três anos. Após a minha entrada, o processo durou pouco mais de um ano. Neste intervalo, a família oscilou entre engajar-se no tratamento e estar ali para acompanhar o tratamento do parente em questão.

A reviravolta, embora qualquer confronto fosse desconfortável para eles, ocorreu com o suporte oferecido ao pai. Foi significativo e a partir desse suporte, ele passou a se colocar espontaneamente nas sessões. Em uma outra sessão, também foi após um suporte ao projeto de vida idealizado pelo irmão mais velho, que este passou a se colocar mais espontaneamente na sessão.

Esse suporte à individualidade demonstrou um padrão familiar. O respeito à subjetividade permitiu a expressão livre da mesma. Da mesma forma aconteceu com o filho em crise. A partir do movimento dos terapeutas em ouvir frases completas em suas verbalizações, em dar espaço a sua iniciativa de comunicar-se na sessão, este rapaz passou a se expressar mais, pedindo massa, pintura, a rir mais – toda vez que o tema tratado mobilizava a família como todo. Assim ele se posicionava também.

Ressalte-se a constante referência dos pais ao que o filho poderia estar fazendo, em razão de, na época, estar com 22 anos. Este era o momento mais delicado da sessão, para mim, pois eu os atendi quando estava com 22 anos. Deparei-me com essa expectativa deles e a confrontava, constantemente, com as minhas expectativas a meu respeito.

O segundo processo terapêutico foi desde o início acompanhado por mim. Em companhia de uma colega do GIPSI, acolhemos dois homens, pai e filho, orientados por uma psiquiatra a procurarem pelo apoio psicoterápico e tinham como demanda a preocupação com uma recente alteração de comportamento do filho, que demonstrava risco de morte. O filho comparecia aos atendimentos, pela exigência do pai e de forma a tranquilizá-lo. O pai, por sua vez, comparecia por acreditar ser uma tentativa de ajudar o filho. Discordavam a respeito de diversos assuntos, especificamente sobre o estilo de vida do filho, cujo trabalho era informal, noturno e predominantemente aos finais de semana,

promovendo eventos sociais. Concordavam apenas sobre o benefício da terapia individual, a única necessária, de acordo com os dois.

Este processo foi interrompido, por ter coincido com uma fase profissional minha e um detalhe do próprio processo. Trata-se da época de minha formatura e de ingresso no mestrado, assumindo um compromisso que, inicialmente, comprometeria minha dedicação em termos de tempo. Ademais, discutiu-se em supervisão um fato surgido durante o processo, de eu ter tomado conhecimento de termos – eu e os pacientes – um círculo social em comum, isto é, tínhamos amigos em comum, embora não tínhamos nos encontrado antes do processo. Diante da situação, a decisão, após a supervisão clínica, foi por me afastar do atendimento, sendo substituído por um colega do GIPSI.

A quebra do contrato terapêutico ocorreu no momento anterior ao período das férias do mês de julho, daquele ano. Pai e filho foram informados de minha saída, por motivos pessoais. Os pacientes decidiram que não haveria o porquê da continuidade, por entenderem que, ao acolhê-los dois meses antes e se já sabia de meu desligamento, deveria eu os ter informado. Sentiram-se desrespeitados, principalmente por exigir deles a confiança na dupla terapêutica para acompanhá-los.

Estes dois processos terapêuticos ocorreram paralelamente ao meu primeiro ano de análise pessoal. Dei-me conta que, para lidar com pacientes e seus familiares em sofrimento psíquico grave, deveria analisar sempre a minha postura profissional, a minha participação no processo terapêutico e os vínculos estabelecidos. Desta forma, iniciava-se o meu processo de análise da contratransferência, limitado, entretanto, a este sentido, de analisar minhas reações conscientes e inconscientes, no meu espaço de análise.

Os dois atendimentos apontaram que é preciso o respeito à subjetivação do paciente. Eles mesmos demonstram como e por onde fazer isso. Demonstraram, para mim, a

importância do resgate da experiência do indivíduo e como a prática clínica é idealizada de uma maneira muito mecanicista. A interação entre os atores do *setting* terapêutico vai se esvaecendo, à medida que avançam os estudos sobre psicologia. Então, o que se tem perdido? E por outro lado, qual tem sido o objeto de estudo desta Psicologia, principalmente desta Psicologia Clínica?

Para este momento, contei com uma colocação de Bucher (1989), sobre a psicoterapia como disciplina científica, datada da época da publicação dos Estudos sobre Histeria, de Freud e Breuer. Também sua distinção quanto à relação psicológica e a relação psicoterápica. Para ele, esta “é explícita, sistemática e relativamente padronizada”, enquanto aquela é “implícita, concomitante, automática”. E diferem basicamente, porque a persuasão se aproxima da relação psicoterápica, uma vez que visa uma mudança e é “sustentada por um arcabouço teórico que lhe confere uma certa coerência, um certo rigor e uma verificabilidade que, embora longe de ser experimental, obedece a critérios de reflexão científica e contém referências a parâmetros metodológicos averiguados” (p. 44).

A elaboração de Bucher sobre a relação psicológica e a relação psicoterápica, tendo como base a origem do termo clínica, permitiu-me visualizar que esta palavra remete a alguém que se dirige a outro e o *escuta* – na expressão corporal, verbal, psíquica de sua existência. E a distinção proposta por Bucher identifica dois *locus* possíveis para a *escuta clínica*. Amplia-se assim, a idéia de clínica.

Estão presentes na prática do GIPSI, por isto na minha prática, reflexões sobre o sofrimento psíquico grave do ser humano e a sua assistência através da reflexão crítica de alguns pressupostos psicológicos, psicopatológicos e práticas terapêuticas. Estas reflexões são baseadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, de desinstitucionalização, universalidade do acesso ao tratamento, por exemplo. Estas reflexões conduziram-me,

inicialmente, a pensar o projeto de mestrado em função de associações de familiares e usuários de serviços de saúde mental, para observar a reorganização de autonomia dessas pessoas.

Um sonho, no entanto, modificou o meu projeto, remetendo-me ao estudo clínico de um processo terapêutico específico, ocorrido logo após aqueles dois primeiros, acima citados. O sonho foi o seguinte.

“Eu assistia a uma entrevista de Hannah Arendt, na televisão. Ela fumava um charuto e ria para o interlocutor, que eu não reconhecia. De repente, já não havia mais diferença de planos, isto é, deixei de ser apenas um telespectador e, próximo dela e de seu entrevistador, ouvi-a dizendo, para mim, ‘É preciso voltar à condição humana’”.

Após a análise desse sonho, ficou clara a necessidade de voltar a condição humana do paciente e do profissional! Isto é, para mim, foi um sonho em que minha prática clínica deveria se pautar pela humanidade do indivíduo diante de mim e pela minha humanidade! Tornou-se claro para mim a necessidade de escrever sobre um processo terapêutico específico, onde o encontro e a experiência foram fundamentais para o manejo clínico da situação. Ademais, constatei que voltar a condição humana era aprimorar o manejo da contratransferência, incipiente nos dois processos acima descritos.

Isto apresentado, passo agora à vinheta clínica do processo psicoterápico, utilizado como base para o estudo proposto neste trabalho, cujos objetivos apresentarei em seguida.

Clarisse foi encaminhada, em novembro de 2006, ao GIPSI, em virtude de uma seqüência de comportamentos tidos como “estranhos” por seus familiares. Ela foi encontrada pela filha mais nova, andando pelo condomínio onde moram, afirmando que iria visitar a sogra no hospital. A sogra dela, no entanto, falecera há oito anos. Reconduzida a sua residência, Clarisse teve uma crise agressiva, quebrando objetos em casa. Desde então,

apresenta-se deprimida, chorosa, sem motivação para atividades rotineiras. Ao longo dos atendimentos, Clarisse demonstrou-se incomodada com alguma coisa que estava acontecendo, mas sem saber o que era. Apenas tinha certeza de que não estava louca.

Demonstrou, desde a primeira entrevista e durante os dois primeiros meses, além da crise agressiva inicial, angústia, distúrbios do sono, retraimento social, desmotivação, atenção/concentração reduzida, humor depressivo, desconfiança, culpa, apatia, perda de interesse, fadiga/perda de energia, sonolência, bloqueio do pensamento, ambivalência e transtorno de volição, como inércia, negativismo ou letargia. Entre sintomas positivos e negativos, foram expressados discurso desorganizado, comportamento desorganizado, embotamento afetivo (afeto embotado ou inapropriado), abulia (incapacidade de iniciar e persistir em atividades dirigidas a um objetivo prejudicando as atividades diárias: escola, trabalho, higiene, relações afetivas), falta de interesse geral e isolamento social.

Após uma falta minha a um atendimento, e após o manejo das conseqüências desta falta para a terapia em si, Clarisse revelou um segredo. Foi obrigada, pela mãe, a realizar um aborto, quando estava grávida de gêmeos e tinha se separado de seu segundo esposo. Logo após o aborto, ela se casou pela terceira vez sem que este terceiro esposo soubesse do ocorrido e, durante 23 anos, ninguém mais falou sobre o assunto. Do momento da revelação deste segredo em diante, trabalhamos muito a sensação de culpa, de raiva, sentimentos de onipotência e impotência, desamparo e apoio. O trabalho foi rico pelas metáforas construídas, tanto por mim, quanto por Clarisse, em relação a um “peso” que é de uma outra pessoa, a dívidas, a experiência de vida dela, principalmente o aborto. A decisão de Clarise, depois de nove meses de processo terapêutico, foi abrir uma creche, onde passou a cuidar de duas crianças. Um mês depois, realizamos duas sessões para finalizar o processo.

Estava claro que foi feita uma intervenção precoce em uma primeira crise do tipo psicótica e esta atingira seu objetivo, acolher um indivíduo, no caso Clarisse, e acompanhá-lo em seu tempo. Outras questões surgiram para Clarisse, mas estas consistiam em (re)iniciar sua vida. Determinadas questões se impuseram para mim, as quais buscarei delimitar neste trabalho. Destaco uma questão fundamental, presente ao longo do processo terapêutico de Clarisse, o manejo da minha contratransferência.

### **Questões e Objetivos**

A relação entre loucura, louco e sociedade tem se mostrado complexa ao longo da história. Foram, e são diversas as formas de compreender o que é a loucura, quem é o louco e qual o papel da sociedade diante dessas compreensões. Foram diversas também as análises propostas acerca daquela relação, a medida em que a lógica científica estabelecia parâmetros para as compreensões. Ademais, as propostas de investigação contribuíram para a regulamentação do contrato social, e ainda o fazem, sendo constituídas por, e constituintes de, questões próprias de seu tempo. Neste sentido, apresento determinadas elaborações acerca do *sofrimento psíquico grave*, da *clínica ampliada* e da *intervenção possível*.

Com base no referencial psicanalítico, pretendo pesquisar o manejo da contratransferência na intervenção precoce em primeiras crises do tipo psicóticas. Como eixo, defendo a noção de que a contratransferência pode ser considerada como estratégia de intervenção – permite a (re)integração, a retomada, o (re)estabelecimento de vivências e formas de comunicação com o mundo. Com base na prática clínica, pretendo mostrar a evolução de um processo psicoterápico, cuja principal ferramenta de intervenção foi o

manejo da contratransferência. Desta forma, este trabalho é uma proposta de elaboração teórica da prática clínica.

Os pressupostos do movimento pela Reforma Psiquiátrica são reformuladores do modelo clínico tradicional. A partir da desconstrução deste modelo, novas clínicas surgiram e se estabeleceram. O eixo condutor deste trabalho é a noção de clínica ampliada, fruto do movimento pela Reforma. A Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas têm pressupostos próximos aos da Reforma, sendo compreendida neste trabalho como uma possibilidade de realização daquela clínica ampliada.

A Intervenção Precoce realizada pelo GIPSI, no entanto, vai de encontro à produção internacional, tradicionalmente psiquiátrica, sob a lógica diagnóstica. Adota uma postura metodológica, paradigmática e epistemológica a partir do acolhimento. Desta forma, justifica-se o estudo da contratransferência como estratégia de intervenção, haja vista o profissional e a sua participação na construção do vínculo serem ferramentas fundamentais, não mais o diagnóstico.

Em suma, o objetivo principal deste trabalho é o estudo do manejo da contratransferência como técnica de intervenção precoce em primeiras crises do tipo psicóticas. São objetivos específicos deste estudo a compreensão da contratransferência, para além dos limites psicanalíticos e de modo a contribuir para práticas clínicas antimanicomial; a compreensão do sofrimento psíquico grave e a maneira de acolhê-lo, na clínica, a partir de uma aproximação com a teoria de Winnicott; a compreensão acerca da clínica ampliada da Reforma Psiquiátrica, exemplificada neste pela Intervenção Precoce, e seus limites; reflexões sobre uma nova maneira de fazer clínica, de acordo com Safra, a fim de sobrepor estes limites.



## **Apresentação dos Capítulos**

Este trabalho está organizado conforme descrito abaixo, além desta introdução e um capítulo sobre as considerações finais.

No primeiro capítulo, analisa-se a contratransferência como um construto originalmente psicanalítico e que originou diversos outros. Para isto, são tomados como base três textos freudianos, sendo que em dois deles há referência direta ao conceito e no terceiro artigo, embora não haja uma referência direta, há importantes elaborações sobre a identificação e o manejo de conteúdos contratransferenciais. Ademais, são utilizadas duas revisões acerca do conceito de contratransferência, para demonstrar a abrangência da questão para além da Psicanálise propriamente dita.

A partir das potencialidades terapêuticas da contratransferência, o segundo consiste no estudo de caso. Utiliza-se, de maneira pontual, a teoria winnicottiana para uma compreensão do processo terapêutico, especificamente do sofrimento psíquico grave, sua constituição e as especificidades clínicas para a compreensão e a condução de um processo psicoterapêutico.

Estas especificidades clínicas são retomadas no terceiro capítulo. Nesta parte da dissertação, apresenta-se os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, uma síntese sobre sua implantação no Brasil; os pressupostos da Intervenção Precoce em Psicoses e suas semelhanças aos da Reforma, sendo avaliada neste como uma das possibilidades de clínica ampliada. Adota-se o referencial do Safra, a partir de Winnicott, acerca da clínica contemporânea, ampla e necessariamente diferenciada da tradicional, que busca demonstrar uma nova maneira de fazer clínica, estabelecendo parâmetros para sistematizar a relação

entre contratransferência e a clínica ampliada, de modo a superar os limites existentes na clínica da Reforma e contribuir para a organização desta.

Por fim, no último capítulo trata-se de uma apropriação de todo esse percurso, a partir de conclusões possíveis e reflexões sobre os limites deste trabalho. É também a própria-ação em devir, isto é, a contratransferência refletida ao longo do trabalho, em um exercício de sintetizá-la e, a partir dela, demonstrar uma possibilidade de intervenção que se constitui como um campo, a partir da interseção de três grandes áreas – a Reforma Psiquiátrica, a clínica da intervenção precoce e a clínica da contratransferência.

## CAPÍTULO 1

### A CONTRATRANSFERÊNCIA

A contratransferência é um conceito psicanalítico historicamente constituído pela via da alteridade. Sua descrição sempre foi balizada pela definição de transferência, de objetivos clínicos e da postura exigida do profissional. Neste sentido, sua constituição era pela via da negatividade, isto é, *não* era transferência, *não* era um objetivo/aspecto do tratamento clínico. Houve uma mudança acerca da compreensão da contratransferência. Esta mudança teve impacto sobre a reflexão teórica do conceito e a prática clínica.

A condição histórica de sua constituição, inicialmente apontada como sendo pela via da alteridade, foi fundamental. Esta via da alteridade apontava para a existência de um outro, o profissional, a quem era negado teórica e profissionalmente uma existência, objetivado pela ciência positivista. Aquela via apontou, então, que essa alteridade poderia dizer de um outro, presente na relação terapêutica. Esta nova percepção afirmou a contratransferência, como um outro aspecto e parte do tratamento clínico e afirmou a presença do terapeuta.

A pessoa do analista passou a co-existir em um processo terapêutico e, por isso, hoje há um consenso sobre o envolvimento de suas características (reações, sentimentos, sensações, etc) na condução desse processo. Esse consenso, no entanto, contém divergências acerca daquele envolvimento, demonstrando, assim, estarem presentes, atualmente, as diferentes elaborações realizadas ao longo do desenvolvimento conceitual e técnico da contratransferência. Desta forma, é importante compreender as referências iniciais, em Freud, e um breve histórico sobre o desenvolvimento desse conceito para ilustrarmos os paradoxos sobre a presença do analista.

## **Freud e as Orientações sobre a Técnica**

Freud referiu-se a contratransferência um número reduzido de vezes, em razão de seu foco sobre a constituição psíquica do ser humano, o estabelecimento das neuroses e das psicoses como expressões psicopatológicas daquela constituição e a possibilidade de tratamento das neuroses, pela análise do amor de transferência. Neste sentido, sua obra é composta por sucessivas confirmações, refutações e reelaborações de sua teoria e técnica, em desenvolvimento de acordo com seu foco. Infere-se, por outro lado, questões sobre a contratransferência, da obra freudiana, da mesma maneira que esta obra contém os inícios e os indícios teóricos, ampliados por diversos estudiosos. A medida em que estabelece orientações sobre a técnica psicanalítica, surgem específicas orientações, em seus textos, sobre a pessoa do analista e a forma deste se fazer presente no processo terapêutico. Nestas peculiaridades, estão as menções a contratransferência. Ademais, a partir destes dois contextos, de inferências e referências, prossigo para compreender as bases desse conceito e a postura do analista.

“As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica” (Freud, 1910) é um texto que demonstra inovações ocorridas na técnica. Freud preocupa-se em distinguir o momento em que ocorreu a produção desse texto, do momento inicial de desenvolvimento da técnica psicanalítica. Para ele, as perspectivas terapêuticas podem melhorar, uma vez que os recursos para lidar com as neuroses ainda não se esgotaram. Aponta para uma transformação fundamental desta técnica, cujo objetivo foi da elucidação dos sintomas, passando a desvendar os complexos, até a remoção das resistências, de forma que os mesmos complexos surjam sem dificuldades. Afirma, por outro lado, que outras inovações

estão relacionadas ao médico (analista), haja vista este ter se tornado consciente da contratransferência.

Para Freud (1910), o analisando influencia os sentimentos inconscientes do médico-analista, que se torna, assim, consciente de sua contratransferência, a fim de superá-la, porque

nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas; e, em conseqüência, requeremos que ele deva iniciar sua atividade por uma auto-análise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente, enquanto esteja realizando suas observações sobre seus pacientes. Qualquer um que falhe em produzir resultados numa auto-análise desse tipo deve desistir, imediatamente, de qualquer idéia de torna-se capaz de tratar pacientes pela análise (p. 130).

Percebe-se o cuidado clínico em diferenciar espaços, para priorizar e respeitar o processo terapêutico do paciente. Para isto, o analista deve ter seu próprio espaço, a auto-análise. Destaca-se, por outro lado, os primeiros indícios de ser possível utilizar a contratransferência, não apenas conhecê-la e superá-la.

Primeiro, Freud fala dos sentimentos inconscientes do analista influenciados pelo paciente. O resultado, a contratransferência, é para ser superado, após minuciosamente trabalhado em auto-análise. A influência, no entanto, ocorre instantaneamente, se considerarmos o momento em que ocorre a terapêutica analítica. Por esta ocorrência instantânea, a orientação é sobrepujar, elaborar em outro espaço para que não interfira no espaço próprio da psicoterapia do paciente. Frequentemente, contudo, em função da dinâmica do inconsciente, não há espaço-tempo suficiente para objetivar a análise do resultado e excluí-lo, no momento em que emerge, tendo a contratransferência, então, um aspecto imperativo.

Freud preocupou-se em dar seqüência as idéias expostas neste artigo de 1910. A partir de sua crença nas perspectivas futuras da Psicanálise, ele estabeleceu, ao longo de sua obra, recomendações freqüentes àqueles que a exerciam. Uma mostra clara está em “Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise” (1912), onde o autor ressalta aspectos da técnica – sua origem, sua evolução e a maneira de aperfeiçoá-la. Seu objetivo, neste novo artigo, era expor regras e explicar as funções destas para o exercício da prática psicanalítica. Era, principalmente, “criar, para o médico, uma contrapartida à ‘regra fundamental da psicanálise’ estabelecida para o paciente” (p. 154). Esclarece, em seguida no texto, que à medida em que o paciente deve relatar todo o material advindo de sua auto-observação e impedir qualquer seleção deste material, “também o médico deve colocar-se em posição de fazer uso de tudo o que lhe é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente oculto, *sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão*” (idem, grifo meu).

As regras técnicas expostas por Freud direcionam o profissional para além de sugestões sobre as técnicas e ou recomendações explícitas sobre a maneira mais adequada de exercer a psicanálise. Isto é, o texto aponta para uma relação influenciada pela interação entre conteúdos inconscientes, que emergem pela associação livre, para o analisando; pela escuta flutuante, para o analista. Esta interação deve ser determinada, de acordo com as prescrições estabelecidas por Freud, principalmente pelas regras fundamentais a que devem se submeter o profissional e o paciente. O artigo torna-se específico sobre a execução da psicanálise, a medida em que prioriza orientações sobre esta e seu exercício em função do paciente e seus conteúdos. Para o profissional, essas orientações são, praticamente, prescrições e restrições acerca da atividade psicanalítica.

Primeiro, há uma indicação da coincidência entre pesquisa e tratamento, em psicanálise. A ressalva está no momento em que a técnica torna-se divergente, para cada um. Freud pretende mostrar, assim, que durante o tratamento deve haver, por parte do analista, o respeito pela associação livre do paciente, preservando a atenção flutuante. Tendo em vista o interesse pelo tratamento, deve ocorrer um avanço, “por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se o enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições” (Freud, 1912, p. 153). O interesse científico, por outro lado, pode estar presente e o analista pode oscilar entre os dois interesses, contanto que prossiga com o processo de pesquisa após a conclusão da análise. Isto porque, como exposto, é a observância das regras fundamentais postuladas que leva ao processo de análise.

Os dois interesses, pelo tratamento e pela pesquisa, poderiam tornar-se, para o analista, ocasiões em que este projetaria seus conflitos, ser presunçoso quanto a pequenos avanços obtidos pela sugestão e/ou estabeleceria como norma sua própria personalidade. O profissional que se dispusesse “a utilizar seu inconsciente desse modo, *como instrumento da análise*” (p. 154, grifo meu), deveria ele próprio preencher determinadas condições. Preencher estas condições asseguraria ao analista não incorrer naqueles erros e, assim, seria possível compreender as orientações e alternar os interesses, oscilando de uma atitude mental para outra. O destaque, neste ponto, é a submissão do analista ao seu próprio processo de análise.

Em seguida, extrai-se do texto de Freud importantes metáforas, para explicar qual a postura do analista, durante o processo. Este tem que ser como *um cirurgião, um espelho, um receptor telefônico*. Isto é, o analista deve agir de maneira precisa e objetiva, diante de algo a ser retirado do paciente. Deve ser também apenas um reflexo da imagem mostrada,

sem mostrar nada além desta. Por fim, ajustar-se a um órgão transmissor (o inconsciente do paciente) e, reconstruindo a mensagem original, reenvia-la ao transmissor. Observa-se a orientação para uma postura objetiva, precisa, mecânica. As metáforas, por outro lado, demonstram, desde então, o paradoxo a respeito da figura do analista; por que não dizer, o paradoxo próprio de Freud e sua obra, também.

Encontramos outras reflexões acerca da técnica psicanalítica, segundo Freud (1915). Para ele, é preciso notar que as dificuldades do tratamento residem no manejo da transferência. Neste ponto, o autor demonstra aquilo que é próprio à análise, o manejo da transferência. Esta sua ressalva direciona-se aos principiantes e às dificuldades por eles enfrentadas, quando demandados a “interpretar as associações do paciente e lidar com a reprodução do reprimido” (p. 208).

Neste artigo, Freud busca exemplificar seu postulado a partir da situação de uma paciente que se apaixona pelo médico. Para Freud, uma situação plausível, principalmente no ambiente psicanalítico. Segundo ele, existem duas maneiras de avaliar aquela situação, a partir do ponto de vista do médico e a partir do ponto de vista da paciente. Os aspectos do enamoramento de uma paciente pelo seu médico e as influências deste fenômeno sobre o processo de análise são discutidos ao longo do texto. Faço a opção por ressaltar algumas considerações e sua relação com a contratransferência, embora refiro-me a algumas outras referências sobre aqueles aspectos e aquela influência.

Freud adota um tom crítico, ao longo do texto, sobre a imposição de alguns médicos para estabelecerem a transferência, especialmente a transferência erótica. “Assim procedendo, o analista priva o fenômeno do elemento de espontaneidade que é tão convincente e cria para si próprio, no futuro, obstáculos difíceis de superar” (p. 211). Suas considerações dizem respeito à técnica psicanalítica, pelas quais crê atingir os mesmos



objetivos se optasse pelo impedimento moral. Posto isto, analisa dois aspectos fundamentais do tratamento psicanalítico, a sinceridade e a abstinência.

O primeiro é base para o efeito educativo e para o valor ético do tratamento analítico. Segundo Freud (1915), a sinceridade é exigida da paciente, ao mesmo tempo em que deve ser observada pelo analista, sendo perigoso para ambos, isto é, para o processo em si desviar-se dela. Esta consideração retrata, por sua vez, a possibilidade de haver envolvimento do analista por sua paciente e do perigo inerente a qualquer sentimento por esta. A neutralidade permanece preservada, neste ponto, a partir do controle da contratransferência. De acordo com ele,

Visto exigirmos estrita sinceridade de nossos pacientes, *colocamos em perigo toda a nossa autoridade, se nos deixarmos ser por eles apanhados num desvio da verdade*. Além disso, a experiência de se deixar levar um pouco por sentimentos ternos em relação à 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. Em minha opinião, portanto, não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência (p. 214, grifo meu).

O segundo aspecto fundamental do tratamento psicanalítico, segundo Freud, é a abstinência. Refere-se a negar satisfação à exigência por amor, desejado pela paciente. Associa-se à neutralidade, haja vista priorizar a paciente, em detrimento da pessoa do analista. O anseio da paciente por amor tem conseqüências desastrosas, no entanto, se reprimido, ou se satisfeito. Entre a sinceridade e a abstinência, então, deve haver um exercício, por parte do analista, para construir um caminho para o tratamento,

um caminho para o qual não existe modelo na vida real. Ele tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, repeli-lo ou torná-lo desagradável para a paciente; mas deve, de modo igualmente resolutivo, recusar-lhe qualquer retribuição. Deve manter

um firme domínio do amor transferencial, mas tratá-lo como algo irreal, como uma situação que se deve atravessar no tratamento e remontar às suas origens inconscientes e que pode ajudar a trazer tudo que se acha muito profundamente oculto na vida erótica da paciente para sua consciência e, portanto, para debaixo de seu controle. Quanto mais claramente o analista permite que se perceba que ele está à prova de qualquer tentação, mais prontamente poderá extrair da situação seu conteúdo analítico (Freud, 1915, p. 216).

Freud observa, ao final do artigo, que o amor transferencial apresenta aspectos importantes, a serem considerados durante a condução do processo analítico: ele é causado pela situação analítica (acrescento aqui, *na* situação analítica); a resistência o intensifica e falta a ele noção da realidade. Este é o quadro geral da dinâmica do amor transferencial, embora o próprio Freud ressalte que os desvios da norma se aproximam daquilo que se tem como enamoramento. Para finalizar suas orientações, Freud destaca como fator decisivo para a linha de atuação do analista a primeira daquelas características e elabora sobre a postura do profissional, em consequência do ocorrido naquela situação.

Após a inevitável expressão do amor transferencial, durante o processo de análise, cabe ao analista permitir esta expressão e, ao mesmo tempo, demonstrar ser impossível ceder. Isto é, a partir desta situação, segundo Freud, o analista deve acompanhar a paciente, ajudá-la

a passar por um estágio decisivo de sua vida. *Ela tem de aprender com ele a superar o princípio do prazer*, a abandonar uma satisfação que se acha à mão, mas que socialmente não é aceitável, em favor de outra mais distante, talvez inteiramente incerta, mas que é psicológica e socialmente irrepreensível. Para conseguir esta superação, *ela tem de ser conduzida* através do período primevo de seu desenvolvimento mental e, nesse caminho, tem de adquirir a parte adicional de liberdade mental que distingue a atividade mental consciente — no sentido sistemático — da inconsciente.

*O psicoterapeuta analítico tem, assim, uma batalha tríplice a travar — em sua própria mente, contra as forças que procuram arrastá-lo para abaixo do nível analítico; fora da análise, contra opositores que discutem a importância que ele dá às forças instintuais sexuais*

*e impedem-nos de fazer uso delas em sua técnica científica; e, dentro da análise, contra as pacientes, que a princípio comportam-se como opositores, mas, posteriormente, revelam a supervalorização da vida sexual que as domina e tentam torná-lo cativo de sua paixão socialmente indomada.”* (Freud, 1915, pp. 220-1, grifo meu)

Percebe-se, na seqüência de textos analisados acima, a construção de um modo de fazer psicanálise. Freud aponta para a existência de inovações sobre a técnica, uma vez que não se findaram os recursos e que estas inovações dizem respeito aos médicos (Freud, 1910, p. 130), especificamente sobre o tornar-se consciente da contratransferência. Esta é reconhecida, naquele artigo, como resultado da interação, principalmente pela influência de conteúdos inconscientes do analisando sobre conteúdos inconscientes do analista. Deve, no entanto, ser objeto de auto-análise e, em sendo o foco o tratamento do paciente, deve ser superada, a fim de que não influencie neste. Em seguida (1912), a preocupação de Freud é apontar a origem, a evolução e as possibilidades de aperfeiçoar a técnica. Descreve, então, uma série de regras para o estabelecimento do tratamento analítico, enfatizando a regra fundamental dada ao paciente, a associação livre; ao mesmo tempo em que aponta a necessidade de uma regra fundamental para o analista também, a escuta flutuante. Por fim, percebe-se a preocupação de Freud em orientar acerca da terapêutica analítica (1915), neste recorte de sua obra. Há uma reflexão sobre uma situação inevitável em análise, o amor transferencial, a recomendação à impossibilidade de o analista satisfazer este amor, ao mesmo tempo que uma série de orientações esclarecem quais as condições do manejo e como este deve ocorrer, em benefício do tratamento do paciente.

Os textos falam de regras e de dinâmicas, e como estas influenciam aquelas, para o estabelecimento do tratamento psicanalítico. Tratam, sobretudo, de uma interação inconsciente, entre analista e analisando. Ressaltam a prioridade dada aos conteúdos do

paciente, especialmente o amor transferencial estabelecido durante o processo. Os conteúdos do analista, por outro lado, devem ser controlados e superados, de acordo com posturas éticas e técnicas, mesmo postulando-se, *a priori*, que são influenciados pelos conteúdos dos pacientes. Esta influência, cuja conseqüência Freud chamou contratransferência, por sua vez, mostra-se questão fecunda ao desenvolvimento da teoria, da técnica e do método de investigação psicanalíticos.

O conceito contratransferência é utilizado por Freud apenas em dois artigos ao longo de toda a obra, os de 1910 e 1915. O terceiro artigo, o de 1912, tem uma ampla contribuição sobre o que ele considerava adequado para o controle da contratransferência, conseqüentemente, para a postura do analista. Assim, neste artigo, Freud pode, de maneira extensiva, orientar como controlar aspectos inconscientes do analista, influenciados pelo inconsciente do analisando; curiosamente, sem usar o termo contratransferência!

As questões suscitadas por esses três artigos serão retomadas ao longo deste trabalho, de forma a serem elaboradas juntamente às questões originadas pelas leituras apresentadas adiante. Neste ponto, dou seqüência à historiografia da contratransferência, haja vista sua abordagem posterior, por diversos autores.

### **Desenvolvimentos Conceituais e Técnicos**

A postura tradicional acerca da contratransferência é, por dedução lógica, originária de Freud. Isto é, conteúdos inconscientes do analista, influenciados por conteúdos inconscientes do analisando, devem ser controlados e superados. Tal postura foi adotada, ao longo de anos, por diversos psicanalistas, para quem a contratransferência também deveria ser excluída da relação com o analisando, para manter o processo deste e para ser mantida

como algo inerente a auto-análise do profissional. Alguns analistas, no entanto, encontraram em Freud as bases para estudar e desenvolver o conceito (Figueira, 1994).

As conseqüentes ampliações e divergências sobre este conceito serão trazidas aqui de maneira pontual. Optou-se por priorizar revisões cujas conclusões possam contribuir para além do campo psicanalítico. Neste sentido, não faz parte dos objetivos deste trabalho uma comparação entre conceitos psicanalíticos, oriundos e/ou que contenham o conceito de contratransferência.

De modo geral, as referências apontam a maneira abordada por Ferenczi, a partir da obra freudiana e divergente ao mesmo tempo, como precursora dos estudos sobre a contratransferência. Ferenczi realizou uma inversão lógica, já presente pela exclusão na obra freudiana, a respeito do tema e postulou ser possível trabalhar com a contratransferência, uma vez que o inconsciente do analisando, por passar pelo processo analítico, é também capaz de realizar uma análise do inconsciente do analista (Sanches, 1994).

Até a década de 40, prevaleceu a visão clássica, freudiana, da contratransferência, embora Ferenczi e outros autores apresentassem uma elaboração diferente. Esta elaboração permaneceu marginal até o período entre os anos 40 e 50, quando proliferaram as comunicações a respeito do tema. Nesta época, a contratransferência se institucionalizou, tornando-se teoria e técnica objeto de estudo. São marcos deste tempo o artigo escrito por Paula Heimann, que resultou na sua separação do grupo kleiniano (separação profissional e pessoal); e a freqüente constatação que, a partir do estudo da contratransferência do analista, era possível uma outra via de atendimentos a “pacientes difíceis” (borderlines, limítrofes, psicóticos) (De León de Bernardi, 2006; Oliveira, 1994).

Sobre os primeiros estudos da contratransferência e as origens desta, algumas questões se fizeram presentes. Para trazê-las neste trabalho, apoio-me, aqui, nas reflexões propostas por Beatriz de León de Bernardi (2006).

De León de Bernardi (2006) organiza uma cronologia e descreve o processo de desenvolvimento da problemática contratransferencial, embora seu foco seja refletir sobre o conceito e suas origens. Reconhece, inicialmente, a relação da problemática com a neutralidade e a abstinência. Aponta a dificuldade em abordar uma definição, por se tratar de um conceito generalizado, próximo à experiência clínica e utilizado com diversas acepções (p. 17). Por outro lado, ressalta dois dos aspectos da contratransferência, o estrito (clássico, freudiano, como resistência do analista) e o amplo (resposta global do analista ao paciente, baseado em Heimann e outros).

É preciso, segundo ela, distinguir as manifestações observáveis das fontes contratransferenciais (p. 18). Estas são inconscientes, enquanto aquelas aparecem em níveis pré-consciente/consciente. As primeiras dizem respeito a “sentimentos e vivências corporais diferentes, de sensações somáticas a distintos gestos e movimentos, ocorrências, sonhos, etc”. As segundas, por sua vez, referem-se a “predisposições do analista – circunstâncias vitais, crenças e convicções ideológicas, preferências teóricas, diferentes aspectos do diálogo com os colegas, instituição a que pertence, entre outras”.

Para ela, Freud reconhece a contratransferência, mas dá ao conceito o sentido de obstáculo, cuja fonte é o analista. A mudança significativa de elaboração do tema ocorre com o artigo “Acerca da contratransferência” (1950), de Paula Heimann. A nova concepção trata a questão como reação global ao paciente e aponta o próprio analisando como criador das respostas emocionais do analista. É uma concepção influenciada pela teoria kleiniana, embora Melanie Klein fosse ela mesma contrária as idéias de Heimann expostas naquele

artigo. Segundo De León de Bernardi, a teoria kleiniana influenciou também um grupo de autores argentinos que conceberam “a contratransferência como parte de fenômenos bipessoais surgidos durante a análise” (p. 20).

A autora revisa a relação entre a contratransferência, a neutralidade e a abstinência do analista (De León de Bernardi, 2006). Para ela, pontos controversos sobre esta relação são decorrentes da tendência de hierarquização de fenômenos relacionais ocorridos na análise, ao longo do século XX. A neutralidade possibilitava, ao analista, a objetividade necessária para a condução da análise. Passou-se a questionar, por outro lado, se esta objetividade de fato seria possível em uma situação sobre fatos dos quais o analista participa. Isto porque

Não é possível que haja um verdadeiro processo de análise se o analista não se dedica a processos de identificação com o paciente, possibilitando identificações concordantes ou complementares e momentos de fusão. Contudo, estes momentos de intensa intersubjetividade se alternam dialeticamente com outros de maior discriminação entre paciente e analista. Estes últimos permitem recuperar o movimento de livre associação e a atividade interpretativa, a capacidade de auto-reflexão e elaboração de paciente e analista e, finalmente, a posição de neutralidade do analista (p. 25).

Demonstram-se outras tentativas de responder à controvérsia, conforme De León de Bernardi, das quais surgiram as elaborações sobre o terceiro analítico e o campo analítico, por exemplo. São construções teóricas que apontam para o crescimento da função reflexiva compartilhada, por paciente e analista, sobre o ocorrido na relação analítica. Ademais, trata-se de um progresso da psicanálise, que “permite ao paciente uma visão mais objetiva de si mesmo” (p. 26).

Uma importante ressalva é necessária, sobre a evolução histórica da noção de contratransferência. Segundo De León de Bernardi, Melanie Klein influenciou diversas

elaborações e desenvolvimentos teóricos, embora adotasse uma postura próxima a de Freud. Os conceitos kleinianos apontavam para a relação analítica, principalmente para a possibilidade de um outro (o analista) trabalhar com o projetado pelo paciente, como no caso da identificação projetiva. Acrescenta-se a esta influência a incidência dos fenômenos compartilhados em análise, tendo ambas prevalecido até a década de 70. Neste período, Lacan, e sua concepção sobre o inconsciente estruturado como linguagem e a sua ênfase sobre a comunicação verbal para atingir o sujeito inconsciente, influenciou o retorno à noção freudiana da contratransferência e destacou a transferência e sua dimensão simbólica. A reinsertão da temática, principalmente na França, ocorre em função do contato com autores e obras ingleses, como Winnicott (De León de Bernardi, 2006, p. 22).

Em relação aos estudos realizados a partir da segunda metade do século XX, várias outras questões se estabeleceram, definindo, conseqüentemente, distinções teórico-técnicas. Isto é, demonstram que, quando não adotado o termo contratransferência, diversos conceitos dele se originam, com ele se relacionam, até mesmo o englobam. Privilegiarei, aqui, as reflexões sobre o desenvolvimento, segundo Zaslavsky e Santos (2006). Isto porque ater-me ao estabelecimento pormenorizado das diferenças conceituais demandaria um outro percurso.

Zaslavsky e Santos procuram sintetizar diferentes revisões teóricas e técnicas do conceito de contratransferência, descrevendo as tendências estabelecidas ao longo dos anos. Inicialmente, afirmam ter este conceito representado uma mudança de paradigma, haja vista os fatos se referirem a dois, ao vínculo, não mais a um indivíduo (p. 30). Ao longo da síntese proposta pelos autores, infere-se a ocorrência de desenvolvimentos conceituais da noção de contratransferência em momentos importantes de revisões teóricas. Neste sentido, não só Ferenczi baseou-se em Freud e contribuiu para os estudos das reações emocionais do



analista, como Heimann e Bion são dois dos autores influenciados pelas idéias de Melanie Klein.

As conseqüentes produções estabeleceram três tendências, até os anos de 1970, segundo Zaslavsky e Santos (2006, p. 31-3): a *visão clássica* (como exposto, uma resistência do analista); a *visão totalística* (reação global ao paciente, que determina, em alguma medida, essa reação) e a *visão específica* (há uma reação específica do analista a aspectos específicos do analisando). A primeira exige a diferenciação entre paciente e profissional, baseando-se na neutralidade e objetividade deste. A segunda estabelece tanto a interação, como momentos de fusão entre a dupla analítica. A terceira, por sua vez, agrega aspectos das duas primeiras, considerando haver resistências do analista a serem superadas e reações oriundas da relação entre analista e analisando.

Destaco a análise daqueles autores sobre Winnicott. Para eles (p. 32) é preciso dizer que este representa a visão específica, principalmente por se referir à contratransferência objetiva. A teoria winnicottiana é uma importante contribuição ao desenvolvimento da Psicanálise, em razão da amplitude das elaborações apresentadas, às quais é possível relacionar aspectos das concepções apresentadas (De León de Bernardi, 2006) e das tendências (Zaslavsky e Santos, 2006), sendo, portanto, mais próxima da visão totalística.

Segundo Zaslavsky e Santos, entre os anos 70 e 80, a ampliação dos conceitos de transferência e contratransferência ocorreu em função das contribuições kleinianas ao tema (p. 33). Para eles, é o período em que surgem três novas compreensões sobre o fenômeno, as quais chamo de três momentos epistemológicos. Este período retrata um detalhamento, uma sofisticação a respeito do conceito e da técnica contratransferenciais.

O primeiro momento é sobre o conceito kleiniano de **identificação projetiva**. Este conceito ampliou a compreensão da dinâmica do paciente em análise, pois trata de uma

fantasia inconsciente do paciente a respeito do relacionamento objetal. Autores, como Bion, difundiram o estudo deste fenômeno, contribuindo para a utilização deste como comunicação. Também a partir dos estudos de Bion, sobre a identificação projetiva, é que temos a noção de “continente”, associada à função do analista de conter as projeções do paciente. Esta noção deriva da observação das interações entre mãe e bebê, demonstrando a precocidade do estabelecimento tanto da dinâmica intrapsíquica, quanto da interpulsiva. Tendo em vista a relação analítica, o profissional é usado pelo sujeito para compreender, a partir da capacidade de conter, os conflitos em questão. Esses estudos foram fundamentais para o avanço do manejo da contratransferência como técnica (Zaslavsky & Santos, 2006, pp.33-4).

O **campo analítico** é o segundo momento de compreensão. A elaboração a partir deste conceito nos mostra o analista mais implicado no processo, de tal maneira que analista e analisando apenas são compreensíveis dentro da situação analítica. O casal Baranger, segundo Zaslavsky e Santos, desenvolveu a noção, postulando que a criação, em uma sessão, se constitui em uma relação da dupla. Este casal a ampliou, para avaliar a possibilidade de uma estrutura patológica que pudesse paralisar o processo. Deram o nome de baluarte à estrutura, uma resistência cruzada no campo, fruto da ação de identificações projetivas recíprocas. A presença do analista, a partir deste conceito, só existe em função da relação, é uma presença ativa e colaborativa. O baluarte, no entanto, remete ao manejo da contratransferência de acordo com a visão clássica, administrado para evitar o fracasso do processo (pp. 34-5).

O terceiro momento refere-se a dois conceitos, pelas semelhanças presentes entre eles: **role-responsiveness** e **enactment**, que tratam de uma interação de fantasias, da dinâmica do paciente e da resposta do analista. Aproximam-se da visão totalística da

contratransferência, pois vários são os indicadores desta (sono, pontos cegos, atos falhos, etc). Para os autores, a neutralidade e a abstinência ficam temporariamente abaladas, porque a encenação analista-paciente envolve diferentes níveis de ação e atuação de ambos, principalmente do analista. A exposição a que as atuações alçam o analista, a sua contratransferência é funcional para o processo como um todo, haja vista eliciar sempre um aspecto da relação. As reações contratransferencias, atuadas, devem se transformar em compreensão acerca do ocorrido na relação (Zaslavsky & Santos, 2006, pp. 35-7).

Estes refinamentos teóricos apontam para a possibilidade de momentos de fusão entre analista e analisando, durante o processo terapêutico. São momentos de indiferenciação inconsciente entre a dupla analítica. Por isso, apontam também para a necessidade de auto-análise e de supervisão, por parte do analista, para a distinção de conteúdos e a preservação do sujeito, como dinâmica diferente. Ademais, tem em sua base a observação sobre a interação entre analista e analisando, porque baseiam-se também nas interações primárias da díade mãe-bebê. Falam, portanto, da intersubjetividade e dos alcances e dos limites da relação analítica.

Estes aspectos da contratransferência e suas contribuições à relação analítica nos colocam diante das atuais questões nas tendências psicanalíticas, diante de diversas elaborações sobre a técnica e a teoria contratransferenciais. Segundo Zaslavsky e Santos, embora “diferentes escolas seguem discutindo a forma de utilizá-la na prática clínica”, há um consenso sobre a ocorrência do fenômeno, que diz respeito a dinâmica da relação (p. 37).

A subjetividade e a objetividade tornam-se foco dos estudos psicanalíticos. Isto aponta para a preocupação com os aspectos relacionais, retornando às questões presentes ao longo do século XX. Isto é, estão presentes hoje, na discussão entre as diferentes escolas, as

posturas divergentes entre Freud e Ferenczi, nos mais diversos graus de aproximação com estes autores. As características da visão objetiva consistem na postura científica, na interação como manifestação de dados psíquicos, na crença de uma vida mental separada da situação clínica, na observação objetiva do analista (para isolar as perturbações, como a contratransferência) e na busca de um ideal de verdade objetiva. As características da visão intersubjetiva consistem, por sua vez, na ocorrência de uma interação de experiências subjetivas, no processo terapêutico como fruto de uma relação, na influência da matriz social sobre as dinâmicas, na participação do analista no processo e na singularidade do fenômeno (Zaslavsky & Santos, 2006, pp. 45-8).

O fato de a visão objetiva reconhecer a interação denota um avanço em relação aos primeiros estudos psicanalíticos, embora preserve a noção de que se trata de dados psíquicos. A visão intersubjetiva considera a relevância de dinâmicas intrapsíquicas na análise, ao mesmo tempo em que destaca a pessoa do analista e o processo como singular e construído em relação. O consenso entre os atuais estudos psicanalíticos sobre a contratransferência retratam convergências e divergências, como resultados de pesquisas a nortear uma prática clínica, não mais como simples prescrições e proibições sobre a técnica. Há um consenso controverso sobre o fenômeno.

### **A Controvérsia da Contratransferência**

Inúmeras controvérsias estão presentes nos estudos acerca da contratransferência, desde os textos freudianos. Estas se apresentaram a medida em que a relação analítica tornou-se o foco, reorganizando tanto a teoria, quanto a técnica em função de uma dupla, analista-paciente; não mais em função de um indivíduo, o paciente. O refinamento teórico

constatou a ocorrência da comunicação entre aquela dupla em níveis cada vez mais primitivos, exigindo adaptações técnicas para preservar a continuidade do processo.

Percebe-se que, em termos de compreensão,

Migramos da ênfase na comunicação verbal, a partir das descobertas de Freud (*talking cure*), para um nível de compreensão pré-verbal (Klein e Bion) e desse para outro ainda mais primitivo, que é o da regulação afetiva. No início da vida do bebê, a regulação afetiva é orgânica e influenciada pela relação com o objeto (mãe) (Zaslavsky, J; Santos, M.J.; Rosa, A.C.S.M.; Fontoura, H.O.P.; Fetter, I.S. & Chachamovich, J.J., 2006).

Esta ênfase na comunicação evidenciou dualidades da contratransferência, presentes nas diversas reflexões sobre o tema e referentes a pessoa do analista e do analisando, a subjetividade e a objetividade, a insights e aos pontos cegos. Ampliou a possibilidade de intervenção e compreensão, haja vista tudo (sono, horário de sessão, sonhos, honorários, atos falhos, pensamentos recorrentes sobre o paciente, etc) ter uma função e ou ser inteligível apenas na relação, por se tratar de uma construção desta.

Existem argumentos divergentes a respeito do manejo da contratransferência como técnica, mesmo porque há divergências sobre o que seria contratransferência. Como expôs De León de Bernardi (2006), é necessário diferenciar as manifestações contratransferenciais de sua origem. Como exposto acima, as primeiras estão no nível do manifesto e podem ter raízes contratransferenciais. A origem, no entanto, é inconsciente, por excelência.

D'Abreu (1995) adota a mesma terminologia desta autora, mas faz uma distinção. Para ele, a contratransferência limita-se ao ocorrido na sessão, enquanto as ocorrências fora da sessão seriam as manifestações contratransferenciais. O autor adota, para definição do fenômeno contratransferencial, “a totalidade dos sentimentos, conscientes ou inconscientes,

aparentemente, ou não, ligados ao paciente, bem como as atitudes e comportamentos do analista durante a sessão analítica” (p. 72).

Destaca-se a relevância das manifestações contratransferenciais, segundo e De León de Bernardi e D’Abreu, e adverte-se quanto a importância destas para o processo terapêutico. D’Abreu (1995), no entanto, aproxima-se tanto da visão totalística, quanto da visão específica da contratransferência; ao considerar a totalidade de sentimentos e ao privilegiar as ocorrências dentro da sessão analítica. Trata-se, a meu ver, de uma confusão conceitual, desfeita por De León de Bernardi (2006). Esta autora, ao enfatizar as manifestações e ao estabelecer a origem destas, sem diferenciar os espaços de ocorrência, contribui para uma concepção ampla acerca do fenômeno.

A concepção do fenômeno contratransferencial deste trabalho aproxima-se da concepção de De León de Bernardi, haja vista sua amplitude contribuir para a compreensão da origem e da manifestação do fenômeno. Esta contribuição consiste na percepção de algo construído em um campo, em uma relação, com origem inconsciente, cujas manifestações estão em níveis pré-conscientes e/ou conscientes, verbais e/ou comportamentais. Desta forma, a contratransferência se manifesta em sonhos, em comentários feitos socialmente a respeito do paciente, em atos falhos, em intervenções, durante a sessão, ou fora dela.

Esta concepção espelha uma outra divergência sobre a contratransferência. Estas manifestações podem se tornar obstáculos para o processo terapêutico e, por isso, deveria o analista priorizar a objetividade, preservando a abstinência e a neutralidade. O mesmo fenômeno, por outro lado, por fazer parte do processo analítico, muitas vezes constituído a partir deste e durante o processo, conduziria o analista a um interjogo de subjetividades, priorizando a relação e as construções destas, em detrimento daquela objetividade, abstinência, neutralidade; mesmo que temporariamente.

A objetividade e a subjetividade, inerentes ao um processo analítico, contribuem de forma igualitária para o estabelecimento e a condução da análise. São aspectos importantes para as reflexões teóricas também. A objetividade, portanto o processo, estaria prejudicada na medida em que se revelasse a contratransferência, pois oneraria o paciente, ou o gratificaria em excesso, poderia se tratar de uma necessidade não analisada do próprio analista. A revelação, no entanto, poderia contribuir para confirmar o senso de realidade do paciente, o fortalecimento do vínculo pela honestidade e humanidade do analista (Zaslavsky & Santos, 2006, p. 47-8).

Uma postura objetiva mantém a diferenciação subjetiva, possibilitando uma relação de respeito e reconhecimento às diferenças. Uma atitude subjetiva possibilita a construção do novo, sendo este a criação de um espaço para a relação e para a (re)construção da verdade do paciente. A sensibilidade e a liberdade para adotar as duas posturas é de responsabilidade do analista. Esta responsabilidade, contudo, diz respeito a uma outra divergência sobre a contratransferência. O questionamento sobre a revelação nos leva ao fato de admissões e ou reconhecimentos inevitáveis, em situações específicas, sobre as reações e os sentimentos do analista. Abordá-los desta forma, admitindo-os e os reconhecendo, reduz uma carga preconceituosa sobre uma culpabilidade do analista (p. 48) por ser humano!

De acordo com o exposto acima, a contratransferência é um conceito e uma técnica presentes, cuja utilização destaca-se nos processos terapêuticos de pacientes com patologias mais graves, “cujos padrões de transferências são intensos e bastante regressivos, reativando os traços mais conflitivos de caráter do analista” (p. 47). Esta realidade, por si, justificaria o manejo do fenômeno como técnica, para ser possível a companhia ao paciente.

Há outras justificativas necessárias, relacionadas à psiquiatria e à neurociência, para além da relação com um substrato biológico dos fenômenos psíquicos.

Os estudos sobre a contratransferência a abordam sob a ótica da técnica e da teoria. Enquanto técnica, prevalecem a definição do que seja, se obstáculo ou instrumento de compreensão do inconsciente do paciente, de qual a sua origem, se conflitos inconscientes do analista ou construção bipessoal, para orientar a sua utilização. Enquanto teoria, prevalecem a delimitação de conceitos, se são avanços na teoria e se a fortalecem, a delimitação da origem, se há um referencial teórico de forte influência sobre as elaborações, para orientar a sua utilização.

A distinção entre duas abordagens, técnica e teórica, da contratransferência, embora ambas lidem com a definição, a origem e a utilização do fenômeno, demonstra o risco imposto pelo *poder na psicanálise* e pelo *poder da psicanálise* (Marucco & Marucco, 2004).

Estes autores diferenciam o poder nos sentidos verbal (ser capaz, aptidão) e substantivo (domínio, autoridade) e demonstram como essa diferenciação tem implicações diretas na postura do analista, conseqüentemente, na sua relação com a teoria, com o analisando e o processo analítico deste, com a contratransferência. Segundo eles, o poder é uma categoria antropológica, psíquica e social. A prática analítica atual é definida pelos diferentes esquemas conceituais, pelas patologias atuais e pela atualidade sociocultural. Por fim, para analisar a relação de poder que se estabelece entre analista e analisando, adotam como foco a prática analítica atual. Esta prática consiste em

uma relação dialética entre pulsão e objeto. Essa perspectiva exigirá do analista, durante a clínica, uma localização, em determinados momentos, nessa posição de objeto e, em outros, na de intérprete da pulsão. Surge aqui, uma vez mais, a problemática do poder, mas



agora no âmbito específico da tarefa analítica: o poder do objeto versus o poder da pulsão, o poder do analista versus o poder do desejo do paciente, o poder da doença versus o poder da cura (Marucco & Marucco, 2004, p. 260-1).

Estes autores aprofundam essa dialética, tendo em vista o aporte teórico freudiano sobre o desenvolvimento psicosssexual de um indivíduo e como isto se faz presente na relação analítica. Os autores demonstram de que maneira a dinâmica entre analista e analisando, segundo a relação entre pulsão e objeto, pode vir a constituir uma disputa de poder. Este enfrentamento seria inútil para a prática psicanalítica, conduzindo-a a um entrave improdutivo e contrário aos objetivos terapêuticos desta prática.

O avanço das investigações psicanalíticas nos levaram a conhecer o estabelecimento da comunicação, inclusive em seus níveis mais regressivos, de regulação afetiva. Por isto, e pelo exposto ao longo do capítulo, a contratransferência tornou-se objeto de estudo, principalmente a partir da segunda metade do século. Neste período, as pesquisas estavam relacionadas aos atendimentos a pacientes psicóticos, borderlines, limítrofes, difíceis.

Os atendimentos a estas pessoas estão em evidência e sob questionamento, em razão de um movimento social contemporâneo, de repercussões internacionais, a Reforma Psiquiátrica. Este movimento consolida, hoje, práticas e reflexões sobre a clínica, a loucura, as relações, principalmente as relações de poder. As investigações levantadas pelo movimento assemelham-se às questões acerca do manejo da contratransferência, expostas acima.

Apresento, então, um estudo de caso cujo foco foi o estabelecimento de uma comunicação, via regulação afetiva, isto é, pelo manejo da contratransferência. Terei como base os aportes teóricos de Winnicott, cujas contribuições nos auxiliam a ampliar a reflexão sobre o *poder da psicanálise* e o *poder na psicanálise*. Este porque está relacionado com a

capacidade criativa, de brincar. Aquele porque nos permite refletir sobre as contribuições da Psicanálise à Reforma Psiquiátrica.

## **CAPÍTULO 2**

### **CLARISSE, EU E WINNICOTT**

Este capítulo consiste na análise do processo terapêutico de Clarisse, cujas informações gerais foram expostas acima. Trata-se, então, de um estudo de caso, para detalhar o objetivo deste trabalho, o manejo da contratransferência como técnica de intervenção em primeira crise do tipo psicótica. Destaco algumas sessões específicas e a dinâmica do processo, em geral, em razão dos limites deste trabalho. Ademais, destacar determinadas sessões visa eleger aspectos chaves do processo, com os quais buscarei, em seguida, estabelecer uma relação com a teoria de Winnicott na busca de demonstrar uma outra forma de se fazer clínica.

O trabalho de Winnicott é uma contribuição para a compreensão do sofrimento psíquico grave, pois aponta para a importância do ambiente no desenvolvimento emocional primitivo do ser humano. É um relevante estudo sobre a relação ambiente-indivíduo, destacando como o ambiente suficientemente bom ou as falhas ambientais contribuem para um desenvolvimento saudável ou para um adoecimento psíquico. Desta forma, a contribuição consiste na ampliação do paradigma da Psicanálise, em termos de técnica, de investigação e da construção teórica. Aponta para uma clínica diferenciada, de acolhimento e de cuidado (Abadi, 1998; Filho, 1989; Levisky, 1991; Outeiral, 1995; Santos, 1999).

O processo terapêutico de Clarisse, no entanto, ocorreu de forma livre, isto é, tendo como referencial a Psicanálise em geral, pela postura do terapeuta, pela contribuição da análise pessoal deste e pela supervisão analítica das sessões, sem a referência a uma escola psicanalítica específica, embora de orientação essencialmente freudiana. A relação com a teoria winnicottiana, então, visa (re)organizar teoricamente o caso, de uma maneira geral.

Ademais, visa a aproximação dos fenômenos ocorridos a conceitos já estabelecidos, para a compreensão e a crítica, tantos destes quanto daqueles, sempre objetivando revisar e propor uma clínica.

### **Clarisse, Eu...**

Clarisse foi encaminhada, em novembro de 2006, ao Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicótica – GIPSI em virtude de uma seqüência de comportamentos tidos como estranhos por seus familiares. Ela foi encontrada pela filha mais nova, andando pelo condomínio onde moram, afirmando que iria visitar a sogra no hospital. A sogra dela, no entanto, falecera há oito anos. Reconduzida a sua residência, Clarisse teve uma crise agressiva, quebrando objetos em casa. Desde então, apresenta-se deprimida, chorosa, sem motivação para atividades rotineiras.

Sucintamente, esta é a primeira sessão. Clarisse estava acompanhada de seu esposo, Nonato. Importante destacar que, neste primeiro momento, ela hesitou em ficar a sós comigo, tendo assim o esposo participado da primeira entrevista. Perguntei a ela porque não ficaria a sós comigo, ao que ela me respondeu “Não te conheço” (sic). Sugeri, então, que antes de finalizarmos a entrevista, tentaríamos conversar por um momento a sós. Nonato respondeu a (quase) todas as perguntas, enquanto eu mantive meu olhar para ela.

Clarisse mostrou-se ciente de que algo diferente acontecia e como isso a incomodava. Permaneceu, no entanto, a maior parte do tempo calada. Percebi a necessidade de conhecer, para estar com ela. Ao mesmo tempo, de estar com ela, para conhecer. Ao final da sessão, demonstrei-me disposto a aceitar a atendê-la, antecipando-me aos

procedimentos de rotina do GIPSI, de discutir os encaminhamentos para as primeiras entrevistas, principalmente quanto à definição do terapeuta responsável pelo atendimento.

A partir deste primeiro momento, nas sessões seguintes, o discurso de Clarisse permanecerá confuso, em alguns momentos sem lógica. Caminhamos em direção a esclarecer a relação entre ela e seu pai e entre ela e sua mãe. O falecimento da sogra dela também leva a hipótese de ser necessário esclarecer a relação de Clarisse com a morte, conseqüentemente com o luto; especificamente, qual ou quais mortes fazem (ou fizeram) parte da trajetória dela.

Importante ressaltar o primeiro indício da contratransferência como técnica. Durante a segunda sessão, senti uma angústia por parte dela, que me fez associar com a seguinte colocação, dita a ela espontaneamente: “Parece que está carregando um peso que não é seu”. A sua resposta foi me dizer que era dela ou ela quisera para si. Quando a questioneei sobre o porquê de não largar, ela traz uma regra da vida dela: “porque tudo o que a gente começa, a gente tem que terminar” (sic). Exponho isto como primeiro indício da técnica, porque minha questão sobre peso encontrou eco. Este eco, por sua vez, permitirá, ao longo do processo, trabalhar a questão sobre o “peso” em função dos conteúdos de Clarisse, como veremos adiante. Coloquei-me, então, desde este ponto e após a supervisão clínica, a tarefa de observar minha contratransferência para usá-la o mais objetivamente possível em favor do tratamento da paciente. A regra exposta por Clarisse também foi uma condição imposta, inconscientemente, à minha postura como profissional. “Tudo o que a gente começa, a gente tem que terminar” é um dos vários momentos em que a paciente questionará minha disponibilidade de começar, acompanhar e ir até o final dessa história.

A minha disponibilidade para sustentar a confusão de Clarisse é de novo questionada, em uma sessão na qual ela relata uma série de equívocos em situações

cotidianas. Por exemplo, ela terminara de fazer um café e, em seguida, o jogava fora, achando se tratar de um café velho e precisar fazer um novo. Ela se incomoda porque nunca se sentira confusa dessa forma. Sobre sua confusão, pedi para falar mais sobre sua sogra. Relatou ter cuidado dela durante oito meses em que esteve doente, falecendo ao final deste período. Retomou a sensação de que tinha algo em sua cabeça que a incomodava e que percebia isso, por exemplo, quando achava ter calçado sandálias com detalhes diferentes.

Clarisse demonstra incômodo com seu estado confusional, sente-se desanimada para tarefas rotineiras, ao mesmo tempo que se incomoda com a “responsabilidade de fazer tudo” (sic). Desde o período da crise, sente vontade de ficar só, sem fazer nada, sente tristeza. A partir do início de seu tratamento, sente dificuldade de lidar consigo, ao mesmo tempo em que conversar é para ela uma libertação. Esta libertação referia-se a uma conversa com o padre de sua paróquia.

A questão sobre o peso retorna quando ela fala sobre o luto pela sogra, por não poder ter demonstrado sofrimento na frente do esposo. Retorna após uma associação sobre seus casamentos, definidos como “fracassos” (sic), referindo-se às dívidas de seu atual esposo em relação aos estabelecimentos comerciais em processo de falência. Neste momento, após uma entrevista familiar, ela diz não ter sentido confiança no terapeuta presente na entrevista. Pergunto o que seria confiança e sua resposta é direta, “é olhar para mim”. Pontuo as associações, perguntando se Nonato deve alguma coisa a ela, obtendo uma negativa imediata, apenas uma ressalva de que “o problema dele é que ele não me escuta, podia ter um caderno igual ao seu” (sic).

Clarisse esclarece alguns aspectos de sua vida, ao mesmo tempo em que traz, mais uma vez, frases condensadas. Fala de seus casamentos, mas não se refere ao segundo matrimônio em detalhes (nem diz o nome do então esposo). Fala da crise financeira por que

passa os negócios de seu atual marido, mas não faz relação entre fechar o último estabelecimento e sua crise nervosa (que ocorreram em épocas muito próximas). Apresenta uma dinâmica própria, de apanhar e fracassar na vida, como sinônimos de tantos casamentos. Outra dinâmica, apresentada como metáfora, é a dívida, com a qual também pode trabalhar o verbo dever e o substantivo dever.

Estas dinâmicas estarão presentes, durante todo o processo, e serão ampliadas e reformuladas, em relação a pessoas que não apareceram até então. A noção de confiança exposta por ela fez-me pensar na disposição de nossas cadeiras no consultório (sentamos um de frente para o outro). Ao associar confiança e seu atual esposo, fez-me sentir qual deveria ser meu próximo passo (ouvir como um padre, acompanhar/confiar como um esposo). Ocorrerá ao longo do processo, uma série de papéis/demandas a assumir. Avaliarei a possibilidade em assumir alguns, ora pela utilidade/finalidade do processo, ora pela maciça identificação e conseqüente inadequação ao processo.

Importante destacar que a metáfora da dívida traz as primeiras referências aos pais de Clarisse, principalmente ao pai. Seu pai ausentava-se constantemente, por longos períodos, à procura de trabalho. Esta ausência provocava rumores a respeito de outra família, até mesmo sobre a morte dele. Um destes longos períodos é relatado, pela paciente, como abandono. Ocorreria quando ela tinha 12 anos, retornando apenas quando ela já tinha 16 anos. A dívida era quanto à “criação, amor, dedicação, respeito” (sic). Em relação à mãe de Clarisse, o sofrimento daquela, pela ausência do esposo, exigia desta um cuidado.

Clarisse passa a associar a dificuldade de lidar consigo à necessidade de ficar só, observando, como conseqüência, sua indisponibilidade para lidar com questões de terceiros. Relata uma tristeza constante e uma raiva específica em relação aos casamentos. A tristeza refere-se a várias pequenas situações da vida dela, com as quais ela não pode, não

quis e ou não teve tempo de lidar. Isso diz respeito à separação dos pais dela, à sogra (doença, cuidados), aos seus casamentos. Em supervisão, discutimos a presença de afetos poderosos e paradoxais, sobre os quais seja difícil falar (ódio de quem tem que cuidar, ao mesmo tempo em que o “ódio deve ficar no coração das pessoas”).

A associação entre tristeza e raiva aponta para um limite de Clarisse. Ela me fala de suas responsabilidades, como sempre pensou no bem estar dos outros, sendo muito difícil pensar no dela. Ressalta o momento em que, hoje, se sente melhor (com o esposo, na hora de deitar – manter sua intimidade conjugal, no meio de tanto sofrimento, parece ser um escape e uma base para ela). Importante destacar que o relato de Clarisse está cada vez mais coerente e coeso. E sua clareza parece querer me demonstrar qual a sua finalidade, o objetivo desta terapia para ela. As frases ditas por ela, cheia de significados, condensadas, já demonstram um processo terapêutico em pleno andamento.

Em supervisão, exponho meu incômodo sobre o modo rotineiro de início das sessões (eu perguntando, ou não, ela oscila entre dizer que teve uma semana boa, ou sentiu-se mal). Sou orientado a deixar o relato livre por parte dela, ao mesmo tempo em que é preciso retomar vivências, dores, conflitos para saber o que ela quer fazer com isso. É preciso aprofundar o contato com as experiências, dependendo, assim, da minha postura, técnica, intervenção; da minha contratransferência.

Neste momento do processo terapêutico, uma sessão não ocorre porque eu não cheguei a tempo para o atendimento. Tenho este fato como uma consequência daquele meu incômodo, por supor tratar de uma ansiedade e uma expectativa para agilizar o processo terapêutico de Clarisse. Esta expectativa referia-se, no entanto, ao meu trabalho de análise, enquanto aquela ansiedade referia-se à minha capacidade de acompanhar e ser um ambiente para Clarisse. Senti-me incompetente, anti-ético e culpado pela falta, além de uma



vergonha de estar diante da paciente, a partir daquele dia. Questionei-me como manejar todas essas sensações sem precisar fazer uma confissão literal do ocorrido, pois de tal forma o processo poderia ser prejudicado, inclusive sob o risco de interrupção.

Clarisse diz ter se sentido impaciente, porque também estava assim há dias, impaciente e no limite por conta das festas de final de ano e as visitas a sua casa. Aproveitei para perguntar por quem mais ela teria esperado. Após um momento de silêncio, ela disse esperar de todo mundo, do Nonato a palavra final; “espero pela minha mãe” (sic). Questiono, então, a diferença entre esperar pelo psicólogo, pelo esposo e pela mãe. “Aqui eu podia ir embora”, acrescentando que “lá” não podia por suas responsabilidades de mãe, esposa e filha, embora tenha desejado sumir algumas vezes e se sentir arrependida por pensar nisso. Indago sobre a diferença entre ela e o pai dela. Para ela, o amor dele não falou mais alto. Clarisse afirmou que se isolar era sua maneira de poder sair de casa, ao que acrescentei ser o fenômeno que ocorre há três meses. O seguinte diálogo ocorreu, após mais um momento de silêncio. Eu perguntei:

- “O que você conquistou ao longo do tempo?”

Ela me respondeu:

- “Minhas filhas, são minha fortuna. Tudo leva tempo – formar família, criar os filhos, perdoar o pai, acho que minha mãe não perdoou...”

Esta sessão levou tempo para acontecer, para nos reaproximarmos e refazer, silenciosamente, o contrato/vínculo terapêutico. Destaque para os momentos de silêncio, até então pouco presentes, cuja expressividade foi maior neste atendimento. Levou tempo também para acontecer, haja vista ela elaborar, mesmo que inicialmente, a respeito de presenças e ausências, de algumas pessoas centrais na vida dela. A frase “tudo leva tempo... perdoar o pai, acho que minha mãe não perdoou” é mais uma frase norteadora, daquelas

frases-guia com as quais Clarisse me mostrava por onde poderíamos e ou deveríamos ir. Ela mais uma vez aponta para a dificuldade em lidar com tudo o que o pai faz, ou deixou de fazer pela família; indicando também ser esta uma dificuldade da mãe. A sonoridade da frase, no entanto, leva também a setença “minha mãe (eu) não perdô”, apresentando outra questão e outra possibilidade de compreensão.

As sessões seguintes mostraram uma resistência, através de um retorno a temas como a tristeza e o desânimo. Por outro lado, foi possível trabalhar o abandono do pai de Clarisse, a tentativa de reparação (tanto por parte dele, quanto por aquilo que ela se sente culpada) e destacar os paradoxos vividos por ela. Neste sentido, ela passou a se referir ao fato de nunca ter conversado com alguém sobre o abandono e trouxe, de novo, a sensação de alívio por ter com quem conversar. Perguntei a ela sobre o que ela esperava à época do abandono. Ela me respondeu “colo, que alguém me explicasse” o que acontecera, o que me levou a pontuar que provavelmente a mãe dela também teria dificuldades na época de entender, e por isso, de explicar o que acontecera. O relato dela prossegue sobre a dificuldade de não ter com quem conversar e sobre continuar tentando reparar.

Associo imeditamente com o que ela tentaria reparar, que culpa ela tentaria reparar. Sua resposta (“tenho várias culpas, essa é difícil de falar”) fez-me oferecer espaço para ela dizer sobre a culpa eleita e da qual era difícil falar. Após um momento de silêncio e choro, ela disse que em seu segundo casamento, ficou grávida de gêmeos. Abandonada pelo esposo, a mãe impôs-lhe o aborto por não querer a filha na mesma situação dela, a de “criar duas crianças sozinhas”. Ninguém, nem mesmo ela, falou sobre este assunto, até o momento desta sessão. Foi uma sessão em que várias questões foram abertas. Aliás, Clarisse conseguiu falar, abrir uma questão muito importante para ela e que foi silenciada há muitos anos. Foi uma sessão emocionante para ambos, Clarisse e eu.

Clarisse, posteriormente, falou de seu alívio em poder compartilhar comigo aquilo que só tinha conversado com o padre, durante todos esses anos. Até o final do processo, contudo, manterá a postura de que para sua família não deve haver revelação. Principalmente para não perder a imagem que tem para o esposo e as filhas, de super mãe, forte, acolhedora. A liberdade para falar, e esse alguém para falar, parece então tratar-se de mim e do que o espaço terapêutico representa para ela. Em supervisão, notou-se que a visita a sogra morta (situação de crise) teria um significado de reencontro com uma morte, a morte dos bebês. Neste sentido, ela mantém o esforço de sobrepor o papel de mãe a dor que possa sentir. Para lidar com isso, o seu passado, que “passou, mas ficou” (sic), é o tema a ser explorado.

Falar sobre o passado para Clarisse começa a ser um alívio, uma possibilidade de poder lidar tanto consigo neste momento, quanto com a sensação de se sentir culpada. Esta se refere ao fato de simplesmente ter aceito a imposição de sua mãe, e associa-se a uma raiva por ter aprendido a se calar. Insisto para que ela também converse sobre tudo isso com alguém “de fora” do setting. Ela recusa, sempre, esta idéia. O passado, segundo ela, foi bárbaro.

Seu passado foi bárbaro, porque foi repleto de invasores. Inclusive com o paradoxo de um invasor, que esteve por muitas vezes ausente, seu pai. Neste sentido, seu passado “passou, mas ficou”, como uma cidade onde ainda seja possível ver as ruínas de tanta violência. Violência que dura 23 anos, não apenas ocorreu há 23 anos, porque se sente culpada e, por calar, acha que se perdeu aí. Esse período, além de ter um significado muito turbulento (quando se pensa em violência contínua), por outro lado, apresenta um significado, paradoxal. É um período cheio de vazios, silêncios, onde é possível perder a si.

O aborto torna-se um tema constante na vida de Clarisse, especialmente pelo processo terapêutico que a leva falar e pensar sobre o fato. A paciente se descreve como uma pessoa feliz antes do aborto, amadurecida imediatamente após e hoje se sente protegida. Sente-se protegida e necessita desta proteção, porque teme uma recaída. É um medo compartilhado por mim, porque o primeiro momento após a revelação é um momento intenso emocionalmente. Consiste, então, de um momento para o fortalecimento do vínculo terapêutico.

Pelo receio da recaída, Clarisse precisa, em algumas sessões, “conversar sobre qualquer coisa” (SIC). Estes momentos tornam-se, ao longo do processo, momentos criativos, pela espontaneidade e pela relação de confiança estabelecida. Por exemplo, um determinado comentário que faço sobre seu corte de cabelo a faz afirmar ter cortado o cabelo para “voltar a 19 anos, quando vivia o presente (...) descobri que sou uma pessoa falsa”. Ela deixa claro, com este relato, que gostaria de retornar dezenove anos atrás e/ou aos seus dezenove anos de idade. Sua relação com o tempo é de novo trazida à baila, quando diz que hoje vive o passado. Falar de seu corte de cabelo (alguém para falar qualquer coisa) foi essencial para respeitar sua dificuldade em falar de certas coisas, para oferecer uma escuta diferenciada e permitir que ela trouxesse percepções específicas. Ela finaliza este momento sobre o corte de cabelo, relatando um sonho, “é uma coisa que jogo, mas volta pra mim”.

Este sonho aponta para a questão do aborto como experiência fundamental na vida de Clarisse. Ela parece ponderar uma história que marcou a sua vida, tanto quanto pondera a participação das pessoas, nos fatos marcantes de sua trajetória. Neste sentido, é capaz de começar a avaliar outras situações e rever a dinâmica e os relacionamentos ligados àquelas situações. Ela, no entanto, prioriza o tema aborto e os conteúdos a ele relacionados, como

quem “precisa disso pra continuar” (SIC). Este tema constituiu grande parte de sua dinâmica psíquica e a possibilidade de ressignificação ocorrerá a partir dele, mesmo que Clarisse aparentemente prefira, ou precise falar de outras coisas.

Há outro sonho importante, para auxiliar o trabalho de alguns conteúdos. Segundo Clarisse, ela sonhou “com Nonato voltando para primeira mulher, que tava velhinha, enrugadinha e que tinha dinheiro. Falavam ao celular e eu dizia para ele desligar, porque ele não voltaria e ele dizia vou sim” (sic). Sua associação ocorreu em relação à situação financeira do casal, preocupação em manter a família, e em relação ao aborto, por não conseguir se perdoar e, se conseguisse, seria feliz.

Neste momento, ela salienta que sua lembrança embora maior, já é sem tanta culpa. Indício terapêutico de elaboração e da própria permissão de Clarisse para si, para trabalhar esses conteúdos, para pensar em si. Sua dificuldade de analisar o sonho diz respeito à situação financeira, para ela, no primeiro momento. De fato, Clarisse deixa de pensar em si para preocupar-se com sua família. Neste sentido, sua preocupação no sonho, de que seu esposo não retorne a outra que possa manter, sustentar a família.

Em supervisão, analisou-se a relação entre dinheiro e casamento, para Clarisse. Esta relação diz respeito, também, aos outros casamentos e aos conteúdos e segredos vividos por ela. Quanto ao sonho, percebeu-se um significado possível para a “*primeira mulher, que tava velhinha, enrugadinha e tinha dinheiro*”. Seria ela, a sogra de Clarisse, a quem tanto o esposo quanto ela retornam (ela a procura, durante a primeira crise). Para analisar a complexidade do contexto geral, é preciso compreender a função, ou funções do sofrimento, sendo uma delas a de substituição.

Clarisse passa a sonhar constantemente com temas relacionados à morte, sobre alguém que vem e tira ela ou dela, alguma coisa (a vida, as filhas, os filhos). Passa a

elaborar o luto, embora existam outras sensações a respeito do aborto. Estas retornam em dois momentos seguidos e importantes para o processo terapêutico, especificamente para a vida da paciente.

Em determinado momento, Clarisse relata alguns de seus sonhos, com aquelas temáticas e associa-os a sua maneira de ser, pessoa que aceita tudo sem se opor. Um exemplo disso ocorre em um dia quando a paciente está em casa, cozinhando um bolo e seus pais resolveram sair, para procurar imóvel. Clarisse sentiu-se pressionada pra sair com eles, que reclamaram que não era hora dela ter colocado bolo para assar. Sugeriram tirar a massa do forno, ou então, como faltavam alguns minutos, desligasse antes do tempo e deixasse dentro, pra terminar de cozinhar. Clarisse chateou-se, mais uma vez, porque cedeu à pressão sem se opor, e o bolo não cozinhou. Ela acrescentou que os pais pareciam inimigos dela.

Um fato seguinte a este, de cozinhar o bolo, também foi importante para o processo. Por isso, faço um relato literal de uma sessão específica, abaixo.

“Não tô nada bem, não tô com vontade de conversar”, Clarisse me avisa, assim que chega ao consultório. Imediatamente perguntei o que aconteceu, para estar daquela forma. Após certa resistência, ela me diz que, na quinta-feira última, brigou com a vizinha, por causa do portão quebrado do condomínio. Relatou que a vizinha foi reclamar com ela, por ser síndica, do portão que ainda estava quebrado. Clarisse se exaltou e ocorreu uma troca intensa de ofensas. A ponto de Clarisse afirmar que se não fosse o esposo e os pais, teria matado aquela mulher. “Nunca me descontrolei, nunca briguei, me diminui, nunca fiz isso”, afirma. Para tentar entender o que aconteceu, e acalmá-la, retomei a fala dela, de que os pais eram inimigos dela e perguntei como eles agiram nessa quinta-feira. “Meus pais quiseram se proteger na época. Na quinta-feira, eles queriam me proteger”, comenta.

Concordo com ela, apontando que os pais pareciam terem se tornado amigos dela; afirmação com a qual ela concorda.

Ainda muito angustiada com o que acontecera, ela diz “sempre fui controlada”, para justificar surpresa com seu comportamento durante o episódio. Logo perguntei “controlada por quem?”. “Minha mãe”. Silêncio. “Não posso, não devo” (referindo-se a maneira de ser e de agir do jeito que foi na quinta-feira). Digo a ela que me parece que ela não pode para si, mas pode para os outros; que não deve a ninguém, mas quem deve a ela? “Não sei”, responde. Silêncio. “Devo aos filhos (os gêmeos)”. “Quem deve?”. “O mundo. Tem hora que eu sinto que carrego o mundo nas minhas costas. É muito pesado”. Pergunto o que mais pesa. “A responsabilidade”. Pergunto se ela percebe qualquer semelhança entre o fato de quinta-feira e o aborto. “Talvez porque penso mais nisso. Talvez porque contei, partilhei um segredo. Mas não posso, não devo, não quero ser aquela pessoa de quinta-feira”.

Coloco para ela que me parece quando pensa, ela está lidando com o assunto. E passa a lidar com todas as emoções, principalmente as que ela não permitiu sentir, expressar na época do aborto. Neste sentido, aquele descontrole, porque sempre foi controlada, o choro, a revolta, que sempre estiveram contidos e a agressividade com aquela mulher, revolta que ela gostaria de ter demonstrado a mãe. Restava a ela permitir-se poder, lidar com a dívida que tem consigo. “Será que eu consigo pagar essa dívida?”. Digo para ela me responder na semana seguinte e, nesta, tentar ao pagar as sessões em aberto.

No primeiro momento, foi possível fazer comparações entre cozinhar o bolo e o aborto (pressão dos pais, não era hora de ter filhos, deveria tirá-los, ceder e depois se arrepender). Clarisse traz o tema do aborto, de formas diferentes nesta sessão. Elabora, à sua maneira, quanto desejou que cuidassem dela à época (receber visitas quando se está sofrendo); sua casa “tem tempo que está vazia”, diria eu que desde o dia em que foi

realizado o aborto e ela se viu cheia de vazios, como dito anteriormente. Por fim, trabalhar o ato de cozinhar o bolo como metáfora para o aborto ocorreu de maneira lúdica e sem tanto sofrimento.

A sessão acima foi impactante, porque a maneira como Clarisse chegou e iniciou seu relato parecia com alguém que tinha cometido um grande delito. E precisava repará-lo. Desde o início do relato, os afetos me pareciam deslocados e descolados. Senti que ela também percebeu isso, após a minha pergunta de por quem ela sempre foi controlada. Sua resposta, “minha mãe”, foi dada com um ar de compreensão acerca do objetivo da minha pergunta. Neste sentido, quando questionei se ela via semelhança entre essa briga e o aborto, ela responde com algumas relações, mesmo que timidamente e/ou com receio de afirmar.

Quando ela disse “não posso, não devo, não quero ser aquela pessoa de quinta-feira”, remeteu-me a sensações que ela provavelmente teve à época do aborto, mas não conseguiu expressar, porque uma proibição maior já lhe havia fragilizado demais (não poder ter os bebês). Neste sentido, a vontade de matar aquela mulher se revelou como o afeto mais forte, o mais potente, e por isso mesmo, o recalcado – não era a vizinha, mas sim a sua mãe. Por isso também a sensação de uma dívida imensa para consigo. Clarisse parece ter tomado para si tudo o que deveria cobrar de sua mãe; também por causa daquele afeto, para ela tão negativo, ela se sentia tão culpada. Desta forma, restava a ela se permitir poder – ser possível a ela o poder de decisão, de desejar, de criar.

Chegamos a um momento de intensa interação, porque os sentimentos de Clarisse surgem nas sessões tão vivos e vividos como se ela tivesse reagido à época do aborto. Por isto, passo a mais uma transcrição literal de sessão.



Pergunto a ela como está se sentindo. “Normal, tô bem, só não tô dormindo. Durmo pouco”. E prossegue, me chamando a atenção para um assunto específico. “Eu gostava muito do azul, do branco. Hoje gosto muito do colorido, não sei se foi a terapia, mas meu gosto pela cor mudou. Agora, eu ando apaixonada por essa cor, verde”. Ultimamente a tem percebido no dia-a-dia, até mesmo comprado objetos da cor verde. E continua. “Sempre odiei o vermelho. Minha mãe que gosta do vermelho. Mas eu nunca me interessei por cores berrantes”. Peço a ela que me diga o que significa para ela, o vermelho, o azul, o branco. “O vermelho é sangue, paixão, desprezo, desespero, rápido, não para, movimento. O azul e o branco, paz, amor, tranqüilidade, sossego, aconchego. O azul é onde me sinto melhor, meu quarto, a cozinha, toda casa tem detalhes em azul. É o que eu tenho, que me faz feliz”.

Disse a ela que o assunto de hoje me lembrou uma vez em que ela falou sobre o esposo e como eles podiam até ter cores preferidas diferentes, mas não brigavam. “Nós não brigamos por raiva, nem por rancor, só por objetivo”. Como ela passou a se interessar mais pelas coisas no dia a dia, pergunto quem tinha mais curiosidade pra entender o que estava acontecendo. A filha mais velha queria saber o porquê do fascínio pelas cores hoje, enquanto a mais nova questionava sempre porque só o azul. Acrescenta que se sente mais gorda, que ganhou peso, viu na balança recentemente. E que o casal também estaria descompensado, um não é mais alicerce do outro, falta equilíbrio”. “O que pesou mais?”. “A insegurança”.

Retorno às cores e pergunto qual cor sempre marcou e qual cor sempre buscou. “O azul (sempre marcou) e o florido... o marrom, o preto (sempre buscou)”. “Marrom, preto?”, pergunto surpreso, uma vez que a cor preta tem, em geral, uma conotação negativa. “Lembram tristeza, tempo ruim, mas tem que ter, equilíbrio”. Pontuo sobre as relações entre cores e significados que ela traz. Digo que o vermelho lembrava, então, o aborto,

tanto o período anterior, quanto o posterior. O marrom e o preto lembravam a cor da terra úmida, lembrando também o sofrimento que adubou a vida dela. Já o colorido seriam as coisas boas sobre o sofrimento (por cima e a respeito dele). E como todo jardim, ela precisava mexer, adubar, aguar (a vida dela). A essa colocação, ela associou que “hoje tem umas folhas queimadas, umas flores que não abriram, tem cor também”. Em silêncio, eu sorrio para ela, que prontamente reage dizendo estar “falando do meu jardim mesmo (de sua casa, onde ela passa horas cuidando das plantas)”. Encerro a sessão, dizendo que “é do seu jardim mesmo que estamos falando”.

Clarisse me mostrou ser possível, para ela, elaborar tanto sofrimento, de uma outra forma, já em outro nível, com o relato deste atendimento. Fez-me entender porque ela “precisa disso pra continuar”, como disse em sessão anterior. O sofrimento, de fato, fecundou a vida dela. A maneira como ela inicia o assunto, foi à maneira de alguém que quer contar uma novidade, que ainda não entende bem por que acontece, mas se sente bem porque acontece (tipo “olha, percebi umas coisas diferentes... não sei se é por conta da terapia... mas tô me sentindo bem”). Neste sentido, vale ressaltar que neste dia eu vestia uma blusa de cor verde.

Algumas questões me levaram a uma identificação com Clarisse: o ganho de peso e “como isso descompensa” as relações, o sofrimento que aduba a vida, coisas posteriores ao sofrimento e que dizem respeito a ele. Desta forma, destacam-se também os ganhos secundários que determinado sofrimento possa ter trazido para a vida dela. Por fim, a sensação de Clarisse de que falávamos sobre o jardim de sua casa, ao final da sessão, me trouxe uma decepção de que ela não acompanhara e/ou não aceitara as colocações do atendimento. Depois, percebi que sim, de alguma forma. Ademais, pelo nível de elaboração

dela, não preciso mais me preocupar em acompanhá-la para conhecer e conhecê-la para acompanhar.

Sobre essa experiência de companhia mútua, ela já se incomoda quando se sente só, em vez de procurar ficar só, como era assim que iniciou o tratamento. Para ela, “não se sentir mais só seria conversar sobre o passado” (sic). Percebo um desejo de avançar no atendimento a Clarisse, por ela ter se mostrado capaz de elaborar e trazer questões de outra ordem. Ela sinaliza que, embora haja muita coisa para resolver em relação ao aborto; ela tem outras demandas, não necessariamente vinculadas a essa questão principal. Acredito que avançar seria reorganizar o atendimento familiar, neste momento. Em supervisão, falo desta minha angústia, acerca da revelação e do manejo desta história entre a família, para ser possível a Clarisse trabalhar suas outras questões. Antes de trabalhar com a família concreta, real, eu poderia trabalhar a família internalizada, com ela. Organizamos, então, uma dinâmica.

Levei balões para uma sessão. Disse que me parecia sempre ser vontade dela, falar sobre o aborto e todo o sofrimento, com as pessoas. Mas que ela não teria coragem, ou achava que algumas pessoas não precisavam saber. Então, explico que cada balão daqueles, poderia representar uma pessoa da família dela. Ela deveria escolher com quais gostaria de falar, dizendo-me, no início, quem havia escolhido. Ela escolheu falar com a mãe, o pai e os dois primeiros maridos. Para cada um, houve um momento em que Clarisse falava com eles. Ela disse que os homens foram todos covardes na vida dela. “Minha mãe... não dá pra conversar, é melhor esquecer”. Passa então a conversar com o pai e diz “é fácil, ele é covarde”. Sobre o primeiro marido, diz “sonho com ele até hoje”. O segundo marido é um covarde também, para ela. “Tem muita coisa, gente envolvida. Tem coisa que nem te falei.”. Pergunto o que ela ainda não me falou. “O passado não passado”. Enquanto ela fala

isso, ela segura os balões que eram os dois primeiros maridos e os acaricia, como quem segura dois bebês no colo. Os dois balões estouram. “Justo quem foi estourar”, disse ela. Com o que restou da boca das bexigas, muito ansiosa, ela utiliza como dois anéis, no dedo anelar. Faço a comparação com as duas alianças, dos primeiros casamentos. No final da sessão, ela pede que eu as guarde.

Essa foi uma sessão complicada. Ela não conseguiu, de fato, conversar com nenhuma das pessoas que escolhera, no início da dinâmica. Ela fez, no entanto, falar de cada um deles. Sua comunicação foi expressiva e não-verbal neste dia. Da minha parte, foi difícil conduzir aquela dinâmica, pois estive eu, no lugar de todas aquelas pessoas e na direção do afeto que Clarisse tinha e tem para com elas. Destaco as duas alianças que ela produziu durante a sessão, com as quais poderemos trabalhar mais adiante. Em supervisão, decidimos colocar para ela o que foi a dinâmica, ressaltar que falta falar com outras pessoas (perguntando a ela com quem falta conversar) e questionar o que ela gostaria de fazer com as alianças.

Clarisse faltou por três sessões seguidas, sem justificar. Quando retorna, ao ser perguntada sobre a vivência dos balões, ela é monossilábica em suas respostas. Também tive dificuldades para reencontrá-la e, por isso, apenas perguntei. Fui ávido em saber o que ela teria pra falar. Talvez tenha assumido a própria ansiedade de Clarisse em falar, duas décadas depois dos acontecimentos. Suas resistências, falas curtas me mostraram que não é desse jeito que se trata assuntos tão delicados. A resistência, mesmo sendo um aspecto de que não se quer trabalhar algo, foi neste momento, no entanto, uma maneira de Clarisse mostrar que reorganizava, para si, a maneira de trabalhar suas questões.

Clarisse torna a relatar sonhos, depois disso, com a mesma temática de morte. Não quis repetir as mesmas falas das sessões e permance mais vezes em silêncio. Segundo a

paciente, ela e o esposo evitam certos assuntos para não preocuparem um ao outro. Afirmando, mais uma vez, que é o espaço dela, para falar sobre o que quiser, mesmo que sejam coisas repetidas. Ela fala, então, de sua relação com a mãe, “somos muito parecidas, mas tem hora que acho que ela esqueceu” (sic). Aponto que, se são parecidas, a mãe de Clarisse deve ter se calado, como a própria Clarisse fez. Esta traz o paradoxo de achar que todos, ex-esposos e o atual e os pais, devem a ela alguma coisa, ao mesmo tempo que acha que todos fizeram um favor para ela. Pedi a ela, neste momento, o balancete dessas dívidas.

Clarisse dá a entender que é repetitivo falar do aborto. Imagino que seja cansativo e dolorido, também. Seus sonhos, no entanto, demonstram que a morte pra ela ainda é uma questão. Ademais, é importante perceber a fala sobre sua mãe – conteúdo e relação pouco trabalhados por Clarisse durante seu processo. Trabalhados, no entanto, no tempo e a maneira dela.

Clarisse chega radiante a uma sessão. Pergunto a ela o que aconteceu. “Tô bem, tive uma idéia. Vou abrir uma creche”. Surpreso, terminei de escutar seu relato sobre ter percebido que em casa havia espaço físico e, com a venda de uma casa de sua mãe, ela teria o capital para investir. Sua idéia inicial é cuidar de dez crianças! “É um giro de noventa graus, sou eu mesmo” (sic). Sobre essas mudanças, peço para me falar um pouco mais. Nos últimos dias, ela e o esposo retiraram de um cativo, um jovem afilhado e sobrinho de Nonato. Este rapaz ficou órfão havia uma semana e era deficiente. Para Clarisse, a mãe dele “transferiu os problemas pra criança” e ele ficou assim. Pergunto a idade do rapaz e ela me responde que ele tem 24 anos. Clarisse continua: “Não quero colocar nada no lugar dos meus bebês. Agora, se eu vou parar de me culpar? Não sei.”. Silêncio. “Não trouxe o balancete porque eles não são culpados. Meus casamentos não foi um erro, foi um ato sem pensar”. Peço para falar mais um pouco sobre isso. “Foi uma covardia, eu pulei do barco.

Com Justus (o primeiro marido), eu saí (eram muito novos, bigavam bastante por ciúmes e imaturidade). Com Marcos (o segundo), eu não gostava dele e mandei ele sumir (e este senhor sumiu, de fato, a deixando só e grávida de gêmeos). Foi um jardim que não aguou. Ele sumiu”. Com 3 meses de casada com Marcos, Clarisse descobre que ele havia arrumado uma namorada, por isso pediu que ele fosse embora.

E continua: “O balancete sou eu mesma. Sou a ponta final. Sou a última página. Nada eu fiz inconsciente”. Silêncio. “Eu não vou me perdoar.”. Pergunto, então, para que continuar se culpando. “Tá passando, mas o erro não”. Sobre o fato de adorar crianças e a idéia da creche, ela retoma dizendo “essas crianças, não sei se vem (até ela), ou eu que vou. Porque gostar de bebê é uma coisa, ser obcecada é outra. Eu sou obcecada”. Coloco para ela se isso tem relação com os gêmeos. “Não é só isso. Também tudo se baseia na minha mãe, a minha vida. Eu não cortei o cordão umbilical”.

Esta sessão foi surpreendente, do início ao final. Emocionante também! Ela chegou perceptivelmente diferente. Estava vestida de branco, da cabeça aos pés! Estava radiante, como quem tivesse uma novidade mesmo para contar! E tinha! A creche! Quando ela disse “é um giro... sou eu mesmo”, fez-me perceber que ela voltava para si, depois de tanto tempo. E era ela mesma quem fazia esse giro. Como também fez-me perceber que era ela mesma quem teve a idéia e a iniciativa de montar essa creche (como deveria ter sido, há 24 anos, ela ter tomado a decisão por ter e criar os filhos, ou não; mas uma decisão dela).

Pela primeira vez, ela conseguiu *clarear-se*, isto é, perceber a sua participação em todos os eventos que ela sempre trouxe como produtores de sofrimento pra ela. Por isso, “o balancete é ela (...) nada fiz inconsciente”. Aqui, o giro de que ela falou faz sentido também. Ela deixou de lidar com as responsabilidades dos outros, pra lidar com as próprias; com os desejos dos outros, pra lidar com os próprios. Arrisco a dizer, inclusive do seu

desejo também de ter feito o aborto, de não querer ter sido mãe naquela época (subjugado pela imposição da mãe e, mais adiante, pela sua culpa e pela sua educação religiosa).

Clarisse passa a falar das dificuldades para abrir a creche. Acredita que Nonato teve insegurança, pois ela poderia vir a resolver os problemas e não ele. Ela chega a indicar psicoterapia ao esposo, porque ele estaria confuso, com o raciocínio lento, “engraçado, eu tive isso no início”. Sobre as dificuldades, ela relata ter se exaltado pela falta de apoio em casa, para construir a creche, afirmando estar em terapia “para me encontrar, para dizer sim e não” (sic). Apenas sua mãe ajudara, financeiramente, como fez também com o aborto. Ademais, este é um momento do processo terapêutico em que Clarisse pede para as sessões serem quinzenais.

Não respondi imediatamente a ela. Em supervisão, a pergunta foi por que não a liberava. Compreendi a amplitude, para além da liberação para sessões quinzenais. Em um momento, ela fala novamente sobre a queixa de não conseguir tomar decisões. Ressalto sua mudança, exemplificando com seu pedido de sessões quinzenais. Isso a faz sentir evoluindo. Fechamos, então, desta forma.

Neste momento do processo, Clarisse falta seguidas vezes, ausentando-se por mais de um mês. Sua justificativa, quando retorna, é a respeito das dificuldades enfrentadas por já estar com a creche em funcionamento.

Sobre estas dificuldades, ela traz de novo o medo de regredir, de uma nova crise, pois se encontrava desanimada. Seu desânimo era principalmente relacionado ao fato de não ter a creche em pleno funcionamento, idealizado, e estar cuidando apenas de duas crianças. Importante destacar uma visita de férias, do irmão de Clarisse a ela, neste momento do processo. Ele percebe as dificuldades da irmã e, espontaneamente, diz “que a cada queda sua, você levanta melhor (...) lembra quando mamãe fez aquilo com você? Você

não se levantou?” (sic). Trabalhamos, então, as percepções de Clarisse sobre si, sobre a trajetória de seu processo terapêutico e sobre o direcionamento a dar para este. Ademais, pedi a ela para dizer o que fazer com as alianças. Ela me entrega, dizendo: “olha suas alianças, Enrique”. Pergunto se minhas ou de fato dela, ao que ela me responde, sorrindo: “as minhas já foram”.

De acordo com as supervisões, e o andamento do processo terapêutico de Clarisse, eu tinha planejado esta sessão como a última. Melhor dizendo, organizei-me para investir como se fosse a última. Avaliei meus receios sobre encerrar um processo terapêutico pela primeira vez, especificamente o que significava encerrar este processo terapêutico. Qual liberação, desta vez, eu concedia a ela e a mim? Diante do exposto, no início de nossa conversa, achei melhor acolhê-la mais uma vez. Hoje percebo que foi um movimento de acolher a nós. E me permitir certas decisões e atitudes quando me sentisse mais seguro.

Algumas coisas, no entanto, ainda se mostravam pendentes. Clarisse ainda relutava em fazer alguma coisa, com as alianças, mesmo que suas respostas me dissessem o contrário. Ela acabava entregando a mim. Sentia que ela precisava, direta e objetivamente, dizer e fazer alguma coisa com as alianças. Deveria me preparar, desta forma, inclusive para ela me dizer que gostaria que eu as guardasse. Confesso que seria essa a opção mais difícil para mim. Então, para avaliar a possibilidade da próxima sessão ser a última, pedi a ela para pensar em sua trajetória. Deveríamos, os dois, pensar a respeito disso. Para onde iríamos, dali pra frente? Qual a decisão a ser tomada? Respostas que deveriam surgir após a avaliação desta trajetória percorrida. Clarisse era outra pessoa, diferente da que chegou em novembro de 2006. Eu certamente, também o era.

Em sua última sessão, Clarisse associou sua trajetória à construção de uma fortaleza, imponente, difícil de transpor. Pontuou ser uma dinâmica das mulheres da família



dela, serem fortes. Ela, no entanto, ressaltou suas diferenças, como não insistir nos erros; neste momento, refere-se às separações de uma maneira positiva, diferenciando-se das parentes que permanecem casadas mesmo sofrendo. Pontuei que a fortaleza de Clarisse fora utilizada muito tempo para guardar coisas das quais ninguém deveria saber, nem ela mesma. Por isso, difícil, quase impossível transpô-la. A fortaleza, no entanto, quando transposta, demonstrava ser uma bela construção, zeladora de importantes tesouros. Despedi-me, então, da paciente, que por sua vez reagiu tristemente ao final. Informei um possível encaminhamento, caso ela quisesse prosseguir trabalhando com algumas questões. Enfatizei, no entanto, que este processo havia terminado e que entendia a dificuldade dela em finalizar, porque também era difícil para mim.

### **...e Winnicott**

O processo terapêutico de Clarisse pode ser compreendido, de maneira geral, em três fases. A primeira fase é o estabelecimento do vínculo. Isto foi necessário, não apenas pela postura clínica tradicional do *rapport*. Mas porque a paciente não me conhecia, ela tinha necessidade de me conhecer, da mesma forma que seria necessário para mim conhecê-la. Isto para estabelecer o acompanhamento, antes de qualquer intervenção tradicional, como a interpretação.

A segunda, consiste na revelação do segredo acerca do aborto. É uma fase de intensa acolhida e acompanhamento das emoções de Clarisse sobre o fato. Há um fortalecimento do vínculo, além de um constante cuidado com a paciente e sua história.

A terceira, se constrói a partir das faltas de Clarisse. Inicialmente vistas como resistência (por exemplo as faltas após as sessões com os balões), estas faltas passaram a

demonstrar a autonomia de Clarisse para resolver suas questões, a sua maneira. Ademais, nesta fase, trabalhei a questão de liberá-la – que teve início com a proposta de sessões quinzenais e, posteriormente, se configurou com a independência dela em relação a terapia.

Ocorreram, nestas fases, movimentos semelhantes, tantos meus, quantos de Clarisse. De uma maneira geral, em cada uma delas houve a busca do manejo de minha contratransferência. Clarisse, por sua vez, vivenciou o que Winnicott chamaria de “regressão a dependência”.

Winnicott (1945) formula que “os processos emocionais primitivos que são normais no início da infância e que aparecem de forma regressiva nas psicoses” (p. 284). Os processos são a integração, a personalização e a realização. Postula, então, uma não-integração primária para poder refletir sobre os aspectos patológicos originados por um atraso ou um fracasso da integração primária. “Ou como resultado do fracasso de outros tipos de defesa”, afirma (p. 275). No caso de Clarisse, há indicação de que tanto o fracasso da integração primária, ou de outros tipos de defesa, ocorreram. Em função de seu tratamento, é possível afirmar apenas em relação ao fracasso de outros tipos de defesa.

Dois problemas são levantados por Winnicott, a partir da não-integração primária, a desintegração e a dissociação. A desintegração, para ele, é apavorante, “significa o abandono aos impulsos, incontroláveis porque agem por conta própria; e além disso, este fato evoca a idéia de impulsos igualmente incontroláveis (porque dissociados) dirigidos contra a própria pessoa” (p. 282). A dissociação se deve a uma integração incompleta ou parcial.

Importante destacar o contexto de vida em que eclodiu a crise de Clarisse. Esta ocorreu ao final de um período de dois anos, iniciados com um câncer de pele de Nonato. Depois de superado este primeiro momento, os estabelecimentos comerciais vão a falência,

sendo que o período em que o último estabelecimento é fechado coincide com o período da crise da paciente. Nonato acompanhou Clarisse até o altar, no primeiro casamento desta, por ser amigo da mãe da paciente, ocupando o lugar do pai. Nonato tornou-se, tempos depois, o terceiro esposo de Clarisse, estabelecendo para ela um casamento onde se sente “protegida”. Ele a protegeu em dois momentos importantes. Quando este senhor passa a enfrentar uma série de dificuldades, o alicerce de Clarisse desaba e emerge uma dissociação.

Esta dissociação denuncia o fracasso ambiental da integração primária de Clarisse, também o fracasso de outros tipos de defesa. Como dito anteriormente, farei referência apenas a este fracasso.

Em relação à Clarisse, suponho que ela passou por uma fase de integração incompleta ou parcial. Uma afirmação a respeito da desintegração seria mais hipotética ainda, em razão de seu processo terapêutico ter se configurado como emergencial, sem as possibilidades de uma análise mais prolongada. Ademais, muitas afirmações de Winnicott dizem respeito ao tratamento com psicóticos, com um referencial supostamente estrutural. São pertinentes e limitados, portanto, a situações de crises do tipo psicóticas, como a vivida por Clarisse.

Clarisse disse, logo em seu primeiro contato comigo, “não te conheço”, levando-me a entender que eu não a conhecia também. Em supervisão, quando comentei sobre minha dificuldade de acompanhar Clarisse, no início de cada sessão, quando ela realizava algo próximo de um ritual para me informar sobre sua semana, fui orientado a permitir tais relatos, ora detalhados, ora desconexos. Era necessário para nos conhecer, para Clarisse ser conhecida por mim. “Ser conhecido significa sentir-se integrado pelo menos na pessoa do analista”, afirma Winnicott (1945, p. 276).

Esta compreensão já é uma forma de manejo da contratransferência. Foi uma tomada de consciência sobre uma reação minha e um posterior destino dado a ela, neste caso a supervisão e a minha análise, tal como fora preconizado por Freud. Neste momento, foi preciso o manejo de acordo com a visão clássica, um conteúdo a ser superado. O manejo, no entanto, aponta também para outra postura clínica. Contribuiu para a (re)integração de Clarisse.

A tendência a integrar pressupõe a técnica do cuidado infantil e as experiências pulsionais agudas, segundo Winnicott (1945, p. 278). O bebê (paciente) é cuidado pela mãe (analista) e vivencia, a partir do interior, aquelas experiências. Aqui, a agressividade foi importante para a tentativa de integração de Clarisse. Neste ponto da regressão a dependência, ela encontra a possibilidade de movimento. Admitir a integração, neste ponto, para Winnicott, é abarcar a relação primária com a realidade externa. Para Clarisse, é possível a revelação do segredo, a vivência de emoções e, principalmente, a descoberta de um eu e um não-eu.

Segundo Winnicott, “a saúde mental de cada criança é estabelecida pela mãe durante sua preocupação com o cuidado de seu bebê” (1952, p. 376). Ele nos traz a importância da característica essencial à mãe, uma adaptação sensível às necessidades do bebê, um cuidado contínuo que produz a saúde mental. Esta relação contribui para a construção do indivíduo como unidade, partindo de uma unidade meio ambiente-indivíduo. O autor se propõe a estudar o desenvolvimento inicial, no interior da unidade meio ambiente-indivíduo porque atrasos e distorções, regressões e distúrbios dos fenômenos destas organizações estariam presentes na esquizofrenia adulta.

Este cuidado contínuo da mãe para com o bebê exige daquela uma condição psicológica, a preocupação materna primária. Trata-se de um fornecimento, por parte da

mãe (analista), de um ambiente para a constituição do bebê, para o desenvolvimento deste de forma espontânea . Segundo Winnicott (1956), é

quando a mãe fornece uma adaptação suficientemente boa à necessidade, a própria linha de vida do bebê é muito pouco perturbada por reações à invasão. (Naturalmente, são as *reações* à invasão que contam, não as invasões em si.) Fracassos maternos produzem fases de reação à invasão e estas reações interrompem o 'continuar a ser' do bebê. Um reagir excessivo não produz frustração, mas sim uma *ameaça de aniquilação* (pp. 495-6, grifo do autor).

A condição psicológica consiste, então, em uma identificação da mãe (analista) com seu bebê (analizando), a ponto de se sentir no lugar do bebê e atender às necessidades dele. Gradualmente, o ego se constitui e é possível uma relação de ego e a construção de uma pessoa na mãe. Em outras palavras, quando o indivíduo espontaneamente descobre o meio ambiente, a invasão é aceita e não há uma perda de sentido de self. Se há uma perda de sentido de self, houve uma distorção psicótica da unidade meio ambiente-indivíduo em virtude de um fracasso de uma adaptação ambiental e a recuperação ocorre apenas pelo retorno ao isolamento (Winnicott, 1952, 1956).

Isto ocorreu, de certa forma, com Clarisse. As invasões estiveram presentes em seu passado bárbaro, principalmente as invasões de sua mãe. Ela reagiu a estas invasões. Percebi que eu poderia ser mais um bárbaro em sua história, pela ansiedade em tratá-la, oferecer ajuda, até mesmo ansiedade para sentir e acolher o sofrimento dela. A paciente me mostrou, então, com faltas, com silêncios e respostas monossilábicas seu retorno ao isolamento, para salvaguardar-se. A dinâmica do processo, por outro lado, mostrava-se paradoxal. Foi, na maior parte do tempo, durante o processo terapêutico que Clarisse retomou seu desenvolvimento emocional, enquanto a convivência com os familiares foi marcada por longos momentos de isolamento e de silêncio.

Clarisse retomou um processo de vida, isto é, regrediu a dependência para ser possível falar de uma pessoa. Ser possível falar de si. O ambiente, nesta regressão, é importante. Para Winnicott, o desenvolvimento emocional primitivo ocorre em um ambiente facilitador, suficientemente bom, dotado de uma preocupação materna primária. Para ele, uma falha ambiental interrompe aquele desenvolvimento, levando a ansiedades do tipo psicóticas. Esta falha envolve uma organização egóica, o falso self, cujo objetivo é proteger o verdadeiro self das invasões do ambiente. Desta forma, para que ocorra a regressão é preciso que haja estabelecida esta organização egóica, ao mesmo tempo em que devem ser proporcionados determinados aspectos do setting.

A dinâmica de Clarisse aponta para a existência de um falso self. Especificarei alguns pontos desta dinâmica, para ser possível uma compreensão acerca do que a sustentou, permitindo também um modo de manter a experiência do aborto em segredo. Ademais, analisarei a dinâmica em sua relação com o adoecimento psíquico, no caso o de Clarisse; isto porque um falso *self* pode estar presente também em indivíduos saudáveis, de acordo com Winnicott.

Winnicott (1935), no artigo intitulado “A defesa maníaca”, elabora sobre a constituição de uma defesa que diz de uma “incapacidade de dar à realidade interna seu significado total” (p. 248). Ele aponta para a relação desta com a posição depressiva, uma vez que a pessoa tem oscilações em sua habilidade de lidar com a realidade interna, sendo estas oscilações que estariam relacionadas à ansiedade depressiva da pessoa. A realidade interna deve ser descrita em termos de fantasia, sem ser sinônimo desta, pois esta é também um esforço da pessoa para lidar com a realidade interna, sendo um controle onipotente da realidade externa. A fuga para a realidade externa é uma fuga da realidade interna, tendo a fantasia como defesa contra a aceitação desta. Isto para poder o indivíduo lidar com as

ansiedades depressivas. Dessa forma, há possibilidades de uso da realidade para “tranquilizar as pessoas acerca da morte interior e um uso da defesa maníaca que pode ser normal” (p. 250).

A defesa maníaca estabelece um uso de uma relação com o objeto para diminuir uma tensão. Este é um dos aspectos dessa defesa. Podemos compreender que

na defesa maníaca, o luto não pode ser experimentado (...) a relação com o objeto externo é utilizada na tentativa de diminuir a tensão na realidade interna. Mas é uma característica da defesa maníaca o fato de o indivíduo ser incapaz de acreditar completamente na vivacidade que nega a inércia mortal, por não acreditar na própria capacidade de amar o objeto, pois fazer o bem só é real quando a destruição é reconhecida. (...) É apenas quando estamos deprimidos que nos *sentimos* deprimidos. É justamente quando estamos utilizando a defesa maníaca que há *menos probabilidade de sentirmos* que estamos nos defendendo contra a depressão. Nestas horas, é mais provável que nos sintamos alegres, exultantes, ocupados, excitados, bem humorados, oniscientes, ‘cheios de vida’, ao mesmo tempo que mostramos um interesse menor que o normal por coisas sérias e pelo horror ao ódio, à destruição e à morte” (Winnicott, 1935, pp. 250-1, grifo do autor).

Estas e outras características, apontadas por Winnicott, são inter-relacionadas nas diferentes maneiras em que aparece a defesa maníaca. Para Clarisse, ocorreram referentes ao fantasiar e à dissociação relacionada a este. Antes de prosseguir, é necessário abordar esta última relação.

Winnicott (1971) também aponta as variedades do fantasiar e sua distinção frente ao sonhar e ao viver. Caracteriza o fenômeno como inacessível, diferente da repressão a que pode estar submetido os sonhos. É esta inacessibilidade que está relacionada com a dissociação. Estas e as demais elaborações do autor são conseqüências de uma análise de uma mulher de meia idade, que descobre as perturbações provocadas pelo fantasiar em sua vida. O fenômeno constitui-se, então, como algo isolado, a consumir energia, sem contribuir para o sonhar e para o viver. Interfere, entretanto, “na ação e na vida no mundo

real, ou externo, mas interfere muito mais no sonho e na realidade psíquica pessoal, ou interna, o cerne vivo da personalidade individual” (p. 52). A possibilidade de expressão daquela paciente aconteceria na área da amorfa, provinda da confiança depositada no analista.

Clarisse cultivou, ao longo da vida, dois hábitos fundamentais: organizar festas e cultivar o jardim de sua casa. Estes dois hábitos, a meu ver, dizem respeito à defesa maníaca estabelecida pela paciente, à sua condição amorfa, tanto quanto à sua dissociação. Eram hábitos com fortes referências à vida e suas fases. Gostar de organizar festas era o uso de sua defesa maníaca para, conforme postulado por Winnicott, sentir-se exultante, ocupada, com menos probabilidade de sentir que se defendia contra a depressão. Da mesma forma, compreendo o cultivar do jardim como o momento dissociativo de sua vida, quando o vivido na experiência estava, certamente, para além do simples cultivar.

Algumas sessões demonstram como o tornar-se consciente de Clarisse indicou, para ela, a importância do fantasiar em sua vida. Estas sessões desorganizaram suas dissociações, reorganizando-a como pessoa total, na medida em que o fantasiar transformou-se numa imaginação relacionada com o sonho e com a realidade (Winnicott, 1971, p. 46). Refiro-me às sessões da revelação do segredo, sobre cozinhar o bolo, sobre a briga com uma vizinha, sobre seus silêncios, seu choro, seus sonhos e sobre a idéia de abrir uma creche. Além disso, havia um padrão de relacionamento entre Clarisse e sua mãe, sobre quem ela preferia não falar, pois era difícil, era “melhor esquecer” (sic), porque foi um “relacionamento que se transformou cedo demais e de maneira abrupta, de algo muito satisfatório em desilusão e desespero e no abandono da esperança na relação de objeto” (p. 47).



Ao longo do processo, e principalmente nas sessões citadas acima, manejei minha contratransferência de uma maneira peculiar. Foram encontros muito emocionantes, nos quais era imediato o surgimento de sensações, de reações. Clarisse ofereceu material para eu construir metáforas, de tal forma que eu pudesse conter nossas emoções. Desta forma, trabalhamos com a idéia de uma represa que transborda para compreender o choro da paciente, nas primeiras sessões após a revelação. Referi-me muitas vezes às dívidas presentes na vida de Clarisse, ao ponto de pedir a ela um balancete. Fizemos as relações das emoções vividas nos momentos de assar o bolo e da briga com uma vizinha com o momento do aborto e com as pessoas envolvidas, principalmente a mãe da paciente. Ademais, a temática da morte presente nos sonhos e a iniciativa de abrir uma creche pontuam a retomada do clarear-se, para Clarisse.

O processo de regressão a dependência, vivenciado por Clarisse, foi proporcionado por alguns aspectos da própria paciente, como buscamos demonstrar. Adicionalmente, passo a descrever como alguns aspectos do setting contribuíram para a ocorrência daquele processo, para prosseguir com uma análise sobre a relação entre os aspectos deste e os daquela.

Em determinados momentos, como o primeiro encontro com Clarisse, depois em momentos de silêncio e respostas monossilábicas, era perceptível um retraimento por parte da paciente. Este movimento é recorrente no processo terapêutico em geral e o paciente não tira proveito algum, após recuperar-se deste. É uma tentativa de fornecer *holding* ao self, sem, no entanto, beneficiar o paciente. Nos tratamentos em geral, se no momento do paciente fornecer *holding* ao self, o analista fornecer *holding* ao paciente, é possível uma regressão, então. Constitui-se uma oportunidade de “progressão dos processos individuais que haviam cessado” (Winnicott, 1954-5, p. 470).

O *holding* é um ambiente suficientemente bom, adaptado às necessidades do bebê (analisando), proporcionado pelos pais. Trata-se do setting necessário para estabelecer a regressão a dependência, pois consistirá da preocupação materna primária, da adaptação às necessidades, de o profissional tomar “parte em um relacionamento no qual o paciente está, em algum grau regredido e dependente” (Winnicott, 1954, p. 435). A atenção do analista reflete aquela preocupação e contribui para o estabelecimento de uma relação e de um espaço diferenciado, isto é,

O *setting* se torna mais importante que a interpretação. A ênfase passa de um fenômeno para o outro. O comportamento do analista, representado pelo que chamei de *setting*, por ser suficientemente bom no que diz respeito à adaptação à necessidade, vai sendo gradualmente percebido pelo paciente como algo que faz nascer a esperança de que o *self* verdadeiro possa finalmente ser capaz de assumir os riscos que o início da experiência de viver implica. (...) neste trabalho é mais certo dizer que o presente volta para o passado, e é o passado (Winnicott, 1955-6, p. 486).

Para a regressão permitir a retomada da continuidade da existência, é fundamental respeitar a necessidade do paciente, sem a qual há uma mera repetição da falha ambiental. É preciso possibilitar a regressão à experiência do indivíduo, tanto quanto a regressão às adaptações ambientais. Isto porque, além do falso self, o indivíduo é capaz de defender seu self pelo congelamento da situação de fracasso. Uma experiência posterior, um setting suficientemente bom por exemplo, pode degelar o fracasso e fazer o indivíduo reexperimentá-lo (Winnicott, 1954-5).

Winnicott (p. 470-1) elenca uma seqüência de eventos que ocorrem na prática, no processo terapêutico para a ocorrência da regressão: um setting que inspire confiança, regressão à dependência, um novo sentido de self e progressão dos processos individuais, descongelamento de uma situação de fracasso ambiental, raiva relacionada ao fracasso ambiental sentida no presente e expressa, retorno da regressão em direção à independência,

necessidades e desejos pulsionais realizáveis. Estes eventos ocorrem e continuamente se repetem, a depender do processo.

Para ele, toda a psicanálise é uma tranquilização, haja vista a maneira como estes eventos se organizam. A tranquilização está presente também nos tratamentos de indivíduos com sofrimento psíquico grave. Esta é entendida melhor em termos de contratransferência, porque as reações do analista são prejudiciais ao processo e consistem em elementos inconscientes reprimidos, limitando o trabalho do profissional (Winnicott, 1954-5, p. 478).

Winnicott nos coloca então diante de uma questão central: a contratransferência, entendida como formação reativa que representa elementos inconscientes do analista, é prejudicial para o trabalho terapêutico em curso? O setting, que segundo o autor representa o comportamento do analista, é fundamental para o trabalho. Em que difere uma situação da outra? Esta idéia de Winnicott aproxima-se então da compreensão de De León de Bernardi, vista anteriormente, sobre a contratransferência e as manifestações contratransferenciais? Esta questão já é um refinamento teórico do objetivo principal deste trabalho. Alguns pontos de aproximação, no entanto, entre a teoria winnicottiana e o estudo de caso do processo terapêutico de Clarisse são necessárias.

A regressão a dependência exige uma estrutura egóica organizada de forma que o paciente tire proveito da regressão. Uma vez que Winnicott estuda o desenvolvimento emocional primitivo e a falha ambiental durante este processo como provocadora de sofrimento psíquico grave, a regressão visa tanto as experiências pulsionais do indivíduo, quanto as adaptações ambientais, para ser retomado, ou ter início o desenvolvimento. Este desenvolvimento pressupõe uma unidade, indivíduo-ambiente, uma relação para o estabelecimento do objeto transicional.

O objeto transicional é uma experiência de posse. Este e o fenômeno transicional contribuem, durante o desenvolvimento emocional, para a diferenciação entre eu e não-eu. O bebê (analizando) está em transição da díade mãe-bebê, de dependência absoluta, para a construção e percepção de si, de dependência relativa. Envolve a oferta de um objeto, por parte da mãe adaptada à necessidade do bebê, ao mesmo tempo em que este cria o objeto oferecido. É a ilusão necessária à habilidade do bebê em criar aquilo que necessita. Para que ocorra a transição, passagem do objeto subjetivo para o objetivamente concebido, e a diferenciação subsequente, é preciso que o bebê (analizando) seja desiludido pela mãe (analista) (Winnicott, 1951).

Há uma contribuição tanto da realidade interna quanto da realidade externa para esta transição. O fenômeno constitui e é constituído pelo objeto transicional e pelo espaço potencial. A transicionalidade está relacionada com a criatividade primária do bebê e com o brincar criativo deste, com o uso de objetos no espaço potencial, a fim de evitar a separação. Para Winnicott, o desenvolvimento emocional seria perturbado pela inabilidade de criar, por parte do bebê, e da mãe em desiludi-lo.

Ofereci a Clarisse, durante toda a primeira sessão, o meu olhar. Isto é, Nonato estava presente porque ela não quis inicialmente ficar a sós comigo, porque não me conhecia; e ele acabou por responder à maioria das questões. Eu, no entanto, desviei raríssimas vezes meu olhar de Clarisse. Queria que ela entendesse que eu estava ali para ela. Conforme Winnicott, o objeto transicional pode ser a mãe (analista) total, ou partes do objeto total, ao mesmo tempo em que pode ser “uma palavra, ou uma melodia, ou um maneirismo” (p. 392). Outros objetos foram criados, como o meu caderno de anotações e as alianças feitas após a sessão com os balões.

Ressalta-se que o meu caderno para o registro das sessões foi um objeto transicional para ambos e que permitiu a relação desenvolver-se da relação de objeto para o uso de objeto. Clarisse se referiu a ele, quando disse que o esposo, para escutá-la, poderia ter um caderno igual ao meu. Após minha falta, percebo que ela passa a usar-me como objeto. Neste momento há também uma regressão a falha ambiental, pela minha atuação. Ademais, poder registrar na hora o relato, me permitia registrar também minhas emoções, muitas vezes auxiliando o manejo destas para não interferir no processo de Clarisse de maneira inadequada.

Sobre a situação que fora “descongelada” durante o processo de Clarisse, percebemos que um material seguiu “tanto para o sonhar, quanto para o viver, dois fenômenos que, sob muitos aspectos, constituem um só (...) Observe-se que o brincar criativo é afim ao sonhar e ao viver, mas essencialmente *não* pertence ao fantasiar” (Winnicott, 1971, p. 51-2, grifo do autor). Para ele, é possível encontrar evidências do brincar na análise de adultos: na escolha das palavras, inflexões de voz, no humor.

O brincar, para Winnicott é um tema em si, tem um espaço e um tempo, está relacionado à criatividade e, por isso, é fazer. É no brincar que o indivíduo pode ser criativo e descobrir o self. É na presença do outro que é possível brincar e estabelecer a relação com o objeto, possibilitando a comunicação. Deste ponto é importante destacar que não se trata de uma comunicação que tem um sentido e visa uma interpretação. O posicionamento criativo do terapeuta visa refletir a comunicação altamente especializada do indivíduo em sofrimento psíquico grave, para que o paciente possa se reunir como unidade.

O lugar do brincar está em uma seqüência de relacionamentos sobre o processo de desenvolvimento, segundo Winnicott (p. 70-2), da qual se aproxima o desenvolvimento do processo terapêutico: o bebê e o objeto estão fundidos, este é percebido subjetivamente ao

passo em que a mãe oferece aquilo a ser encontrado. O objeto é repudiado e depois objetivamente concebido. Isto depende da mãe, que sobrevive, participa e devolve o que foi abandonado. Neste momento, o bebê experiencia a onipotência dos processos intrapsíquicos e o controle quem tem da realidade externa. A brincadeira começa aqui, pois é estabelecido um relacionamento de confiança, dependente do amor da mãe, ou de seu amor-ódio, ou de sua relação de objeto, não por formações reativas. O bebê passa a ser capaz de estar só na presença de alguém e, depois, sobrepondo duas áreas de brincadeira, ele aceita ou não o não-eu.

A participação da mãe (analista) é constantemente analisada como fundamental, segundo Winnicott, principalmente porque o início do desenvolvimento emocional ocorre em uma unidade ambiente-indivíduo. A *falha ambiental* nesta unidade provoca a patologia, especialmente o sofrimento psíquico grave. O tratamento, nestes casos, requer uma regressão a dependência e a “provisão ambiental especializada” (p. 463), principalmente. Esta é uma concepção, a meu ver, essencial a respeito do manejo da contratransferência.

Winnicott (1947) também concebe a contratransferência a maneira clássica, como sendo material a ser superado, em se tratando da técnica clássica da psicanálise. O ódio é algo justificável e sutil neste tipo de análise. A dinâmica é outra na análise de psicóticos, pois se para eles a intrusão ambiental é ameaça de aniquilação, o amor e o ódio são a mesma coisa. O analista deve ser consciente de seu ódio, tanto quanto de seu amor pelo paciente; da mesma forma como deveria saber a mãe que odeia seu bebê desde o início.

Winnicott (1960) revê a temática da contratransferência, retomando aspectos da demanda do paciente que necessita de regressão, sugerindo a facilidade de permanecer com a idéia de contratransferência como algo a ser eliminado e adotar a idéia de resposta total do analista às necessidades do paciente. Isto porque fazer aquele conceito abranger esta

compreensão traria conseqüências confusas à época. Faz uma ressalva, no entanto, sobre haver “muito para se dizer sobre o uso que o analista pode fazer de suas próprias reações conscientes ou inconscientes diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica de seu paciente no *self* do analista, e do efeito disto na atitude profissional do analista” (p. 150-51).

Infere-se ter sido uma escolha teórica evitar o uso recorrente da palavra contratransferência, pelo exposto acima, embora toda a elaboração de Winnicott sobre o comportamento do analista, o *holding*, como o *setting* necessário para a análise de pessoas em sofrimento psíquico grave consiste no manejo da contratransferência, por excelência. Isto traz conseqüências para a clínica de pessoas em sofrimento psíquico grave, as quais pretendo refletir no capítulo seguinte.

## CAPÍTULO 3

### LOUCURA, SAÚDE MENTAL E CLÍNICA

O conceito de loucura está presente na história da humanidade, sendo, por muitas vezes distintas, sua definição e a maneira de lidar com ela. Conforme Costa (2003), dos gregos ao século XXI, aquele conceito teve, em seu processo de descrição, diferentes características. Da concepção mitológica às sistematizações classificatórias, foram várias as maneiras de lidar com essa manifestação do ser humano – de tratamentos que requeriam a intervenção divina, passando pela demonologia e caça as bruxas, à concepção orgânica cuja intervenção é medicamentosa.

Destaca-se que diferentes concepções sobre o processo saúde-doença acompanharam as diferentes concepções sobre a loucura. Segundo Reis (1999), no percurso da medicina, duas concepções estão presentes: a *ontológica*, para a qual a doença era uma entidade externa ao organismo e o invadia para se localizar em várias de suas partes; e a *fisiológica*, iniciada por Hipócrates, que explica a doença como um desequilíbrio de forças da natureza, interno e externo à pessoa. A concepção de Hipócrates foi enfatizada a medida que a *razão* e a *lógica* balizaram os estudos, por enforçar o indivíduo. Ressalta-se que a posterior objetivação deste indivíduo por parte da ciência positiva culminou em um tecnicismo e especialização acerca da dimensão biológica do homem, tornando os tratamentos cada vez mais desumanizados, de uma forma geral.

Afirma-se, então, que o percurso da loucura foi se aproximando, ao longo da história, do percurso da medicina, culminando com a atenção à saúde mental sob o poder instituído da Psiquiatria. A abordagem biomédica contribuiu para o processo de exclusão a que o louco foi submetido por anos. A própria construção do modelo asilar firmou esta



exclusão – inicialmente um lugar para confinamento dos mais diferentes tipos à margem da sociedade (leprosos, bandidos, etc), passou a ser o local do louco a medida em que a medicina e a sociedade se organizavam para lidar com os demais que *não-loucos*.

São considerados marcos históricos algumas iniciativas que focalizaram o louco e influenciaram as subseqüentes medidas de tratamento. Nestas medidas, ocorreu uma mudança paradigmática – o louco deixou de ser apenas o doente, perigoso, violento, *o diferente*; passou a ser considerado aquilo que é de fato, *ser humano*. Estudos realizados para a compreensão do fenômeno da loucura também contribuíram para aquela mudança paradigmática, constituindo uma epistemologia. Vale ressaltar que as análises propostas por Foucault (1972; 1980/2003), de uma clínica ampliada, reconstituíram a história da loucura. Suas obras balizaram a crítica epistemológica ao modelo positivista, contribuindo para validar iniciativas de reforma psiquiátrica.

A obra de Foucault, especificamente, e de outros autores abordam com maestria o processo histórico apontado resumidamente aqui. Pela exigência do recorte deste trabalho, os objetivos são outros. Esta sucinta apresentação serve, no entanto, para evidenciar a problemática da Reforma Psiquiátrica, como parte de uma construção de conhecimento.

### **A Reforma Psiquiátrica**

A Reforma Psiquiátrica é um amplo processo, cuja construção e implementação adequam-se a contextos específicos. Dentro do foco deste trabalho, apresento, brevemente, aspectos deste processo, ressaltando características da Reforma na Itália, tomada como referencial a partir da ótica de Franco Basaglia, para entender o processo no Brasil. O

percurso consiste em apresentar a evolução do movimento no País, destacando os aspectos clínicos, para estabelecer uma elaboração crítica sobre a noção de clínica ampliada.

O movimento foi, desde seu início, controverso. Os primeiros idealizadores acreditavam tanto ser necessário ocorrer uma modernização e humanização dos serviços existentes, quanta ser necessária uma ruptura radical com o sistema psiquiátrico (de pensamento e de tratamento). A principal inflexão foi durante o período de revolução político-cultural de 1968. Este foi um momento por reivindicações sociais, cujas bases filosóficas estavam presentes em diferentes ambientes sociais. A área de atenção à saúde se beneficiou desse momento e, embora no Brasil não houvesse ressonância organizada nesta área, pelo mundo já existiam experiências capazes de influenciar o rumo da atenção à saúde, especificamente à saúde mental. Exemplos disso são as experiências de comunidades terapêuticas e as primeiras experiências italianas, idealizadas e coordenadas por Franco Basaglia.

Duas experiências se destacam, na trajetória de Basaglia, por demonstrarem dois momentos de seu pensamento e, conseqüentemente, por contribuírem amplamente para a idealização e a realização de outras experiências de reforma, pelo mundo.

Em *A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: Mortificação e liberdade do “espaço fechado”* (1965), Basaglia descreve o hospital e as relações entre profissionais e indivíduos, como institucionalizantes. Aponta para o início de uma mudança, o momento de liberdade dos internados, quando retornam a condição de seres humanos, acima da condição de doentes. Essa mudança, para o autor, retrata a pessoa e não apenas a doença, resgatando a *“posse de si mesmo”* (p. 27). Este resgate supera o projeto asilar, muitas vezes irreversível, *“um processo de diminuição e de restrição de si mesmo”* (p. 25). As conseqüências daquelas mudanças ocorrem nas relações e no

tratamento, haja vista ser demandada do profissional uma nova postura e um compromisso de acordo com a mesma. Esta é a experiência realizada, por Basaglia, em Gorizia, uma tentativa de implantar uma comunidade terapêutica. Ocorreu em um contexto da Reforma tido como humanização dos hospitais, isto é, os serviços precisavam ser modernizados e humanizados, superando, por ora, o aspecto da psiquiatria como ideologia dominante.

Em 1977, Basaglia escreveu algumas reflexões sobre sua experiência em Trieste, em andamento há alguns anos, demonstrando que a experiência de Gorizia fora fundamental, embora limitada pelo risco de uma institucionalização branda. Desta forma, o objetivo comum dele, e daqueles que o acompanhavam em Trieste, era radical – “a destruição da lógica manicomial” (p. 239) – acrescentando a eliminação do manicômio em si. Franco Basaglia apontou os novos conhecimentos surgidos como fruto da prática em construção; as inúmeras possibilidades de intervenção, a partir daquele objetivo em comum; a dificuldade de sistematizar e comunicar a experiência, uma vez que esta se tornara uma diversidade de histórias e percursos dos diversos sujeitos envolvidos; a relação entre saber e poder, um binômio a ser decomposto para superar a contradição tratamento-custódia; as dificuldades iniciais de se implementar uma lógica e um serviço diferentes, haja vista o aparato burocrático responsável pela manutenção ser uma organização inalterada e vinculada a lógica tradicional, manicomial.

Essas contradições foram, para Basaglia e sua equipe, verdadeiras condições de se produzir uma substancial mudança. “O objetivo prioritário dos primeiros atos da transformação institucional tornou-se, assim, a reconstrução da pessoa e da sua identidade social” (p. 248). Os novos serviços, neste sentido, estavam presentes na sociedade e abrangiam *o cidadão*, não o doente, e suas relações sociais. Esses serviços permitiram modificar o processo e influenciar o aparato burocrático, tornando uma reestruturação

administrativa em um processo político. Ademais, permitiram a modificação de status não só do doente, como dos profissionais e de suas intervenções, construídas ao longo do processo, para “buscar respostas que partissem não mais do nível do próprio saber-poder institucional, mas da própria totalidade de sujeito político, de ser social” (Basaglia, 1977, p. 250).

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem, em seu histórico, um esforço pela construção de alternativas ao modelo hospitalocêntrico (Pacheco, 2005; Tenório, 2002; França, 2001). Os profissionais ativistas deste movimento buscaram, e buscam, a efetivação destas alternativas e a regulamentação pela via legislativa estatal. Os objetivos são a promoção da saúde mental dos indivíduos, a partir de um tratamento humanizador que garanta seus direitos civis. O movimento se configura como uma iniciativa de transformação da realidade pela via social. A experiência basagliana foi a mais importante, no Brasil, para motivar e nortear a construção de novas práticas e saberes.

Amarante (1997) e Tenório (2002) resgatam esse processo de construção do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Em seus respectivos trabalhos, os dois autores traçam o percurso, analisando os mesmos pontos importantes, embora utilizem focos diferentes. Neste sentido, apresentam-nos as experiências influentes para o decorrido no Brasil; o início do movimento com a mobilização dos trabalhadores de saúde mental; as primeiras iniciativas de serviços substitutivos pelo país; as propostas e as realizações de revisões legislativas; as diferenças e os avanços obtidos em cada década; o caráter permanente do movimento de crítica, revisão e construção de novas práticas e saberes.

Em relação aos diferentes focos adotados pelos autores, em suas análises, essa divergência diz respeito ao período em que cada trabalho foi produzido. Amarante (1997) aponta sempre para a construção política do processo (as reuniões, as conferências, a

relação entre Estado e o movimento). Destaca o desenvolvimento conceitual e a compreensão deste como pontos importantes para prosseguir em função de uma nova lógica assistencial, para manter e avançar com a crítica, a revisão e a construção de novos “aparatos jurídicos, conceituais e sócio-culturais que se edificaram sobre a noção de doença mental” (Amarante, 1997, p. 180). Seu esforço coincide com um momento em que ainda tramitava, no Congresso Nacional, uma proposta de lei para regulamentar os pontos bem sucedidos do movimento e coibir a permanência da lógica e da estrutura manicomial, hospitalocêntrica.

Tenório (2002), por sua vez, elabora o resgate do mesmo processo histórico, após a aprovação da Lei 10.216, a Lei de Saúde Mental, em um período de forte crença que essa lei se tornaria “um dispositivo efetivo de transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no país” (p. 52). Por isso, o autor, mesmo quando examina a cronologia e a finalidade daquelas reuniões, seminários e conferências, aquela relação entre Estado e movimento; com o mesmo objetivo de manter e avançar com a crítica, a revisão e a construção destes novos aparatos; ele pode destacar o caráter clínico-assistencial do movimento. Neste sentido, Fernando Tenório aponta para a permanente crítica, revisão e construção de um novo aparato clínico que “para além de ser um manejo dos sintomas da doença, seja um suporte existencial eficaz” (p. 56).

O tratamento do doente mental foi, ao longo do tempo, a tutela, a separação, a institucionalização do desviante, do não-normal. Exigia-se, então, de quem tratava, o manejo para a reintegração, a volta a normalidade; ou o manejo para preservar a segregação, haja vista o paciente ser tido como irrecuperável, na maioria das vezes. “O tratamento do doente mental deveria tender à reconquista de uma liberdade perdida, de uma individualidade subjugada” (Basaglia, 1966, p. 49). A consequência, no entanto, não é

trocar seis por meia dúzia, isto é, não é perpetuar a normatização; nem aludir a loucura de cada ser humano como norma; trata-se de uma outra via, ou outras vias, de convivência.

A clínica pode facilmente repetir a institucionalização, mesmo quando para além dos muros de um manicômio. Ela pode ser produtora de exclusão. Ademais, importante ressaltar a armadilha da clínica, quando ela se propõe a ser promotora da exclusão, da tutela, da segregação. Neste sentido, a reforma psiquiátrica pode vir a ser uma mera desospitalização, quando o objetivo básico, original é de desinstitucionalização. Este objetivo, quando implementado, ou quando em processo de construção, leva ao cuidado (superação da tutela, uma vez que cuidado associa-se a afeto e aquela a apenas uma responsabilidade contratualmente delegada).

Sobre a Reforma Psiquiátrica e a clínica, Amarante (2003) discute o lugar desta, dentro daquele processo. O autor reafirma como principal diretriz a desinstitucionalização e sendo a compreensão de base, portanto o principal objetivo, a desconstrução da lógica e da instituição manicomial. Para ele, o movimento da Reforma é “um processo social complexo” (p. 49), cuja efetivação ocorre em virtude de quatro dimensões a serem consideradas: a) o campo epistemológico, ou teórico-conceitual, um “conjunto de questões que se situam no campo da produção dos saberes, que dizem respeito à produção de conhecimentos, que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico” (p. 49); b) a dimensão técnico-assistencial, cujo objetivo é construir novos e inovadores modelos de assistência, superando o caráter de exclusão e o manicômio como “o lugar ideal para o exercício do tratamento moral, da reeducação pedagógica, da vigilância e da disciplina” (p. 52); c) o campo jurídico-político, importante para “redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais” (p. 53), e d) a dimensão sociocultural, a

fim de reformular o lugar social da locura, transformando a concepção desta e sua relação com a sociedade.

A partir dessas análises, é possível localizar a clínica como o contexto e o foco da reforma. Desde seu início, a reforma acontece a partir da, para a e na clínica. Trata-se de uma constante crítica ao modo de assistência à saúde mental que produz as revisões e as construções de novos dispositivos. A multidisciplinaridade, sempre presente, contribui com diferentes paradigmas para o estabelecimento da clínica ampliada, como ficou conhecida.

O movimento procura estabelecer os parâmetros desta nova clínica, a partir de conceitos como “território” (Ministério da Saúde, 2005; Tenório, 2002). Importantes trabalhos demonstram a complexidade desta clínica ampliada, ao criticar os fundamentos tradicionais e propor novos parâmetros para a realização da clínica (Lancetti, 2006; Lobosque, 2003). Estas elaborações privilegiam a idéia de algo a ser feito com o sujeito em crise e com a sua família, além de apontar algo a ser feito pela, com a e na sociedade. São trabalhos em que observamos a experiência de vida dar voz às pessoas em sofrimento, acentuando o aspecto humanitário, político-ideológico de uma nova maneira de compreender e trabalhar com a loucura.

Construir esta clínica, no entanto, esbarra na diversa, e por isso, complexa atenção ao sofrimento psíquico, ao longo dos anos, particularmente ao que se convencionou chamar de esquizofrenia.

### **Intervenção Precoce e o Sofrimento Psíquico Grave**

Os estudos sobre esquizofrenia apontam para uma recorrência do transtorno na população mundial na ordem de 1% (Chen, 1999; Frangou & Byrne, 2000; Mari & Leitão,

2000). Estes estudos apontam, por outro lado, à dificuldade de análise de resultados, haja vista as mudanças nos critérios diagnósticos (Harrow, Carone & Westermeyer, 1985; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2000)

O tratamento tradicional da esquizofrenia baseia-se na farmacologia e no acompanhamento sistemático da cronicidade do quadro, para prevenção de recaídas (Shirakawa, 2000). Em sua maioria, os estudos apontam a psicoterapia como uma das ferramentas para o acompanhamento dos casos de esquizofrenia. Zanini (2000) traça um panorama em que a psicoterapia torna-se uma ferramenta cada vez mais aceita, por aumentar a resposta aos tratamentos farmacológicos e em promover a recuperação dos pacientes. Este potencial promove também a possibilidade de uma intervenção precoce, uma vez que intervenções psicológicas apropriadas podem facilitar a focalização em fatores positivos durante a recuperação e o desenvolvimento de recursos para lidar com fatores negativos.

Os primeiros episódios de esquizofrenia podem esclarecer a cronicidade do quadro, talvez porque nesse período a manifestação psicótica ocorra sem tratamento apropriado (Johannessen, Glashan, Larsen, Horneland, Joa, Mardal, Kvebaek, Friis, Melle, Opjordmoen, Simonsen, Ulrik & Vaglum, 2001). Em um artigo de revisão, Keshavan e Schoeler (1992) apontam conclusões de que os estudos sobre primeira crise do tipo psicótica demonstram uma grande variedade de resultados, haja vista as diferentes definições e critérios utilizados em pesquisa. Por isso, apontam também, a tendência em explorar a experiência do indivíduo para avanços na compreensão da crise.

A primeira crise do tipo psicótica ocorre em adolescentes e jovens adultos (Frangou e Byrne, 2000). Na intenção de determinar se a intervenção precoce pode alterar o curso do distúrbio, programas têm sido desenvolvidos internacionalmente. A intervenção precoce



nas psicoses constitui-se como possibilidade de um tratamento, cuja importância consiste em uma intervenção em um estágio preliminar do sofrimento psíquico. Isto é,

Precoce quer dizer tão logo quanto possível, segundo o início dos sintomas psicóticos. Intervenção se refere à amplitude, intensidade, especificidade e individualização do tratamento, podendo ajudar a evitar a deterioração biológica, social e psicológica nos primeiros anos que se seguem ao início da psicose (Birchwood, 1992 em Carvalho, 2006).

McGorry e Edwards (2002) sistematizam didaticamente sobre a intervenção precoce nas psicoses, de modo a abarcar a definição do problema, os procedimentos de avaliação e tratamento, as formas de intervenção. Ademais, apontam os benefícios de uma intervenção precoce e os prejuízos de um tratamento iniciado tardiamente. Destacam, pela dificuldade em se delimitar o início de uma crise, a necessidade de se trabalhar com a noção de primeiro episódio.

O primeiro episódio pode ser dividido em três fases: a) a pré-psicótica ou prodromática; b) a fase aguda, quando surgem sintomas psicóticos; c) a fase de recuperação. Para cada uma destas fases é possível estabelecer estratégias preventivas apropriadas e integradas a intervenções biopsicossociais (p. 16). A primeira fase é polêmica, pois trata-se de sinais, principalmente de alteração de comportamento, presentes em outros transtornos. Diverge-se sobre o subsequente desenvolvimento, ou não, de psicose após o surgimento dos pródromos (Carvalho, 2006).

São benefícios da intervenção precoce, segundo McGorry e Edwards (2002, p. 15) uma menor incapacidade a médio prazo, menor risco de suicídio, menor prejuízo do desenvolvimento do indivíduo, menores doses da medicação antipsicótica necessária, menor necessidade de internação, entre outros. As consequências de um início de tratamento tardio, por outro lado, são recuperação mais lenta, um pior prognóstico, risco

maior de depressão e suicídio, maior interferência no desenvolvimento psicológico e social, entre outros (McGorry & Edwards, 2002, p. 14). O tratamento, para potencializar os benefícios e diminuir as conseqüências, consiste em terapias medicamentosas, cognitivo-comportamentais, psicoeducacionais para garantir a adesão ao tratamento e a adaptação da família ao indivíduo em sofrimento.

Os serviços substitutivos implantados no Brasil reproduzem alguns dos aspectos apontados acima. Divergem, no entanto, quanto à clientela, uma vez que o estigma no país é forte, o tratamento tradicional é recorrente, sendo predominante o atendimento às pessoas com anos de internação. Divergem também quanto à ampla oferta de intervenções, não só medicamentosas, nem para adesão a este tratamento, constituindo-se em serviços com equipes multidisciplinares. A distinção específica diz respeito à influência da Psicanálise na formação dos profissionais brasileiros da área de Saúde Mental e os desafios de clarear as contribuições psicanalíticas à clínica ampliada. Desta forma, estas contribuições acerca do cuidado e da responsabilidade, para um trabalho em equipe, demonstram toda a complexidade da atenção às situações de crise (Bezerra, 2004; Elia, 2004; Figueiredo, 2005; Nicácio & Campos, 2004).

Destaco a relevância dada à pessoa do profissional na realidade brasileira. O atendimento a pacientes em crise, especificamente crises psicóticas, é desgastante, demanda um envolvimento por parte do profissional, até o paradoxal limite fusional. São cada vez mais presentes diferentes compreensões sobre a situação de crise e o que é necessário para a intervenção, incluindo a pessoa do profissional - suas habilidades, sua disponibilidade física e emocional (Cassorla, 1999; Sterian, 2001). Retornarei a este ponto, adiante.

Uma mudança sobre a pessoa do analista e sua participação no processo terapêutico ocorreu também pela Psicanálise. Neste sentido, a postura passa a ser de um analista não-

intérprete (Tafari, 2003), cujo objetivo é o cuidado com a e na relação analítica com pessoas em sofrimento psíquico grave, presente desde a clínica com crianças vivenciando este tipo de sofrimento (Januário, 2008). O atendimento familiar também contribuiu para modificar a compreensão sobre a constituição deste sofrimento, a evolução, o aspecto sistêmico e os diversos significados e sentidos desta experiência (Palazzoli & cols., 1988).

Costa (2003) estabeleceu uma diferente compreensão acerca do sofrimento psíquico grave, após uma detalhada crítica filosófica ao conceito de esquizofrenia. Concluiu sobre a inadequação deste conceito para nomear uma experiência psíquica, em razão de sua heterogeneidade quanto às definições e os parâmetros para diagnóstico. Contribuiu também para esta conclusão, o atendimento a famílias em situações de crise, por meio dos quais se observou o aspecto relacional e comunicativo de uma crise do tipo psicótica.

Está presente no trabalho de Costa (2003, 2007), e neste, uma influência do paradigma da Reforma, da potencialidade da Intervenção Precoce em Psicoses e da clínica winnicottiana. Desta clínica, entende-se o sofrimento como inerente ao desenvolvimento emocional e, por isso, comum a todos nós (Winnicott, 1945). Este sofrimento psíquico grave diz respeito a uma impossibilidade de o indivíduo sentir-se real, a uma dissociação do viver. Está presente no processo de regressão à dependência, reconhecido como *ansiedades psicóticas*, nas vivências do analisando e do analista deste processo (Little, 1990). Costa (2007) adota, portanto, a expressão *sofrimento psíquico grave*, entendendo-a

como um construto que nos dá liberdade para falar de crises intensas de cunho ‘normal’ ou ‘psicótico’ com a mesma consideração essencial, ou seja, a de que é um sofrimento humano, natural, com peculiaridades e contextos próprios, que pode ser manifesto em indivíduos ou relações. Fala, portanto, de um fenômeno existencial essencialmente humano: a angústia (p. 115).

Costa instituiu e desenvolve um trabalho com o Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas, de acordo com os pressupostos acima descritos. Este é grupo multidisciplinar, que visa

questionar conceitos, práticas e pressupostos da área; resgatar o sentido da saúde, mesmo diante da doença; integrar diferentes experiências e saberes; ter a família como foco central do atendimento; prestar um serviço interdisciplinar integrado, do indivíduo à comunidade; integrar estudo, pesquisa e atendimento, visando a mudança de posturas; contribuir para a conscientização social sobre o tema; construir um modelo brasileiro de atendimento de primeira crise; prevenir recaídas; reabilitar o paciente, respeitando sua capacidade individual por meio de um planejamento de tratamento personalizado; contribuir para a eliminação do estigma da doença dita mental (...); conscientizar e envolver a família e a rede relacional no e para o tratamento; evitar internações e/ou longas hospitalizações; promover a saúde possível em cada sistema (individual, familiar ou social) particular (Costa, 2007, p. 122)

Foi no contexto deste grupo que se desenvolveu este trabalho, principalmente em função das supervisões clínicas. Neste sentido, para a nossa clínica, a intervenção precoce se refere

a ações terapêuticas (medicamentosas, psicológicas e relacionais) imediatas, em primeiras crises do sofrimento psíquico grave, utilizadas o mais cedo possível, com o objetivo de diminuir os efeitos deletérios dos fatores processuais condicionantes, particularmente nos casos em que se detectam sinais ou sintomas de altos níveis de angústia, sejam eles de estrutura neurótica ou psicótica (p. 117).

Esta prática clínica constata, no entanto, que falta às práticas de intervenção precoce, em geral, uma compreensão ampla e sistematizada acerca da importância da pessoa do profissional, como influência e influenciada por este processo. Estas constituem uma clínica ampliada, na qual a contratransferência, por exemplo, é uma técnica a ser manejada, diante de uma situação específica, muitas vezes remetendo-se a visão clássica da questão. A clínica contemporânea de atendimento a indivíduos em sofrimento psíquico

grave, principalmente aquelas cujo referencial é winnicottiano, pressupõe a contratransferência como essencial ao psicólogo/analista para estar na relação, da mesma forma que a transferência é, para o paciente, sua maneira de estar na relação terapêutica. Por isso se justifica recorrer às elaborações presentes sobre a clínica, não necessariamente pertencentes ao movimento da Reforma Psiquiátrica, mas consoantes a esta.

### **Uma clínica diferenciada**

Safra (2004, 2005, 2006) organiza e amplia a clínica winnicottiana, a ponto de serem possíveis aproximações à clínica ampliada da Reforma Psiquiátrica, apontando, inclusive, para uma sistematização desta. Há um percurso teórico-clínico sobre a constituição e o desenvolvimento do indivíduo, passando pelas experiências de sofrimento deste, até as considerações sobre o cuidado clínico que possibilita esclarecer o papel, ou papéis, do psicólogo/analista. Neste percurso, Safra nos apresenta aquilo que para ele constitui o indivíduo, experiências estéticas; a dinâmica destas experiências, constituindo a saúde e a doença de uma pessoa; as implicações clínicas destas experiências. Ademais, é destacado um importante aspecto: as experiências estéticas constituem e são constituídas pelo ser humano, em função de seu espaço, de seu tempo (histórico, cultural), de suas relações. Por isto, o *gesto* e o *idioma pessoal*, do analisando e do analista, são importantes para a e na condução de uma relação terapêutica. Será dado foco a esta importância por sua correspondência com os objetivos propostos.

Safra (2005) parte da compreensão de Winnicott sobre os fenômenos transicionais, sobre a primeira experiência de posse não-eu. É um período no qual, segundo Safra, a capacidade da criança de usar símbolos se iniciará. Esta capacidade refere-se à utilização de

símbolos compartilhados e à capacidade de usá-los de modo pessoal. São, portanto, símbolos que veiculam “uma experiência, uma vivência” (Safra, 2005, p. 23). Os símbolos são, de acordo com este autor, orgânico-estéticos, porque são “o sentir, o ser, o existir” (p. 27). Conforme defende, estes símbolos, então, apresentam uma experiência. O autor destaca, dentre inúmeros símbolos, aqueles que veiculam o *self* e os denomina *símbolos de self*. Estes têm relevância para a clínica e, por isso,

A perspectiva de trabalho oferecida por este vértice dependerá da capacidade do analista de mover-se na dimensão dos fenômenos transicionais e de compreender os símbolos de *self* utilizados pelo paciente (p. 29)

A compreensão do *self* que se organiza esteticamente, conforme o autor, leva-nos a perceber a organização do paciente acerca do *setting* – o tempo, o espaço, o movimento de seu corpo. Esta organização do *self*, por outro lado, refere-se à própria organização da pessoa do analista/psicólogo, uma vez ser humano. É esta experiência orgânica-estética em diálogo com a experiência do paciente, ou seja, “fenômenos chamados de intuição, empatia, identificação projetiva acontecem na dimensão estética” (p. 52). A contratransferência, portanto, acontece – se apresenta e compreende – na dimensão estética.

Safra aborda a experiência temporal e demonstra a influência desta para a constituição do indivíduo e de suas relações. Esta experiência possibilita a interação com um outro, ora presente, ora ausente; possibilita uma experiência contínua de algo vivido, de algo vivo e de algo vir a ser em um encontro com o outro. Estes sentidos de temporalidade ocorrem, no entanto, se *o tempo subjetivo* se estabeleceu. Isto por que

Pessoas que não puderam constituir o tempo subjetivo sofreram um desencontro precoce entre seu ritmo e a maneira como o mundo se organizou. Estabelece-se uma fratura de não ser em seu *self*, que acarretará um prejuízo na função de realização, na criação da realidade. Trata-se de um ponto focal para o estabelecimento de um conflito com a realidade, o que tem sido chamado na literatura

psicanalítica de núcleo psicótico. Pacientes com este tipo de problemática necessitam poder organizar o processo psicanalítico segundo seu ritmo pessoal (Safra, 2005, p. 62).

O encontro entre o bebê e sua mãe estabelece o tempo subjetivo, ao mesmo tempo em que é a condição, ainda de acordo com o autor, para uma organização espacial. O bebê experiencia o corpo da mãe como extensão do seu. No momento em que ele inicia a diferenciação do eu e não-eu, cria-se o espaço potencial, um fenômeno transicional, onde o bebê pode brincar de criar o mundo, separadamente da mãe, ao mesmo tempo em que é um espaço suficientemente seguro e protetor, pela presença ilusória da mãe (pp. 83-4). É a experiência de holding no *setting*, conforme Winnicott; é a experiência da mãe/analista como *setting*, através do holding, de acordo com Winnicott; é a experiência da contratransferência como ambiente suficientemente bom. Este espaço possibilita o gesto, a ação e, assim, “cria a mãe, o *self*, o gesto e o mundo do bebê” (p. 98).

Diante disto tudo, a linguagem, para Safra, será mais um dentre tantos gestos possíveis ao paciente. Este autor aponta o que é apresentado, então, pela linguagem, o *ideograma* do *self* do paciente, utilizando esta palavra

para falar do idioma do *self*, que é linguagem discursiva e ao mesmo tempo imagem de corpo (...) A fala do indivíduo nestas condições nomeia suas experiências no tempo e no espaço, ao mesmo tempo em que, por seu caráter ideogramático, apresenta em historicidade o estilo pelo qual ele se situa no tempo e no espaço do mundo. É uma fala que revela seu percurso pela vida e sua origem étnica, com seus encontros e desencontros: é a apresentação de seu estilo de ser. E mais, falar torna-se uma maneira especializada do brincar. (...) temos de ter uma escuta que não só acompanha o aspecto discursivo, mas também o que se apresenta esteticamente na fala do paciente (...) a questão não é mais a análise do discurso, mas sim o sustentar da função poético-constitutiva (pp. 122-23).

Sustentar esta função torna-se a questão da clínica contemporânea, isto é, torna-se uma questão a respeito da pessoa do analista e sua ação. O sofrimento refere-se a algo para

além do psíquico, é constitutivo, existencial; a ação, o *holding*, posiciona o profissional em outro registro, para ser possível uma escuta do que é apresentado. A função poética-constitutiva é o acontecer humano no mundo, uma possibilidade ética, de encontrar morada, conforme Safra (2004). Esta questão é esclarecida no trabalho de Safra pelo uso, detalhado, da concepção russa de *Sobórnost*<sup>1</sup>.

A linguagem aparece poeticamente, segundo Safra, por possibilitar o acontecer humano, o estabelecimento da condição humana. A linguagem gera o homem, por ser um fluxo transgeracional e é um gesto transgeracional do homem, gerando possibilidade de existência. Desta forma, a linguagem é poética, superando seu estado objetificado pelas ciências, restabelecendo o *ethos* humano, preservando o não-dito deste. Por isso,

Como perspectiva ética, a poesia assinala um lugar em que, ao se estar frente ao outro, frente às coisas, frente à cultura, apoiamos um pé na revelação e outro no não-saber. O não-saber é condição ética. Questão importante na clínica contemporânea, pois nela é fundamental estar-se posicionado no não-saber para que a revelação da singularidade do analisando possa aparecer (p. 46).

A posição do não-saber contém a postura do analista não-intérprete, como Tafuri (2003) assinalou. Denota uma posição do analista, em função do seu devir. Este também acontece em comunidade e como comunidade. Seu *ethos* humano é um fluxo e um gesto transgeracional. Esta postura é necessária diante do adoecimento humano que, de acordo com Safra, é uma perda da condição de *Sobórnost*. A implicação na relação analítica é de um lugar compartilhado pelo analisando e pelo analista, isto é,

---

<sup>1</sup> “ *Sobórnost* (unidade, conciliar, comunitário) é uma noção fundamental no pensamento russo (...) a verdade do ser só acontece na consciência vista como acontecimento comunitário (...) abole a concepção de indivíduo, como nós a conhecemos, (...) o sentido de si é um fenômeno ontológico comunitário, isto é, acontece em meio à comunidade *como* comunidade. Evento transgeracional, vindo da história em direção ao futuro. A verdade de si mesmo acontece e se revela somente pelo reflexo do rosto do outro. Em nossa maneira habitual de pensar, o ser é constituído antes da comunidade. *Sobórnost* assinala-nos que o ser é comunidade! (...) O Outro é *Sobórnost!*” (Safra, 2004, pp.41-43).



o analista está presente frente ao seu analisando não só como um outro subjetivo, mas como Outro: como os ancestrais, como os descendentes, como a humanidade, como representante da cultura, como aquele que sustenta a criatividade, como o incognoscível. O analista, assim posicionado, é o devir do si mesmo do paciente e o Outro, simultaneamente (Safra, 2004, p. 50).

A relação terapêutica é refundada, então. A condição humana se apresenta tanto pelo analisando, quanto pelo analista. É uma condição criativa, gera uma história a partir de uma história. Há uma comunicação tradicional e original, paradoxal, portanto. Esta comunicação ocorre pelo encontro, e apenas no encontro com o Outro; é, ao mesmo tempo, singular, à maneira do paciente. Trata-se de um gesto transcendente, um sentido de si mesmo para além do indivíduo.

O gesto, na clínica, apresenta o sofrimento. Isto consiste em apresentar questões fundamentais à existência do indivíduo e que não encontraram lugar para serem postas em devir. Para o autor, o analista oferta este lugar e é este lugar. A “situação transferencial ocorre, em registro ontológico, em *comunidade de destino*” (p. 69). Demanda-se da intervenção clínica do analista o reconhecimento de diferentes níveis de experiência. Este reconhecimento é acolhimento e compreensão do gesto do paciente, de seu acontecimento.

Este acontecimento de ser humano é ontológico e se coloca em destino. Para Safra, a maneira como o indivíduo coloca em devir uma questão fundamental de sua existência é o *idioma pessoal*. O idioma apresenta a questão, ao mesmo tempo em que busca para ela um destino, um lugar. O analista, por outro lado, com seu idioma pessoal, na clínica, precisa se dispor a acompanhar, em comunidade de destino, o idioma do paciente. Este diálogo possibilita o porvir, o destino a um lugar e um lugar de destino. Reposicionar a existência em devir permite, terapêuticamente, a construção deste lugar, deste destino, deste percurso.

O encontro clínico constitui a relação terapêutica e consiste na dinâmica transferencial e contratransferencial. Se pela transferência, o analisando se apresenta, o analista assim o faz pela contratransferência. A implicação clínica é um manejo, cujo objetivo é o cuidado com o sofrimento e o cuidado em acompanhar o indivíduo. Trata-se de uma ética clínica. De acordo com Safra, são aspectos da intervenção clínica: estar com o paciente, o momento em que se formula a questão originária, o estilo de ser apresentado pela linguagem e reapresentado pelo analista, a experiência temporal (de início e fim das sessões, de ritmo e profundidade das intervenções do analista) que auxilia o paciente a lidar com a angústia, a compreensão do cotidiano como continuidade do processo (onde algo se dá e está para além do acontecido) e o acolhimento da dimensão da historicidade do indivíduo (singularização de uma história familiar e comunitária).

Um indivíduo tentará responder sua questão fundamental, de acordo com sua maneira de ser, movendo-se entre o que esta questão apresenta como fundamento de si mesmo e os acontecimentos de sua vida. Este devir é possibilidade de compreensão. Esta compreensão é originária, anterior a formação psíquica e consiste em uma abertura para o ser, pelo questionamento contínuo e pela busca de sentidos. Trata-se da possibilidade do indivíduo questionar e compreender o mundo e concientizar-se sobre a experiência do sofrimento (Safra, 2006).

A experiência de sofrimento é apresentada, muitas vezes, esteticamente, a procura do restabelecimento do *ethos* humano, segundo o autor. O porvir possibilita um conhecimento original, a partir da tradição, isto é,

O sofrimento decorrente da biografia de uma pessoa lhe revela os aspectos fundamentais, ontológicos, de sua condição humana. *O sofrimento é a esperança!* A apropriação desse saber, proporcionada pelo encontro com o Outro, lhe permite que o seu

gesto re-posicione as questões fundamentais sobre o destino humano, recriando o sentido de sua existência (Safra, 2006, p. 30).

A recriação do sentido existencial é o registro simbólico de um indivíduo. Para Safra, os símbolos têm três modalidades, representativa, apresentativa e icônica. A modalidade representativa é da ordem do discurso e da decodificação do discurso. É uma modalidade tradicionalmente elaborada, especialmente na Psicanálise. A contribuição do trabalho dele diz respeito aos símbolos apresentativos e icônicos e o manejo clínico destes.

Os símbolos apresentativos, para o autor, possuem uma característica orgânica. Esta corporeidade dos símbolos manifesta-se na relação terapêutica, em uma organização do *setting* de acordo com o mover-se do paciente e do analista, afetado em sua corporeidade pelo movimento do analisando. Desta forma,

Se o analista puder acompanhar, com sua sensibilidade, o que está sendo posto pelo analisando, há um determinado momento nesse fenômeno em que se explicita: questões e angústias que não foram ditas, mas que ganham visibilidade pelo modo como foi composta, plasticamente, a situação clínica (pp. 47-8).

A postura do analista, por outro lado, pode interferir na comunicação, de acordo com o mesmo autor. Diante de uma dissociação mente-corpo, o analista pode perder a organização plástica ocorrida durante a sessão. O analista pode objetificar o analisando, perdendo a comunicação subjetiva deste e a possibilidade de se comunicar desta forma. Estes elementos que interferem na comunicação, expostos por Safra, são, em minha opinião, manifestações contratransferenciais decorrentes de um manejo inadequado da contratransferência em si.

Os símbolos icônicos, para ele, seguem a lógica dos ícones russos, representam algo, apresentam e são presença para além do que se representa e se apresenta. Na clínica, aparece como o inédito e é uma experiência surpreendente para analisando e analista. A

qualidade icônica do sofrimento de uma pessoa “revela a condição humana, desvela o registro ontológica dessa condição” (Safra, 2006, p. 57). As três modalidades simbólicas referem-se ao lugar do indivíduo frente às questões pessoais e à sua existência.

Este lugar é sustentado pelo encontro com o Outro e permite a experiência de continuidade de si. Esta experiência é composta pela condição originária e pelo destino, o porvir; pelo vivido e não-vivo; pelo significado e pelo sentido, segundo Safra (p. 123). Do ponto de vista clínico, é fundamental reconhecer o modo de ser de um indivíduo, pois este apresentará a questão originária e constituirá, singularmente, a sua história. Acompanhar este processo é auxiliar o ser a se apropriar de seu lugar na história.

A comunicação do analisando, segundo o autor, afeta o analista nos registros afetivo, empático, estético e discursivo (pp. 135-6). O analista, por sua vez, responderá nestes registros, a partir de sua questão pessoal. Para este não se perder em sua sensibilidade apenas, deve mover-se no espaço transicional, para pode colocar em devir aquela comunicação. Este movimento do analista, no eixo transicional possibilita o acolhimento da singularidade do indivíduo. De acordo com ele, as perspectivas na prática clínica que possibilitem a acolhida são a intencionalidade da comunicação, a comunicação significativa, a coerência do sentido, o fenômeno da conclusibilidade e a composição da sessão (pp. 138-40).

Safra aponta mais alguns modos de compreensão de uma sessão, a saber, o conteúdo temático, imagens, o estilo estético, a composição da fala e o interlocutor do analisando (pp. 149-50). Destaco a ressalva feita por ele acerca de todas estas compreensões só terem sentidos se o trabalho clínico for de fato um acompanhar o indivíduo, até que este se aproprie de sua questão e a destine.

O trabalho clínico tem, então, para este autor, duas respostas fundamentais, correspondentes às necessidades fundamentais do ser humano, estética e ética. Consistem em um manejo contratransferencial, em minha opinião, por possibilitarem

corroborar ontologicamente o outro, pois no registro ético a resposta à presença da pessoa veicula esteticamente o reconhecimento, o consolo, a ajuda, a reflexão, o testemunho, a dignidade. O analista, por esse meio, oferece ao analisando o que conseguiu elaborar em si mesmo sobre a situação que ele trouxe. O analista, nesta perspectiva, oferta a resposta estética e ética ao que o analisando vive. Paradoxalmente, ele (o analista) está ofertando a si mesmo como morada do Outro: *comunidade de destino* (Safran, 2006, p. 157).

O manejo contratransferencial consiste, então, em uma resposta do profissional ao indivíduo, tendo como base aspectos diversos da condição humana, uma condição compartilhada por ambos, e por eles, tornada singular.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo é uma manifestação contratransferencial. Trata-se de um percurso, cujo início, um encontro, no âmbito clínico, desvelou a condição necessária para o cuidado com o sofrimento psíquico grave, com a condição humana. O percurso foi inicialmente relatado livremente, para demonstrar o contexto em que ocorreu. Desta forma, se fizeram presentes referências aos âmbitos de processos psicoterápicos realizados, de supervisão clínica e de análise pessoal, denotando claramente a base psicanalítica de construção e desenvolvimento da questão central deste trabalho.

Um sonho sobre a condição humana, quando analisado, foi o ponto de partida para a investigação proposta. É necessário o relato, neste ponto, de um outro sonho, cuja análise contribuiu para a organização geral deste trabalho. Uma breve contextualização do momento em que ocorreu o sonho acompanha o relato deste, a saber:

“Estava em um momento de minha análise questionando minha postura profissional, especificamente minha contratransferência. Não me sentia autorizado a realizar uma investigação psicanalítica, priorizando esta questão ao longo do texto. Por outro lado, passei a me dar conta de que reproduziria um tecnicismo que me propunha criticar, se apenas apontasse o manejo da contratransferência, e priorizasse outras questões. Minha analista fez determinada pontuação a respeito de meus critérios para priorizar as coisas em minha vida. Na noite seguinte, sonhei que aprendia a fazer um bolo de cenoura com cobertura de chocolate. Ao despertar, surpreendi-me por tratar-se do bolo que mais gosto. Imediatamente, passei a escrever sobre contratransferência”.

Tendo em vista a adequação de algumas associações, refiro-me a elas por meio de uma questão: qual seria a massa trabalhada ao longo deste percurso e o que consistiria na cobertura de chocolate (cobertura entendida aqui tanto como algo a mais para acrescentar sabor a um prato, quanto algo sob a qual se pode realizar alguma coisa)? Uma associação

elucidativa foi pensar na apropriação deste percurso, diante e a partir destes questionamentos. Em seguida, ficou claro também a referência a a-própria-ação neste percurso.

Foi realizada, então, uma análise sobre três artigos de Freud, sendo que em dois deles há referências diretas ao conceito de contratransferência e no terceiro há uma série de orientações acerca da postura do analista. Apreendeu-se desta análise aquilo que ficou conhecido como visão clássica da contratransferência, ou seja, consiste em conteúdos inconscientes do profissional, eliciados pela e na relação terapêutica e indicavam a necessidade de análise pessoal, para não interferirem na condução do processo.

Nos textos freudianos, no entanto, evidenciaram-se, a partir desta visão clássica, pontos não trabalhados acerca da contratransferência. Estes pontos indicam a origem da condução de um processo psicoterapêutico, aquilo que é apresentado no discurso do paciente, conteúdos inconscientes a serem ressignificados na relação, por meio de insights e interpretações. Compreendeu-se, então, haver desde os textos de Freud recomendações ao analista, para acompanhar, pela escuta flutuante, a dinâmica do indivíduo, embora o objetivo se limitasse ao registro verbal e simbólico. A contratransferência analisada permitira este acompanhamento de forma neutra e objetiva, por parte do analista.

Esta compreensão sobre a contratransferência, presente em Freud, mas não trabalhada por ele, foi ampliada por outros estudiosos do tema. Neste ponto, seria possível a este trabalho demonstrar os diferentes desenvolvimentos do conceito de contratransferência. Esta possibilidade limitaria o trabalho ao campo psicanalítico, não sendo este um objetivo deste estudo. Por isso, optou-se por abordar duas revisões amplas sobre o desenvolvimento do tema em questão, por apontarem este desenvolvimento para além do campo de investigação psicanalítica.

De León de Bernardi e Zaslavsky e Santos, neste sentido, demonstram a evolução conceitual, afirmando que refinamentos teóricos ocorreram a partir do conceito de contratransferência, ora agregando a este conceito, ora gerando conceitos que o continham. Constatou-se, por estas revisões, que, em sua maioria, a temática era considerada relevante nos atendimentos a indivíduos limítrofes – esquizóides, borderlines, psicóticos.

Os profissionais que lidavam com pessoas com tais características reformularam e ampliaram o método psicanalítico. O método tradicional visava trabalhar com as neuroses e baseava-se nos conflitos internalizados e oriundos do inconsciente. Com aqueles pacientes, no entanto, percebeu-se que se tratavam de situações não internalizadas e, por isso, para além de conflituosas, tornaram-se *realmente* ameaçadoras da existência. Diferentes experiências foram realizadas, tendo uma característica comum ao processo – a percepção e o manejo da contratransferência. Desta forma, transformam-se o método e o conhecimento psicanalíticos, tanto quanto o *setting*. Isto porque o espaço torna-se ambiente para relacionar não só com o objeto internalizado e ou projetado, mas com o objeto real, de fato.

Reafirma-se, desta forma, que a contratransferência tem sua origem inconsciente, de onde os conteúdos emergem em função da relação com o indivíduo. Esta emergência se presentifica no processo terapêutico pelas manifestações contratransferenciais, que podem prejudicar ou não este processo. O benefício ocorre, portanto, a partir do manejo destas manifestações, consistindo basicamente no manejo da contratransferência.

Percebeu-se, com a formulação dos problemas, novos aspectos característicos à prática clínica. Esta passou a ser uma experiência de encontro, quando a terapêutica transforma-se em um cuidado com o outro, em um ambiente diferenciado, porque a postura é diferenciada. Por este motivo, optou-se por um estudo de caso, a partir do qual buscou-se reflexões pontuais baseadas na obra de Winnicott.



A escolha por Winnicott baseou-se no fato do processo terapêutico de Clarisse referir-se à experiência mãe-bebê, entre Clarisse e sua mãe, e principalmente entre Clarisse e os filhos que teria. Neste sentido, o processo também demonstrava uma experiência interrompida, congelada no espaço e no tempo. Esta experiência de Clarisse foi recolocada em seu percurso, pelo encontro que ocorreu, para o qual foi fundamental o manejo de minha contratransferência.

Percebeu-se que a teoria winnicottiana poderia nomear e explicar o processo terapêutico de Clarisse, em geral. De acordo com Winnicott, compreendeu-se que foi preciso uma regressão à dependência, em um ambiente suficientemente bom, ou seja, por um *holding* necessário e ofertado em um momento adequado. A dinâmica de Clarisse, em geral, pode também ser compreendida a luz desta teoria. Para Winnicott, uma falha ambiental interrompe aquele desenvolvimento, levando a ansiedades do tipo psicóticas. Esta falha envolve uma organização egóica, o falso *self*, cujo objetivo é proteger o verdadeiro *self* das invasões do ambiente e que está presente em uma dinâmica saudável quanto em um adoecimento psíquico. Além de determinados aspectos do *setting* serem necessários para esta regressão ocorrer, é preciso que haja estabelecido o falso *self*. Este pode ter sido o percurso de Clarisse, até o momento de sua crise.

Este ambiente e esta maneira de cuidar de uma pessoa em sofrimento psíquico grave, presente na obra de Winnicott, permeia o movimento pela Reforma Psiquiátrica, desde as experiências basaglianas. Compreendeu-se que as elaborações de Franco Basaglia fariam um elo entre as propostas de Winnicott e aquilo que a Reforma pretende construir, uma clínica ampliada. Para finalizar esta articulação teórica, as idéias de Safra foram utilizadas para demonstrar de que forma se compreende a contratransferência, qual o manejo necessário e a que se destina este cuidado.

A expressão *sofrimento psíquico grave* está presente na obra de Winnicott (1945), em referência a um sofrimento inerente a existência humana, que pode ser intensamente vivido como *ansiedades psicóticas*, proporcional a falhas ambientais no desenvolvimento. Sua elaboração e adoção, segundo Costa (2003, 2007), visa explicitar, além disso, aspectos como a dinâmica de um indivíduo e de uma família em crise, a comunicação presente em uma crise e a possibilidade desta comunicação ser compreendida de forma diferenciada. É uma tentativa conceitual para referir-se a pessoas em primeiras crises do tipo psicóticas, mas que não procuram serviços por causa do estigma ou por acreditarem ser apenas um momento complicado na experiência de vida.

As pessoas que vivenciam o primeiro episódio do tipo psicótico não contam com um serviço especializado nesta intervenção precoce. Isto porque os serviços substitutivos no Brasil, embora em freqüente implantação, tornam-se um serviço intermediário entre o ambulatório, a emergência e a internação. Não substituem efetivamente os serviços tradicionais. Por isso, no país é inovador o trabalho junto aquelas pessoas. Neste sentido, a referência ao contexto em que se desenvolveu este estudo, ou seja, trata-se de uma consequência do trabalho realizado pelo Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas.

Esta é uma questão pontual ao longo deste texto. Há uma referência breve a decisões clínicas tomadas em supervisão. É possível detalhar a função de uma supervisão clínica, em razão da literatura existente a respeito. Este detalhamento, no entanto, não foi objetivo deste trabalho, sendo um limite e ao mesmo tempo uma possibilidade de pesquisas futuras. Corroborou-se que o manejo da contratransferência ocorre em três momentos – durante a sessão propriamente dita, na supervisão clínica e na análise pessoal. Priorizou-se

neste trabalho elaborações que se destinassem a compreender o manejo da contratransferência na sessão.

Preocupações sobre que tipo de serviço ou cuidado a serem oferecidos para pessoas em sofrimento psíquico grave são fundamentais para o movimento da Reforma Psiquiátrica, especificamente à experiência de Franco Basaglia. Este, ao analisar as condições precárias do sistema manicomial, apontou para a escassa preparação técnica da equipe e, acrescentou que, em muitas vezes, é escassa também a preparação humana (Basaglia, 1965, p. 26). A contratransferência é uma maneira de lidar com a preparação humana, haja vista ser fenômeno que nos leva a percepção de nossa humanidade. A partir desta percepção, é possível a percepção do outro como ser humano. Se a contratransferência permite a inversão de poder/de relação em terapia, permite também a equalização dessas forças, uma vez que o indivíduo “conduz” a terapia e esta se adapta aquele, e o indivíduo pode ser um igual; é pela contratransferência que o sujeito sopoosto-saber pode se fazer igual e contribuir para o reestabelecimento daquilo que faz o outro um igual, sua humanidade. Paradoxalmente, mesmo quando toda humanidade seja singular.

Afirma-se que a Intervenção Precoce pode transformar-se em uma maneira de fazer a clínica da Reforma Psiquiátrica, ao mesmo tempo em que se constitui como paradigma, uma área de estudo sobre as fases iniciais das psicoses.

O profissional de Saúde Mental, neste campo de intersecção paradigmática, deve lidar com habilidades pessoais, com percepções e reações, enfim, com sua contratransferência. A sistematização deste manejo, contudo, é ao mesmo tempo desorganizado e com resquícios da lógica tradicional. Desorganizado porque não se beneficia de constatações sólidas de profissionais estudiosos do tema. Há resquícios da lógica tradicional porque, à medida em que se percebe a necessidade de manejo, corre-se o

risco de intervir para o paciente aderir ao tratamento, se não se recorrer a alguns avanços existentes. Observa-se o tratamento, não o cuidado.

Constatou-se que o movimento oscila entre uma desinstitucionalização, cujo fruto seria uma clínica ampliada pelas inúmeras possibilidades de ação, e uma modernização de atendimentos, cuja conseqüência seria uma clínica ampliada apenas por estar fora de um manicômio tradicional e disseminada pela presença de serviços nos diferentes bairros e cidades do país. A desinstitucionalização deve ser um processo para além das instituições, isto é, deve focar também os manicômios internos e os relacionais; as instituições psicodinâmicas.

A Psicanálise contribuiu, neste trabalho, para compreender e efetivar esta desinstitucionalização. Em geral, no entanto, não se organiza uma nova clínica, principalmente uma orientação aos profissionais, sem discutir o papel destes no acompanhamento a pessoas em crise.

Safra propôs uma nova compreensão clínica também, apontando diretrizes sobre a pessoa do analista, justificando a importância deste para a ocorrência de um processo terapêutico. Ele discute, ao longo de seus trabalhos, a formação do indivíduo, a possibilidade de sofrimento e a maneira pela qual a clínica contemporânea lida com este sofrer, especificamente o profissional. Apoiou-se o trabalho sobre algumas considerações de Safra, como as experiências estéticas constituintes do indivíduo e constituídas por ele. Neste aspecto, destacou-se determinadas e importantes implicações clínicas destas experiências, seus aspectos espaço-temporais, relacionais. O ser humano com a origem, novidade e a tradição em sua constituição. O indivíduo como ser originário e comunitário, cujos gesto e idioma pessoal são fundamentais à relação terapêutica.

A função clínica, em consonância a este autor, passa a ser compreendida como acolhimento e acompanhamento de um processo que reconhece o modo de ser de um indivíduo. Esta singularidade apresentará a questão originária e constituirá a história desta pessoa. O cuidado ofertado apresenta o mundo e auxilia o indivíduo a se apropriar do mundo e a criar o seu lugar. Trata-se de uma experiência composta de significados, do vivido e de sentidos, do porvir e não-vivo.

O analista deve acompanhar o movimento do analisando, movimentando-se a partir de sua constituição. Esta é semelhante, ou seja, trata-se de uma vivência composta de significados e sentidos. Concluiu-se, então, ser necessário ao analista o movimento no espaço transicional, a fim de acolher a comunicação apresentada pelo paciente e ser possível colocá-la em devir. Retomo uma ressalva feita por Safra acerca de todas estas compreensões só terem sentidos se o trabalho clínico for de fato um acompanhar o indivíduo, até que este se aproprie de sua questão e a destine.

Apresentou-se a possibilidade estética e ética, como duas respostas do trabalho, e no trabalho clínico. Constituem o que denomino de manejo contratransferencial, por corresponderem às necessidades fundamentais do ser humano. Isto porque o analista oferta uma resposta estética e ética a experiência do analisando, “paradoxalmente, ele está ofertando a si mesmo como morada do Outro: *comunidade de destino*” (Safra, 2006, p. 157).

Esta experiência foi transformadora, do seu início ao seu fim. Parafraseando Winnicott, senti-me diferente do que era antes do início deste processo, tendo esta experiência me ensinado acerca de questões fundamentais. Constituiu-se em um processo de crescimento pessoal, em geral doloroso, exigindo um exame de minha técnica a cada dificuldade surgida.

O processo psicoterápico de Clarisse tornou-se fundamental à minha prática profissional, ao meu gesto e ao meu idioma pessoal. Faço uma ressalva a respeito do nome adotado neste trabalho para me referir a pessoa que muito me ensinou, com seu sofrimento. Pensei que seu processo foi um movimento de tornar claro diversas situações vividas. Não clarificar, como em busca de uma verdade absoluta. Mas *clarear* um vazio, decorrente de uma interrupção. Esse *clarear-se* permeou o processo inteiro e se constituiu como o fenômeno transicional fundamental de todo o processo.

*Clarisse*, portanto. Ao encontrar seu nome, encontrei diversas possibilidades de sentido que a amedrontavam, e a mim também, uma vez que ela relutava em ir embora. Isto porque agora tornara-se possível viver para além de uma organização defensiva, baseando-se na liberdade de escolha e, assim, sentir-se menos doente, como apontou Winnicott (1971, p. 58). Percebi, neste momento, um exercício, de minha parte, para manter-me neutro, sendo este necessário diante da possibilidade de me tornar confiante a respeito do trabalho desenvolvido.

Por fim, faz sentido uma imagem que me ocorre, enquanto escrevo estas considerações finais. Acompanho um fio – uma linha de raciocínio – e me esforço para não perder de vista nenhuma de suas nuances. Quando pareço aproximar-me do final deste fio, percebo que ele começa a se espalhar pelo ar, em diversos e pequenos pontos *claros*!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABADI, S. (1998). Transições: o modelo terapêutico de D.W. Winnicott. Tradução: Laila Yazigi de Massuh. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- AMARANTE, P. (1997). Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percurso e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (org.). Saúde e Democracia – A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, p. 163-185.
- AMARANTE, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Coleção Archivos. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- BASAGLIA, F. (1965). A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização – Mortificação e liberdade do “espaço fechado”: considerações sobre o sistema “*open door*”. In: AMARANTE, P. (org.). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Tradução: Joana Angélica d’Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 23-34.
- BASAGLIA, F. (1966). Um problema de psiquiatria institucional – A exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Tradução: Joana Angélica d’Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 35-59.
- BASAGLIA, F. (1977). O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Tradução: Joana Angélica d’Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 237-257.

- BEZERRA, B. (2004). O cuidado nos Caps: os novos desafios. Academus – Revista Científica da SMS, Rio de Janeiro, v. 3, n.4. Disponível em: [www.rio.rj.gov.br/concursos](http://www.rio.rj.gov.br/concursos).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. (2005). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/>.
- BUCHER, R. (1989). A psicoterapia pela fala – fundamentos, princípios, questionamentos. São Paulo: EPU.
- CARVALHO, N. R. (2006). Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- CASSORLA, R.M.S. (1999). Psicanálise e surto psicótico: considerações sobre aspectos técnicos. Revista Brasileira de Psicanálise, v. 32, n. 4, p. 721-45.
- CHEN, E. (1999). Early intervention in schizophrenia patients-rationale for its implementation and practice. HongKong Medical Journal, v.5, p. 57-62.
- COSTA, I. I. (2003). Da Fala ao Sofrimento Psíquico Grave: ensaios a cerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: Positiva/Abrafipp.
- COSTA, I.I. (2007). Família e Psicose: Uma proposta de intervenção precoce nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave. In: FÉRES-CARNEIRO, T (Org.). Família e Casal: Saúde, Trabalho e Modos de Vinculação. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 99-136.



- D'ABREU, A. A. (1995). Contratransferência. In: OUTEIRAL, J.O e THOMAZ, T.O. (org). Psicanálise Brasileira – Brasileiros pensando a Psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 08, p. 71-79.
- DE LEÓN DE BERNARDI, B. (2006). Origem e evolução histórica do conceito de contratransferência. In: ZASLAVSKY, J e SANTOS, M.J.P. (org). Contratransferência: teoria e prática clínica. Porto Alegre: Artmed, cap. 01, p. 17-29.
- ELIA, L. (2004). Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da Saúde Mental. In: ACADEMUS – Revista Científica da SMS. Rio de Janeiro, vol. 3, n. 4. Disponível em [www.rio.rj.gov.br/concursos](http://www.rio.rj.gov.br/concursos).
- FIGUEIRA, S. A. (1994). Introdução: Bases freudianas da contratransferência. In: Contratransferência – de Freud aos contemporâneos. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 1-30.
- FIGUEIREDO, A. C. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. In: Mental – Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC. Barbacena, ano III, n. 5, p. 43-55. Disponível em [www.rio.rj.gov.br/concursos](http://www.rio.rj.gov.br/concursos).
- FILHO, J. M. (1989). A pessoa do analista e a contratransferência. In: O Ser e o Viver – uma visão da obra de Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 08, p. 174-186.
- FOUCAULT, M. (1972). História da Loucura na idade clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- FOUCAULT, M. (1980). O Nascimento da clínica. Tradução: R. Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

- FRANÇA, A. C. S. L.G. (2001). Fundamento para uma Clínica Ressocializadora: análise de uma experiência de Residência em Saúde Mental no DF. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- FRANGO, S., & BYRNE, P. (2000). How to manage the first episode of schizophrenia. British Medical Journal. Vol. 321, p 522-3.
- FREUD, S. (1910). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1970, v. 11.
- FREUD, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 198x, v. 12.
- FREUD, S. (1915 [1914]). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 19x, v. 12.
- HARROW, M.,PH.D; CARONE, B.J., B.A., & WESTERMEYER, J.F.,PH.D. (1985). The Course of Psychosis in Early Phases of Schizophrenia. American Journal Of Psychiatry, v. 142, n. 6, p 702-7.
- JANUÁRIO, L.M. (2008). A Transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- JOHANNESSEN, J.O.; MCGLASHAN, T.H.; LARSEN, T.K.; HORNELAND, M.; JOA, I.; MARDAL, S.; KVEBAEK, R.; FRIIS, S.; MELLE, I.; OPJORDSMOEN, S.;

- SIMONSEN, E.; ULRIK, H, & VAGLUM, P. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. Schizophrenia Research, v. 51, p 39-46.
- KESHAVAN, M.S., & SCHOCLER, N.R. (1992). First-episode studies inschizophrenia: Criteria and Characterization. Schizophrenia Bulletin, v. 18, n. 3, p 491-513.
- LANCETTI, A. (2006). Clínica Peritpatética. São Paulo: Hucitec
- LEVISKY, D. L. (1991). Contratransferência: uma modalidade perceptiva. In: OUTEIRAL, J.O. e GRAÑA, R. B. (org.). Donald W. Winnicott – estudos. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 20, p. 173-87.
- LITTLE, M. I. (1990). Ansiedades psicóticas e prevenção: Registro pessoal de uma análise com Winnicott. Tradução Maria Clara de Biase Fernandes. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- LOBOSQUE, A. M. (2003). Clínica em movimento – por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro, Garamond.
- MARI, J.J., & LEITÃO, R.J. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, n. 1, p. 15-17.
- MARUCCO, N. C., & MARUCCO, A. V. (2004) A prática analítica atual e a problemática do poder. Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 259-67.
- MCGORRY, P. D., & EDWARDS, J. (2002). Intervenção Precoce nas Psicoses. São Paulo: Janssen-Cilag.
- NICÁCIO, F., & CAMPOS, G.W.S. (2004). A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras emm saúde mental. Revista de Terapia Ocupacional da USP, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81.

- OLIVEIRA, B.S.M. (1994). Paula Heimann. In: FIGUEIRA, S. A. (org). Contratransferência – de Freud aos contemporâneos. São Paulo: Casa do Psicólogo, cap. 03, p. 85-106.
- OUTEIRAL, J. O. (1995). A contribuição de D. W. Winnicott. In: Psicanálise Brasileira – Brasileiros pensando a Psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 29, p. 319-327.
- PACHECO, J.G. (2005). Cultura e Loucura: A História de uma experiência. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- PALAZZOLI, M. (1998). Os jogos psicóticos na família. São Paulo: Summus Editorial.
- REIS, J. (1999). O Sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega.
- SAFRA, G. (2004). A po-ética na clínica contemporânea. São Paulo: Idéias e Letras.
- SAFRA, G. (2005). A face estética do self: teoria e clínica. São Paulo: Idéias e Letras/Unimarco Editora.
- SAFRA, G. (2006). Hermenêutica na situação clínica – O desvelar da singularidade pelo idioma pessoal. São Paulo: Edições Sobornost.
- SANCHES, G. P. (1994). Sigmund Freud e Sándor Ferenczi. In: FIGUEIRA, S. A. (org). Contratransferência – de Freud aos contemporâneos. São Paulo: Casa do Psicólogo, cap. 01, p. 33-59.
- SANTOS, M. A. (1999). A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 12, n. 3. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010279721999000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279721999000300005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Jul 2008.

- SEIKKULA, J; ALAKARE, B., & AALTONEN, J. (2000). A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. Social and Clinical Psychiatry, v. 10, n. 2, p: 20-29.
- SHIRAKAWA, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, n. 1, p. 56-8.
- STERIAN, A. (2001). Emergências psiquiátricas – Uma abordagem psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- TAFURI, M. I. (2003). Dos sons a palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista. Brasília: Positiva/Abrafipp.
- TENÓRIO, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59
- WINNICOTT, D. W. (1935). A defesa maníaca. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, cap. 11, p. 247-67.
- WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, cap. 12, p. 269-85.
- WINNICOTT, D. W. (1947). O ódio na contratransferência. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, cap. 15, p. 341-53.

- WINNICOTT, D. W. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, cap. 18, p. 389-408.
- WINNICOTT, D. W. (1952). Psicoses e cuidados maternos. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, cap. 17, p. 375-87.
- WINNICOTT, D. W. (1954). Retraimento e regressão. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, cap. 20, p. 427-35.
- WINNICOTT, D. W. (1954-5). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, cap. 22, p. 459-81.
- WINNICOTT, D. W. (1955-6). Variedades clínicas da transferência. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, cap. 23, p. 483-89.
- WINNICOTT, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Tradução: Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, cap. 24, p. 491-98.
- WINNICOTT, D. W. (1960). Contratransferência. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 14, p. 145-51.
- WINNICOTT, D. W. (1971). O brincar e a realidade. Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZANINI, M. H. (2000). Psicoterapia na esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, n. 1, p. 47-9.

ZASLAVSKY, J., & SANTOS, M.J.P (2006). Tendências atuais da contratransferência. In: Contratransferência: teoria e prática clínica. Porto Alegre: Artmed, cap. 02, p. 30-55.

## **ANEXOS**



## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente consentimento se refere ao convite feito a você(s) (cliente/familiar/es), para participar(em) de um processo de pesquisa e atendimentos psicológicos. Eu sou \_\_\_\_\_, Psiquiatra – Psicólogo (a) – Professor (a) – Aluno (a) do *Curso de Psicologia da Universidade de Brasília*, participante do **Projeto do Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses**, sob a coordenação do *Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa* do *Departamento de Psicologia Clínica*. O objetivo principal deste programa é detalhar sua(s) avaliação(ões) psicológica(s) com vistas ao melhor encaminhamento de seu acompanhamento. **No entanto, você(s) é (são) livre(s) para aceitar participar ou não.** Se você(s) aceitar(em), realizaremos algumas entrevistas pessoais, poderão se aplicados testes psicológicos, entraremos em contato com seu(s) médico(s), estudaremos seu prontuário e conversaremos com seus familiares, quando poderemos anotar informações, gravar ou filmar entrevistas. **Todas as informações serão mantidas sob o mais absoluto anonimato, sigilo e confidencialidade.** No caso de gravações, o material poderá ser destruído após a sua utilização e, caso haja interesse científico/acadêmico em utilização de imagens, esta será precedida de uma autorização específica. Se você(s) tiver(em) alguma dificuldade com ou desistir(em) de continuar em nosso processo, você(s) deverá(ão) nos informar com antecedência para que possamos tomar as providências necessárias. Estamos disponíveis também para esclarecer suas dúvidas no momento em que desejar(em). Com este consentimento, você(s) declara(m) também que recebeu(ram) não só as informações acima, como está(ão) informado(s) sobre todos os detalhes do Grupo recebidas através do folder “Orientações sobre o GIPSI”, com os quais afirma concordar. Obrigado pela sua atenção e eventual participação. (Documentação legal: Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Princípios Éticos Internacionais para participação em Pesquisa - Códigos de Nuremberg e Helsinki).

### **CONFIRMO ESTE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E LIVREMENTE CONCEDIDO**

Nome completo: \_\_\_\_\_

( ) Cliente ( ) Pai/Mãe ou Responsável ( ) Outro (por procuração): \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

Telefone (s) para contato (s): \_\_\_\_\_

Brasília/DF. \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **CONTATOS:**

Pesquisador (es) / Profissional (ais): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefone (s): \_\_\_\_\_

Prof. Responsável: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - Telefone(s): 307.2625 Ramal 615 / 9981.3287

Telefone (s) Institucional (ais): CAEP – 307.2625 Ramal 614 – 273.8894 (Fone/Fax)