



Artículos y Ensayos

**A EVOLUÇÃO DE UM PACIENTE REGRESSIVO A PARTIR DA
COMPREENSÃO DOS ASPECTOS CONTRATRANSFERENCIAIS**

MARCELO COELHO NIEDERSBERG

RESUMO

O presente artigo procura compreender a evolução de um paciente regressivo a partir dos aspectos contratransferenciais, buscando identificar as possíveis implicações na prática clínica.

Palavras-chave: Contratransferência, transferência, identificação projetiva, ódio, amor e uso do objeto.

**LA EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE
REGRESIVO A PARTIR DE LA
COMPRENSIÓN DE LOS ASPECTOS
CONTRATRANSFERENCIALES**

RESUMEN

El presente artículo busca la comprensión de la evolución de un paciente regresivo desde los aspectos contratransferenciales haciendo

lo posible para identificar cuál son las implicaciones en la práctica clínica.

Palabras claves: Contratransferencia, transferencia, identificación Proyectiva, odio, amor y uso del objeto.

**THE EVOLUTION OF A REGRESSIVE
PATIENT FROM THE UNDERSTANDING
OF THE COUNTERTRANSFERENCE ISSUES**

ABSTRACT

This article seeks to understand the evolution of a patient from the aspects regressive countertransference doing everything possible to identify what are the implications for clinical practice.

Keywords: Countertransference, transference, projective identification, hate, love and use the object.



Introdução

O principal objetivo deste trabalho é apresentar algumas considerações acerca da temática da contratransferência, assim como a influência de sua compreensão para a evolução do tratamento de pacientes regressivos.

Para compreender as questões implícitas acerca do presente assunto, dentro do referencial teórico psicanalítico, apresentarei uma discussão psicodinâmica de um caso clínico, bem como os achados teóricos considerados mais importantes para este trabalho. Primeiramente, farei um breve histórico do conceito que revolucionou os primórdios da psicanálise, buscando autores como Freud, Winnicott, Heimann, Hacker e Bion, que contribuíram para a compreensão do fenômeno da contratransferência. Logo após, apresentarei autores contemporâneos que deram maior suporte para o tratamento de pacientes regressivos, a partir da releitura da utilização da contratransferência.

Depois da revisão conceitual, abordarei o aspecto do ódio na contratransferência e o uso do objeto dentro da conceituação Winnicottiana, finalizando com a integração desses conceitos por meio de fragmentos de sessões que levaram a pensar sobre melhora do paciente.

Posteriormente, abordarei a importância da identificação dos sentimentos e sensações contratransferenciais do terapeuta que invadiram o tratamento e que foram aspectos necessários e estruturantes para o processo do desenvolvimento terapêutico do paciente, aspectos estes que sinalizaram sua evolução.

Para isso, focarei apenas na compreensão da dinâmica do caso, no que é pertinente aos aspectos do interjogo das forças transferenciais e contratransferenciais, deixando de lado, no momento, outros entendimentos que se poderia fazer neste caso.



Desenvolvimento teórico

O termo contratransferência foi utilizado, primeiramente, por Sigmund Freud, em 1910, ao conceituar esse fenômeno como um sentimento que surge no terapeuta como resultado de influências do paciente sobre seus sentimentos inconscientes, mobilizados por complexos e resistências internas que são vistos como um problema, algo não esperado, normalmente, e do qual o terapeuta deveria se distanciar.

Em outro momento, Freud (1912) sugere que o terapeuta observe, como modelo, o cirurgião, para que, a partir do distanciamento emocional, funcione como um espelho que reflete somente aquilo que lhe é mostrado. Sugere o autor, de forma bastante direta, que, se isso não ocorrer, o analista estaria necessitando de uma análise pessoal mais intensiva. Dessa forma, a contratransferência é, inicialmente, percebida por Freud como perturbadora da situação terapêutica e, somente mais tarde, reconheceu-se o seu uso técnico.

Após essa definição freudiana sobre a contratransferência, durante, pelo menos 35 anos, não surgiu nenhum conceito, efetivamente, novo quanto à contratransferência. Somente em 1947 Winnicott, com seu artigo “ódio na contratransferência”, começou a tratar os sentimentos do analista no tratamento de pacientes psicóticos, começando a surgir, então, novas contribuições para o entendimento do termo. Treze anos depois, em 1950, Heimann e Racker trazem excelentes contribuições, enfatizando que a contratransferência não é apenas reconhecida como patologia do analista, mas pode ser um sentimento empático e útil utilizado por este para compreender e entender as projeções e o mundo interno do seu paciente.



Winnicott (1947) acredita que a tarefa do analista que trabalha com pacientes regressivos torna-se impossível, a menos que o ódio do próprio analista seja consciente e bem delimitado. Ao mesmo tempo, sugere que este esteja se submetendo à análise pessoal, pois pacientes deste calibre representam sempre uma forte carga emocional e de projeções.

Heimann (1950) designa por contratransferência a totalidade dos sentimentos do terapeuta para com seu paciente. A autora inova ao introduzir a ideia de que a resposta emocional do terapeuta às projeções de seu paciente é um dos instrumentos de investigação que ele dispõe para compreender o inconsciente do mesmo. Enfatiza, no entanto, que, para que isso possa ocorrer, o terapeuta deve ser capaz de conter em si os sentimentos nele suscitados, ao invés de descarregá-los, como faz o paciente. Para a autora, portanto, existe uma comunicação entre o inconsciente de terapeuta e do paciente que é o que ocorre na contratransferência.

Hacker (1953) defende a ideia de que cada situação transferencial provoca uma situação contratransferencial que surge com a identificação do analista com os objetos do paciente. Essas situações contratransferenciais podem ser reprimidas ou bloqueadas, afetivamente, mas, provavelmente, não evitadas para a compreensão total do problema. As reações contratransferenciais são redigidas por leis do inconsciente geral e individual. Entre essas, deve-se ressaltar a lei de talião. Cada situação transferencial positiva é contestada, num plano, por uma contratransferência positiva; a cada transferência negativa responde uma contratransferência negativa. É importante o analista estar consciente dessa lei, porque a consciência dela é a base que evitará o fundir-se na contratransferência. Se não estiver consciente, não poderá evitar entrar no círculo vicioso



da neurose do paciente o que lhe dificultaria e até impediria o trabalho terapêutico. O mesmo autor enfatiza que existem dois tipos de contratransferência - a direta e a indireta -, que podem se manifestar em diversos graus de intensidade. Ressalta, ainda, que todo o analista sabe que não está livre de conflitos, referindo que a contratransferência pode auxiliar na percepção do processo inconsciente do paciente. Coloca que, mesmo uma impressão correta pode produzir no terapeuta reações neuróticas, obstaculizando o processo interpretativo. Além disso, a instrumentalização da contratransferência influencia a imagem que o paciente tem do seu terapeuta, provocando neles novos comportamentos e alterando a transferência.

Por outro lado, Racker (1953), desenvolveu a noção de que a contratransferência é um instrumento técnico. Relacionou dois tipos de identificação do terapeuta com o paciente: uma que resultaria da identificação de cada parte da sua personalidade (*ego*, *id*, *superego*) com as respectivas partes da personalidade do paciente, a partir de sua disponibilidade empática (identificação concordante); outra, denominada identificação complementar, que seria a identificação do ego do terapeuta com os objetos internos do paciente. Nessa última, o paciente projeta partes suas (objetos internos) para o terapeuta, trata-o como sendo o objeto projetado, e o terapeuta, por sua vez, identificando-se parcialmente com esses objetos, acaba vivenciando-os como seus.

Racker (1953) ressalta, ainda, que, em geral, o termo contratransferência aplica-se às identificações complementares e não às concordantes. Propõe, entretanto, que não haja uma separação entre as duas, já que em ambas há uma estreita conexão entre os processos inconscientes do terapeuta e seu passado, revivenciado como resposta aos estímulos provenientes do paciente.



Etchegoyen (1987) assinala que foi a partir dos trabalhos de Heimann e Racker que a contratransferência deixou de ser vista apenas como um entrave ao processo terapêutico, passando a ser considerado também como um “instrumento sensível, que pode ser muito útil para o desenvolvimento do processo analítico” (p.159). Por outro lado, critica o modelo de diferenciação proposto por Racker, questionando se a identificação concordante não seria, também, uma identificação com um objeto interno do mesmo. Ele ainda refere que essa parece uma questão relevante se tiver em mente a estruturação do aparelho psíquico e o superego enquanto internalização de figuras parentais.

Grinberg (apud Etchegoyen, 2004) traz uma nova contribuição à questão, ao desenvolver o conceito de contraidentificação projetiva, diferenciando-a da contratransferência complementar. A contraidentificação projetiva seria uma forma especial de contratransferência na qual não há participação dos processos inconscientes do terapeuta (como ocorre na contratransferência complementar), e este responde ao papel que “se vê forçado” a assumir frente a uma identificação projetiva correspondente. Na contratransferência, segundo o autor, o terapeuta, ao perceber conscientemente o que lhe está ocorrendo pode e deve utilizar sua resposta emocional como instrumento terapêutico. Já na contraidentificação projetiva, o terapeuta introjeta aquilo que lhe foi projetado, constituindo, assim, uma forma sutil e extraverbal de comunicação entre terapeuta e paciente.

Grinberg (apud Cassorla, 2007) mostra, pelo conceito de contraidentificação projetiva, que as projeções do paciente podem atingir o analista, provocando-lhe algo “real”, e isso ocorreria independente de seus próprios conflitos. Nesse momento, a identificação projetiva deixa de ser apenas uma fantasia inconsciente. O paciente não só se defende,



como tem poderosas armas de ataque contra o analista. Logo se percebe que o analista pode aproveitar esse fenômeno para captar aspectos expelidos do paciente.

Percebi, portanto, que a contratransferência tem sido definida de diversas maneiras. Por alguns, tem sido vista como um conjunto de sentimentos do terapeuta, provocados pelo paciente, que refletem sua psicopatologia não analisada e, por outros, como a totalidade das respostas do terapeuta ao paciente, sendo, em alguns casos, uma resposta empática e madura do terapeuta e, em outros, uma resposta decorrente da patologia do terapeuta (Ogden, 1979).

Outro conceito que me parece contribuir para a melhor compreensão desse tema seria o que Bion (1962) chama de identificação projetiva e para ele pode prejudicar a função analítica. Pelo risco constante de ser invadido por projeções do paciente, Bion assinala que a identificação projetiva efetua-se tanto na comunicação normal quanto na evacuação da realidade psíquica perturbadora. Em alguns casos, mais regressivos, quando o conteúdo projetado se torna persecutório, ameaça ser enviado de volta ao objeto, com a fantasia de reintrojeção violenta.

O modelo continente-contido de Bion explica, ainda, as possibilidades comunicativas e de contenção de descarga, pela identificação projetiva: o bebê descarrega seus terrores dentro da mãe, em busca de compreensão e esta, ao “metabolizá-los” (função alfa) permite que o bebê as reintrojete e desenvolva sua própria função alfa. A partir desse *rêverie* materno, o bebê vai elaborando sua capacidade de pensar.

Bion (apud Zimerman, 2004), falando de transferência psicótica, ressalta que o analista deve ter com esses pacientes a função de continente, de receber de forma empática todas as projeções que suas mães não toleraram receber. Por outro lado, costumava



considerar o surgimento da contratransferência como uma manifestação do inconsciente do analista que, por conseguinte, poderia ser prejudicial e somente poderia ser percebida e refletida, conscientemente, pelo analista fora da sessão.

Já Otto Kernberg (apud Etchegoyen, 2004) assinala que a reação contratransferencial ocorre como um contínuo em relação à psicopatologia do paciente e vai, assim, desde o pólo neurótico do conflito ao psicótico, de modo que, quanto mais regressivo for o paciente, maior será sua contribuição na relação contratransferencial do analista. Acrescenta que, nos pacientes borderline, em geral, nos muito regressivos, o analista tende a experimentar emoções intensas mais relacionadas com a transferência violenta e caótica do paciente que com aspectos não analisado do analista.

Para Bleger (2003), a contratransferência é o resultado de todos os fenômenos mobilizado no terapeuta, respostas ou reações do analista às manifestações do paciente, que, durante muito tempo, foram vistas como um elemento perturbador do processo psicoterápico. Hoje, porém, é vista como uma ferramenta necessária, pois o analista precisa ter presente a necessidade de auto-observação. Ressalta, ainda, não ser um elemento de fácil manejo, necessitando preparação, grau de equilíbrio mental e experiência por parte do terapeuta, para que possa ser bem utilizada e aproveitada no processo terapêutico.

Money-Kyrle (apud Cassorla, 2007) mostra que a contratransferência pode ser “normal”, fruto da oscilação adequada, no analista, entre identificações projetivas e introjetivas.

Pode-se dizer que, atualmente, os sentimentos contratransferenciais são definidos como um excelente instrumento empático, considerado por alguns analistas como uma ferramenta importante na percepção do mundo interno do paciente. Ainda assim, não se



pode deixar de falar sobre a ambivalência que toma o terapeuta que atende a pacientes regressivos devido a suas fortes cargas projetivas. Concordando com Winnicott (1947), considera-se que, para poder analisar pacientes psicóticos, os analistas, devem já ter chegado ao mais primitivo de nós mesmos.

Winnicott (apud Abram, 2000) situa a etiologia da psicose na estrutura ambiente/indivíduo, “sem uma provisão ambiental suficientemente boa, este *self* (que pode dar-se ao luxo de perecer) jamais se desenvolve”. O sentimento de ser real está ausente. Se não existir um caos extremo, o sentimento definitivo é o de inutilidade. As dificuldades inerentes à vida não podem ser alcançadas, muito menos as satisfações.

Pacientes psicóticos que apresentam como característica o funcionamento ambivalente - amor e ódio -, em sua fantasia, imaginará que seu analista também funcionará dessa maneira. Segundo Winnicott (1947), essa coincidência de ódio e amor é algo que, caracteristicamente, se repete na análise dos psicóticos, levando o tratamento a apresentar problemas de direção que, facilmente, podem esgotar os recursos do analista. Essa coincidência de ódio e amor a que Winnicott se refere é diferente do componente agressivo que complica o impulso amoroso primitivo, e sugere que, na história do paciente, se produziu uma falha ambiental no momento em que apareceram os primeiros impulsos instintivos em busca do objeto.

Winnicott (1947) faz um alerta importante aos analistas de pacientes regressivos, acrescentando que:

um analista de pacientes psicóticos deve ser capaz de ser plenamente consciente da contratransferência como para separar e estudar suas relações objetivas diante de um paciente. O ódio se faz presente entre elas. Os



fenômenos da contratransferência às vezes se tornaram importante ferramenta no processo analítico” (p. 264).

No texto “Ódio na contratransferência”, escrito em 1947, Winnicott faz um paralelo entre a aversão que a mãe apresenta em relação ao recém-nascido, e a aversão do analista pelo paciente regredido, carente ou psicótico.

Esta relação de amor e ódio presente na contratransferência está vinculada, segundo Winnicott (1947), à acentuada tensão a que está submetido o analista ao lidar com pacientes psicóticos. Isto implica que o paciente regressivo demande uma carga emocional semelhante à exigida pelo recém-nascido, o que torna o trabalho do analista mais “fatigante”, pois estes pacientes são capazes de despertar sentimentos nas pessoas muito difíceis de resistir e que, com bastante frequência, podem conduzir a um *acting out* por parte daqueles que os tratam.

Vale retomar os conceitos de uso de objeto de Winnicott (apud Abram, 2000) segundo os quais existe uma destruição que é sadia, e outra, patológica. Em uma referência ao “destino da pulsão destrutiva”, o autor destaca o papel desempenhado pelo ambiente que sobrevive à destruição do sujeito. É dessa forma que o indivíduo tem acesso ao uso do objeto:

a pulsão é potencialmente destrutiva, mas se ela é destrutiva ou não, depende do objeto; o objeto sobrevive, isto é, matem seu caráter, ou reage! No primeiro caso, não há destruição, ou pelo menos não muita. Existe um momento que se segue, em que o bebê pode tornar-se, e gradualmente se torna, ciente de um objeto catequizado, além da fantasia de ter destruído, ferido, danificado ou



provocado o objeto. O bebê, neste extremo da provisão ambiental, insiste em um padrão de desenvolvimento da agressividade pessoal, que fornece o pano de fundo a uma continuada fantasia (inconsciente) de destruição... Mas a destruição de um objeto que sobrevive, que não reagiu ou desapareceu, conduz ao uso. Entende-se assim que a destruição saudável é inconsciente, localizando-se na fantasia, o que significa integração e maturidade emocional. Já a destruição patológica, é a que atua, indicando uma agressão que não pode integrar-se a personalidade e que permanece dividida, apontando para uma imaturidade emocional.

É interessante ressaltar que Winnicott entende por “uso” como não significando “exploração”, citando suas palavras:

como analista, sabemos perfeitamente o que é ser usado, o que significa que podemos vislumbrar, o final do tratamento, mesmo que este esteja muito distante. Diversos de nossos pacientes chegam a nós com esse problema já solucionado – podem usar objetos, podem usar-nos e podem usar a análise, da mesma forma que usaram seus pais, irmãos e lares. Contudo, existem muitos pacientes que necessitam de nós, para que consigam adquirir a capacidade de usar-nos. Para eles, esta se constitui na tarefa analítica. Indo ao encontro das necessidades destes pacientes, precisamos saber a que está relacionada nossa sobrevivência, a sua destrutividade. Um pano de fundo de destruição do analista é estruturado.



Ilustração do caso e discussão teórico-clínica

Ananias chega a tratamento no Contemporâneo, indicado por sua psiquiatra. Em sua primeira sessão, é trazido por sua esposa. Ao chegar para atendimento, o paciente relata que buscou ajuda por estar desempregado, sem ânimo para nada e sem vontade de “ir à luta” e “dizendo estar paralisado” (sic).

Filho de mãe branca e pai negro, Ananias é o mais velho de uma prole de quatro, sendo duas mulheres e dois homens. Com o mesmo nome de seu pai, sendo este nome a junção dos nomes de seus avós paternos, diz carregar o peso geracional de uma homenagem aos seus avós, (sic): “odeio o meu nome”.

Sobre sua infância, trouxe pouquíssimos dados, dizendo que esta foi, (sic): “boa” e “normal”, e “gostava muito de ficar em casa na companhia dos meus irmãos”. Na escola, apesar de não ter tido problemas e dificuldades, têm a lembrança de ser um pouco agitado.

Sobre sua adolescência, relata ter sido rebelde e que todo trabalho que não dera em sua infância, surgiu nesta fase. Verbaliza ter sido um adolescente muito questionador, e identifica que seus problemas com a família surgem nessa época. Por ser um adolescente questionador, sua família desconfiava que Ananias fosse *hippie* ou *gay*, em virtude de seu estilo alternativo. Durante esse período (adolescência), diz ter aproveitado muito (diversão). Ao ingressar na faculdade, aos 18 anos, para cursar Geografia, a desconfiança da família em relação aos seus atos e sua forma de ser e agir aumentou, e com a desconfiança surgiram, também, as pressões, principalmente, por parte de seu pai. Acrescenta que não deu muita importância para isso.



Nesse período, diz: “ter dado uma pirada” (sic). Envolveu-se com álcool e drogas (maconha e cocaína), chegando a viajar para o Chile, durante suas férias, buscando uma namorada que conheceu em uma praia do litoral catarinense. Conta ter ficando por lá durante um mês, resolvendo retornar, pois o relacionamento não deu certo por causa das diferenças entre os dois. Mesmo assim, verbaliza: “apesar dessas loucuras constantes que fazia, nesta época, consegui me formar” (sic). Durante sua formação universitária, fez estágios em algumas escolas, dizendo ter gostado da vida acadêmica. Após sua formatura em Geografia, aos 24 anos de idade, tentou dar aula em alguns colégios, mas, por não ter uma vida muito regrada (noitadas, bebidas e drogas), nunca renovavam seu contrato de professor.

Após esse período, já com 25 anos, relata que não estava conseguindo mais trabalho como professor, resolvendo, então, fazer curso de manicuro e cabeleireiro no SENAC. Logo após o curso, conseguiu um trabalho em um grande salão de beleza, no centro de uma cidade da Grande Porto Alegre. Lá, após alguns meses de trabalho, envolveu-se com a gerente do salão que, na época, era casada. Após manter com ela uma relação em que era o seu amante, essa mulher resolve separar-se e, então, iniciam uma relação estável. O paciente não cita nenhuma relação amorosa duradoura antes desta.

Atualmente, Ananias está casado com essa mulher de nome Maria, dezenove anos mais velha do que ele, tendo a mesma idade de sua mãe. Diz ter com ela, desde aquela época, uma relação muito boa e saudável, que a ama muito, mas que sente um medo constante de perdê-la. Acredita que este medo vem por sua atual situação de desemprego e desânimo, pois é ela quem vem sustentando a ele e a casa: “Meu medo é de que ela se canse disso e me mande embora” (sic). Ao mesmo tempo, acredita que



sua atual situação é bastante cômoda, e isso gera uma situação ambivalente, entre gostar e não gostar da forma como está vivendo, pois, mesmo estando desconfortável com sua situação, não tem ânimo para reagir. Em relação à sua companheira, diz que esta tem uma postura, por vezes, maternal e de extremo cuidado em relação a ele, sendo, por vezes, superprotetora.

Sobre sua família, prefere conviver pouco, não gostando de falar muito sobre eles, mesmo dizendo ter com seus irmãos um relacionamento satisfatório. Têm uma relação mais estreita com sua irmã de 26 anos que mora, na Europa, e também com sua irmã caçula de quem assume os cuidados desde seu nascimento, quando ele tinha 16 anos, já que seus pais trabalhavam muito. Refere que fez isso com muito carinho e cuidado com relação a esta irmã e que, hoje, sente muita falta deste vínculo. Com seus pais, mantém relações distintas. Afirma ter com sua mãe muita proximidade e uma ótima relação, considerando-a amiga e confidente, mesmo não concordando com a postura que ela possui quanto a seu casamento e da submissão que apresenta diante do marido, pai do paciente. Já com seu pai, o relacionamento não é muito bom. Para ele, o pai sempre foi um cara que sempre pensou nele mesmo: “É um cara de atitudes mesquinhas e egoístas” (sic). Seu pai sempre disse para os filhos e a mulher que não gostaria de ter tido filhos. Conta, ainda, que sempre “pegou muito no seu pé”, não sendo muito pouco afetuosos, comportamento que se agravava, quando bebia (alcoólico), tornando-se violento e ríspido nas palavras: “Não entendo por que meus pais ainda continuam casados” (sic). Acrescenta que a vida dos pais, como casal, não existe mais, e isso o revolta, afirmando que seu pai não dá a mínima para sua mãe, e que a trata como uma empregada de luxo: “Me perturbo muito com isso, e me causa incomodo ver o que ele faz



com a mãe, e ela deixa” (sic). Conta que seu pai mantém uma relação extraconjugal, há muito tempo, que é do conhecimento de toda a família, inclusive sua mãe, que se sujeita a tudo isso passivamente.

Ananias não entende porque isso ocorre, revoltando-se muito, a ponto de uma briga que presenciou dos pais, ter-se tornado o estopim do episódio causador de seu primeiro surto psicótico, aos 24 anos de idade: “Não consigo digerir essa situação” (sic). No surto, o paciente tentou quebrar toda a casa dos pais, em um acesso de ódio, raiva e fúria, sendo contido e internado no Hospital Espírita pelos familiares. Como estava muito ressentido e furioso, ficou internado por dois dias, sendo, depois, encaminhado por sua esposa (Maria) à Clínica Pínel. Relata que, após esse episódio, descobriu que seu pai já havia sido internado também, pois, ao ingressar no Espírita, seu nome já estava cadastrado. A internação do pai foi devido a um surto psicótico induzido por álcool, por ter quebrado uma loja de um posto de gasolina. Esse fato ocorreu, quando Ananias era uma criança de dois anos. Segundo o paciente, os surtos e as internações deixaram-no traumatizado, verbalizando não querer passar por isso novamente.

Em seu segundo surto psicótico, ocorrido um ano mais tarde, em 2007, Ananias incorpora uma personalidade mística, e começa a frequentar o centro espírita Alan Kardec. Tal episódio não foi caracterizado como um surto violento, mas, sim, maníaco. Nessa época, apresentava comportamentos estranhos, como vestir-se somente de branco e tentar catequizar a todos em sua volta para o espiritismo. Após esse último surto, não apresenta mais nenhum episódio.

Depois das internações, Ananias apresentou certa melhora devido às medicações (Citalopran, Risperidona e Lítio), ministradas pela psiquiatra que faz seu



acompanhamento medicamentoso. Em uma conversa com essa médica, relata que a família do paciente nunca aderiu ao tratamento do filho. Segundo ela, acham que o tratamento e as internações foram uma bobagem, e que os pais do paciente fazem muita cobrança em relação à sua situação atual, dando a entender que a doença do filho não passa de “frescura”. Acredita que há falta de informação, por parte dos pais em relação à doença do filho, afirmando serem pessoas culturalmente empobrecidas.

No início do tratamento, o paciente passava seus dias cuidando da casa, dos quatro gatos e de um cachorro, isso com a ajuda constante de sua mãe e de uma tia (faxineira) que fazem as tarefas domésticas com o objetivo de que ele e a Maria não entrem em atrito, pois o paciente diz não ter vontade e não gostar de cuidar das tarefas da casa. Quando não frequenta o curso de informática e a terapia, diz passar o dia todo dormindo, jogando videogame ou vendo televisão, na companhia de uma vizinha de 69 anos de idade que mora sozinha e não tem família. A partir da atual situação, sua esposa o incentivou a procurar ajuda e tratamento, inclusive demonstrando ser muito maternal e comprometida com a melhora de Ananias, arcando com todos os custos de seu tratamento.

Essa rotina diária do paciente me gerava angústia e muito incômodo, fazendo questioná-lo se queria mesmo mudar sua “cômoda” situação. Nessa vinheta clínica, exemplifico meu sentimento contratransferencial:

Ananias: Eu fico o dia todo em casa, cuido dos gatos, do cachorro e da minha vizinha idosa. Me sinto uma “Amélia” cuidando da casa.

Terapeuta: Fico em dúvida se quer mesmo mudar essa situação confortável, já que não te falta nada.



Tenho a sensação que toda sua falta fica projetada em mim.

Ananias: (Sorri). Tu achas minha situação cômoda? (Silêncio).

Terapeuta: Como te disse, fico em dúvida.

Nesses momentos, sentia-me invadido pela impotência do paciente: era como se ele me colocasse na posição de passividade que se encontrava, deixando meu pensamento embotado, sem saber como ajudá-lo.

Ananias ficou em tratamento por um ano e dez meses. Seu processo de evolução foi lento, oscilando entre períodos melhores e piores, devido à sua baixa autoestima e ao ganho secundário que sua posição de “conforto”, proporcionado pela mãe e por sua esposa, devido à sua “doença”.

Nos dias das sessões (terças e quintas), não era incomum seus atrasos que, por vezes, eram de vinte minutos. Isso me mostrava o grau de passividade que Ananias tinha diante de seus problemas, o que gerava em mim muito desconforto. Penso aqui no uso do objeto de Winnicott, no que tange a seus atrasos, também como ataques à sobrevivência do terapeuta. Isso se confirma pelos meus sentimentos contratransferenciais, de irritabilidade e fantasias de desejar que o paciente não viesse à sessão, mesmo gostando de atendê-lo, e entender a sua dificuldade em usar todo seu potencial, nesse momento, inibido pela doença. Ilustro com uma vinheta esses momento.

Terapeuta: Bom dia !! Vamos passar?

O paciente me dá o recibo de pagamento e me estende a mão para me cumprimentar. Sinto o “recibo” como um “presente” por ter se atrasado.



Ananias: Bom dia, doutor Marcelo! Desculpa o atraso! Comigo tudo bem, tudo ótimo, está tudo perfeito na minha vida, pena eu estar sem trabalho, se não fosse isso, seria tudo perfeito.

Dirigimo-nos à sala 12 do CIPT. Quando chegamos e nos acomodamos na poltrona, o paciente pergunta:

Ananias: Vamos ter menos tempo hoje, Marcelo?

Terapeuta: Nosso horário é de 45 minutos!

Ananias: Tu vais descontar o meu atraso?

Terapeuta: Hoje, teremos 40 minutos de sessão.

Ananias: Mas isso não é justo.

Terapeuta: Por que achas que não é justo?

Sinto que não é justo o que ele faz consigo mesmo. Fico incomodado e irritado com o paciente por sua postura de bebê, por sua onipotência e por não poder ser frustrado.

Ananias: Sei lá! Atrasei-me, mas nunca me atraso. É que mudamos nosso horário, e não estou acostumado com ele ainda. Como vou dormir de madrugada, não consigo acordar antes das duas da tarde (Silêncio). Aliás, a Maria (esposa) reclama muito deste meu hábito nesses últimos tempos. Reclama porque não faço nada o dia todo, e ainda vou dormir tarde e acordo também tarde. Mas acho melhor assim! Se acordar cedo, o que vou fazer?

Terapeuta: O que poderia fazer?

Ficava pensando: Vai à luta, vai procurar algo, mas sai deste embotamento, deste entorpecimento. Para de fugir!



Ananias: Sei lá! Arrumar a casa, buscar um trabalho, mas não tenho vontade de fazer nada. Acho até melhor ficar dormindo, pois o tempo passa mais rápido. (Silêncio).

Terapeuta: Esse é teu objetivo, dormir para o tempo passar mais rápido?

Ficava pensando: Até quando vai ficar dormindo? Queria acordá-lo para sua vida.

Ananias: (Sorri). Pode ser! Mas é melhor mesmo ficar dormindo do que estar acordado convivendo com os meus fantasmas.

Terapeuta: Que fantasmas são estes?

Ananias: Lá vou eu de novo. Não aguento mais falar disso, mas toda vez que venho aqui, falamos do meu estado atual de desemprego.

Terapeuta: Te incomoda falar disso?

Ananias: Não é que me incomode, mas me chateia. Se não fosse isso minha vida seria perfeita. Aliás, não sei como minha mulher me aguenta. Eu não faço nada e ela ainda me sustenta. Não sei se faria isso por ela.

A idealização de uma vida e de uma relação conjugal perfeita tem o objetivo de preencher todo o vazio existente em sua vida. Quando fala de que tudo estava perfeito com ele, e não foram poucas as sessões que verbalizou isso, sentia-me impotente diante dessa perspectiva de falsa perfeição pregada pelo paciente que gera angústia, desconforto e raiva em mim.

Em seu antepenúltimo mês de tratamento, Ananias conseguiu um trabalho em uma livraria. Aparentemente, tudo caminhava bem, o paciente se mostrava confiante quanto à



sua permanencia na empresa, até que surgiu a primeira avaliação por parte da gerência da loja, sobre seu rendimento. Foi lhe passado que estava apresentando dificuldade de se relacionar com os colegas, e que deveria melhorar nesse item. Abaixo, um trecho da sessão em que menciona sua dificuldade.

Ananias: Queria te contar uma coisa. (Silêncio). Estou tendo alguma dificuldade de me entrosar no trabalho com os colegas. Tenho a sensação de que sou deixado de lado. Sabe, na hora do intervalo, do chimarrão, do café ou da bolacha, eles não me convidam e, além do mais, me tiram para corinho. Geralmente, os colegas me pedem para ficar fazendo a ponte entre a loja e o quiosque. Mas isso é o de menos, pois quem é novo, geralmente, faz esse trabalho para aprender. O que mais me incomoda é não conseguir lidar com essa situação dos colegas, não sabendo como agir. Acabo me fechando mais.

A sensação que tenho é de que o paciente me pede socorro, colo e maternagem, e isso me provoca sentimentos ambivalentes: o de querer ajudá-lo (ensinar) a se relacionar com os outros e o de que ele deve se modificar, que chegou o momento de caminhar sozinho.

Terapeuta: Como é ser deixado de lado? O que pensou em fazer?

Ananias: Estou chateado, mas o pior é que não sei o que fazer. (Silêncio)
Pensei em ser eu mesmo, mas acho que essa opção não é muito viável, pois como tenho a tendência de me isolar, ai mesmo é que não vou interagir. Acho que tenho que tentar ser mais político. Sei lá! Não ser tão verdadeiro como sou. Tenho que começar a ver determinadas coisas e ficar na minha. Claro, a não ser que isso me afete.



Passou o segundo mês e veio a segunda avaliação, sendo reiterada sua dificuldade de relacionamento com seus colegas. Sua postura de se isolar, de fazer o trabalho dele sozinho, fez com que não renovassem seu contrato de experiência. Ananias sofre seu primeiro baque no período em que está em tratamento comigo, chegando a verbalizar seu desconforto: “Estou com medo de enlouquecer mais uma vez”. “Será que tudo vai voltar a ser como antes?” (sic) Frente à frustração, a fantasia de surtar aparece, mais uma vez, como uma única saída, o que não se concretiza, no entanto o paciente passa, por um breve período, a retomar sua rotina de ficar em casa dormindo, entre o computador e a televisão, num movimento regressivo. Nesse momento, fico me perguntado: Estou ajudando o paciente? O que estou fazendo de errado? Sinto raiva e frustração, pois tenho a sensação de investir no paciente, todavia ele não parece investir em si mesmo. Algumas semanas após ser demitido, recebe um telegrama com a notícia de que passou em um concurso do IBGE e é nomeado no mês seguinte para ser agente do SENSÓ de 2010. Nesse mesmo dia, telefona para me dar a notícia.

Ananias: Oi, Marcelo! Quem fala é o Ananias. Pode falar um minuto?

Terapeuta: Posso falar sim, Ananias!

Ananias: Gostaria de dividir uma conquista minha contigo, pois tu estás me ajudando muito ao longo do meu tratamento e sinto que não conseguiria se não fosse por tua ajuda e auxílio. Eu acabei de receber um telegrama do IBGE, dizendo que passei no concurso para ser agente do SENSÓ 2010. Estou muito feliz e queria te agradecer pelo apoio.

Terapeuta: Parabéns pela conquista! Fiquei muito contente com a notícia.



Seu telefonema e a lembrança de dividir comigo sua conquista me emocionam. Sinto que aqui, ao contrário de meus sentimentos de fracassos citados anteriormente, parece que sua conquista serve como um movimento reparatório do paciente aos ataques à mente do terapeuta.

Ananias: Eu também! Conversamos melhor na terça feira. Bom final de semana pra ti, um grande abraço e obrigado por tudo.

Durante esses quase dois anos de tratamento de duas sessões semanais, o paciente apresentou frequentes oscilações de humor e de expectativas em relação ao seu tratamento, sua vida e sua doença/cura, que me causavam sempre sentimentos contratransferenciais, tais como: vontade de ajudar, pena, raiva, incômodo, irritabilidade, cansaço e sono. Em outra vinheta, demonstro esses sentimentos suscitados, observando que, a todo instante, preciso atender suas necessidades mais primitivas, como ser olhado, cuidado, narcisizado, ou seja, investido.

O paciente chega com 20 minutos de antecedência em relação ao seu horário. Quando entra no ambulatório, solicita para recepcionista me avisar de sua chegada. No horário combinado (15h40min), vou chamá-lo, e observo que ele está um pouco chateado.

Terapeuta: Oi, Ananias, vamos passar?

Ananias: Oi, Marcelo. (Me estende a mão). Tudo bem contigo?

Terapeuta: Tudo bem!

Entramos na sala, ele se acomoda e diz:

Ananias: Estou aqui desde 15h20min.



Terapeuta: Sim, eu sei. A recepcionista me avisou. (Silêncio)

Observei que o paciente estava bravo e chateado por ter-me esperado por vinte minutos. Mas fiquei em silêncio e esperei para ver o que vinha.

Ananias: Pois é! Hoje fui eu quem ficou te esperando. (Silêncio)

Terapeuta: Me esperando!

Nesse momento, fico muito incomodado, irritado. Sinto-me sobrecarregado com suas demandas primitivas de cuidado.

Ananias: Cheguei aqui antes do horário e tu só me chamou 15h40min, me fazendo esperar dez minutos.

Terapeuta: Não entendi!

Ananias: Sim, fiquei te esperando dez minutos.

Terapeuta: Mas, Ananias, teu horário é 15h40min. Como foi ter que esperar o teu horário?

Ananias: Fiquei muito ansioso. (Silêncio). Pensei que meu horário fosse 15h30min. Me enganei, Marcelo! (Silêncio). Mesmo assim, eu não gosto muito de esperar.

Terapeuta: Como te sente? O que te desperta?

Ananias: Sei lá! Eu fico muito incomodado. Eu já fiquei fantasiando que tu me deixarias esperando.

Terapeuta: Como tu fazes comigo?

Todo seu incômodo fica projetado em mim, sinto cansaço e raiva, esperando que a sessão termine logo. Ocorre-me aqui se não estaria, de certo modo, dando lhe um “troco”, por todas as vezes que eu fiquei esperando por ele, em seus atrasos.



Ananias: É verdade, mas tenho-me atrasado pouco ultimamente. (Silêncio)

Durante todo esse diálogo, pude perceber o quanto a espera acaba gerando em Ananias sentimentos de vazio e de falta que, com frequência, eram projetados em mim e, mesmo com a minha irritabilidade, eu tinha a convicção de que poder conter tais projeções e sobreviver aos seus ataques, possibilitar-lhe-ia a experiência de contar, realmente, com alguém que procura entendê-lo em suas ansiedades mais primitivas.

Em outra vinheta clínica, ao falar de sua esposa, ilustro a sua relação com ela, o uso e dependência que têm, assim como faz comigo, enquanto terapeuta, uso que parece nunca ter sido permitido por seus pais.

Ananias: O pior é ter que ficar junto com ela porque estou dependente. Muito triste essa situação! Estou me sentindo muito mal com tudo isso, mas não tenho outra saída, a não ser ficar com ela, até que eu possa me levantar e colocar meu barco no mar. Por isso preciso de tua ajuda!

Terapeuta: Deve estar sendo difícil se dar conta de tudo isso. Mas vou estar contigo independente de qual caminho escolheres. Eu só não poderei colocar o barco para ti no mar.

Ananias: Eu sei! (Silêncio). Vou ter que fazer isso sozinho. Mas tu não tens noção de como está difícil tudo isso. A impressão que me passa é que não vou conseguir fazer, não sei como fazer. O brabo disso tudo é olhar para minha vida, para o meu casamento e saber que sou um dependente dele. Precisar, depender e não conseguir sair de tudo isso. (Silêncio). É duro!



Aqui fica evidente o uso que faz de mim, nesse momento, exigindo que assumisse o seu cuidado. Sinto cansaço e impotência. Lembro aqui do meu filho (demanda de um bebê em desenvolvimento) e entendo toda sua angústia de ameaça de aniquilamento, como um menino assustado que não tem com quem contar. Talvez como a revivência de períodos que gostaria de contar com seu pai, e este não estava disponível, por exemplo, reagindo, agressivamente ou bebendo. Sinto-me aqui, mãe e pai de Ananias e com o desafio de não ser pai/mãe e, sim, seu terapeuta, para poder realmente ajudá-lo.

Como já referido, os sentimentos contratransferenciais podem ser definidos como um excelente instrumento empático, considerado por alguns analistas como uma ferramenta importante na percepção do mundo interno do paciente e também de nossos possíveis pontos cegos. Ainda assim, não se pode deixar de falar sobre a ambivalência que toma o terapeuta que atende a pacientes regressivos, devido a suas fortes cargas projetivas. Concordando com Winnicott (1947), para poder analisar pacientes psicóticos, os analistas devem já ter chegado ao mais primitivo de seu ser, pensando em sentimentos de angústia e desamparo de “não saber” diante deste paciente.

Tarefa nada fácil emprestar o psiquismo para os pacientes poderem projetar suas angústias mais primitivas. Com frequência, ao atender Ananias, pensava, durante as sessões, como deveria ser para o paciente lidar com seu primitivo durante seu desenvolvimento primário. Minha contratransferência de raiva, principalmente, por vezes, estava direcionada aos seus pais, e não ao paciente, pois tinha a convicção de que estes “cuidadores” - se podemos chamá-los assim -, não conseguiram lidar e conter as angústias do seu primogênito, tarefa essa, que eu sentia ter que exercer enquanto seu terapeuta. Essa convicção do paciente ter-se constituído em um ambiente falho, parece



ficar mais clara a partir do seu discurso sobre seus progenitores, e do “pouco” investimento libidinal por parte de seus pais durante seu desenvolvimento. Esse abandono, ainda quando bebê, dos investimentos maternos e paternos, fez com que seu ego precoce e frágil não estabelecesse um processo identificatório estável que pudesse lhe oferecer recursos potenciais para o seu desenvolvimento. Essa falta de investimento, junto com a ausência e a incapacidade de lidar com a falta desta mãe objeto, fizeram e fazem com que Ananias despenda muita energia para tentar suprir e lidar com suas faltas e vazios.

Concordo com a conclusão dos autores (Bion apud Zimerman, 2004), falando da transferência psicótica, de que o analista deve ter com esses pacientes a função de continente, de receber de forma empática todas as projeções que suas mães não toleraram receber.

Nos relatos de Ananias, verifico seu descontentamento, principalmente, em relação ao seu pai. Já em relação à mãe, essa queixa também aparece. Mas por seu relacionamento com ela ser mais idealizado, este descontentamento e questionamento ficam direcionados para a relação dos pais e pela forma com a que a mãe (passiva) se submete a esse pai (tirano). A partir do seu histórico, o paciente demonstra não conseguir realizar a desvinculação dessa mãe idealizada e desvitalizada e isso fica evidente fazendo um paralelo com sua relação conjugal, já que o paciente está casado com uma mulher extremamente maternal e cuidadora, dezenove anos mais velha do que ele. Essa não desvinculação de sua mãe e a busca de uma mulher mais velha e provedora pode ser vinculada a função continente que tenho que exercer com Ananias, o que me demanda muita energia.



A impressão que passava era que, durante seu desenvolvimento, Ananias foi pouco narcisizado, possibilitando que seu ego se fragilizasse e, conseqüentemente, seu desenvolvimento psíquico ficasse prejudicado, passando a impressão de que não tem dispositivos egoicos próprios para fazer esse trabalho de reconstrução, podendo, dessa forma, tornar-se dependente deste objeto idealizado e, ao mesmo tempo, desvitalizado que é sua mãe.

Percebo, nessa análise, que o paciente está muito identificado com essa mãe passiva, e a não identificação com o pai faz com que o Édipo fique invertido. Repete essa desvitalização da mãe em sua vida conjugal, tornando-se vazio, passivo e dependente. Com isso, sinto que fica evidente que Ananias não se valoriza (baixa autoestima), parece ter assumido “o lugar dessa mãe” melancólica e, por outro lado, introjeta os aspectos agressivos e psicóticos do pai. A falta e o vazio parecem ser um dos núcleos de seu ego. Por isso, começo a pensar que, por vezes, Ananias demonstra sentimento de vazio existencial e um funcionamento melancólico. A melancolia é um luto provocado por uma perda da libido ou uma problemática conjunta do luto, da perda do objeto, do dano libidinal e da falha narcísica.

Essa relação de amor e ódio, presente na contratransferência, está vinculada à acentuada tensão a que está submetido o analista ao lidar com pacientes psicóticos que tem como característica o funcionamento ambivalente (amor e ódio), e em sua fantasia imagina que seu analista também funciona desta maneira. Utilizo a vinheta abaixo para ilustrar seu funcionamento projetivo.

Terapeuta: Essa tua atual situação parece ser cômoda!



Ananias: (Silêncio). Pois é! Realmente, ela é cômoda. Eu sei disso, mas me incomoda.

Terapeuta: Te incomoda!

Ananias: Sim. Parece que não?

Terapeuta: O que tu achas?

Ananias: Pelo que entendi, tu achas que eu estou gostando de estar acomodado. Mas não estou! Eu queria estar trabalhando, mas não estou. Tu achas que gosto de ser sustentado pela minha esposa? Não gosto, não! (Silêncio). Mas acho que isso vai mudar. Estou confiante! (Silêncio longo). O que vou te dizer agora! (Silêncio). Mas tu nem sabes o que fiquei imaginado, na semana passada, quando saí daqui. Falamos sobre minhas traições no primeiro ano de casamento com a Maria. Eu fiquei imaginando que tu ias telefonar para ela e contar tudo que falamos. Fiquei com essa viagem na cabeça.

Terapeuta: Pensou que eu te trairia?

Ananias: Pensei isso, sim. Cheguei a ficar angustiado, imaginando como seria se tu falasses com a Maria. Aí tudo iria para o ar mesmo. Cheguei a desconfiar que tu fizesses isso mesmo.

Terapeuta: Chegou a desconfiar de mim?

Ananias: Sim, cheguei!

Terapeuta: Tu confias em mim, Ananias?

Ananias: Confio desconfiando! Sei lá, não dá para confiar totalmente.

Terapeuta: Tem medo de ser traído?



Nesse momento, percebo todo o ódio que sente de seu pai (relações extraconjugais) fica projetado em mim.

Ananias: Tu sempre usas minhas falas para me perguntar algo. Nunca diz o que tenho que fazer e nem me sugere nada. Eu tenho que decidir tudo!

Terapeuta: Pois é, tenho a impressão que tu queres tudo bem mastigadinho.

Ananias: Não é isso, mas, às vezes, tu poderias dizer para mim o que tenho que fazer.

Terapeuta: Tipo receita de bolo?

Ananias: (Silêncio). Verdade, tipo receita de bolo. Isso é bom, de vez em quando. Mas tu não vai me dar isso não é!?

Terapeuta: Pois é, tu esperas que eu te ensine a receita e, ao mesmo tempo, não confia em mim achando que te trairia, contando para tua esposa de teus casos extraconjugais.

O paciente sorri.

Ananias: (Silêncio). Marcelo, isso foi viagem da minha cabeça. Eu sei que tu não farias isso de contar para minha esposa. Mas é que, sei lá. (Silêncio). Acho que me senti mal por ter contado isso.

Terapeuta: Mal ou mau?

Ananias: Os dois! Me senti culpado de fazer isso e de te contar. Puxa, minha mulher me dá tudo e eu aprontava com ela. Fiquei imaginado o que tu pensaste de mim.

Terapeuta: E o que achas que pensei?

Ananias: Que sou um sem vergonha e egoísta.



Nessa sessão, percebo-me incomodado e chateado pela desconfiança do paciente. Penso por que ele poderia estar duvidando de mim? Entendo a sua projeção e percebo que pouco temos trabalhado seu ódio com o terapeuta, mas me dou conta que tenho muita cautela, pois temo suas reações que, em minha fantasia, podem ser muito agressivas.

Convoco Winnicott (1947), identificando que essa coincidência de ódio e amor é algo que, caracteristicamente, repete-se na análise dos psicóticos, levando o tratamento destes pacientes a apresentar problemas de direção que, facilmente, podem esgotar os recursos do analista.

Essa desconfiança do paciente, oriunda de suas “falhas estruturais”, foi sentida por mim durante todo seu atendimento, como ataques que tinha e conseguia conter, mantendo-me ao seu lado e lhe proporcionando um ambiente em que poderia projetar todo seu ódio e sua raiva. Dentro desse contexto analítico, era invadido, constantemente, pelo paciente e, se não trabalhasse em supervisão e na análise pessoal, esse conteúdo que não eram meus, eu poderia prejudicar a função analítica e o desenvolvimento de seu tratamento. Nesse caso, tentei desenvolver um modelo continente-conteúdo (lugar do psiquismo do analista, onde o paciente vai colocar seu conteúdo, um conjunto de necessidades, angústias e objetos) para a contenção dessas descargas que, possivelmente, sua mãe não conseguiu metabolizar para ele. Ao “metabolizar” (função alfa), permitia que Ananias as reintrojetasse e desenvolvesse sua própria função alfa. A partir deste *rêverie* (estado mental receptivo incondicional) proposto por Bion, o paciente foi constituindo e elaborando sua capacidade de pensar.



Pelos meus relatos no desenvolvimento desse artigo, penso que Ananias é um paciente que demanda muito de mim, enquanto seu terapeuta, e a isso juntam-se suas constantes projeções, idealizações, ambivalências, compulsão a repetição, amor e ódio que despertam em mim uma série de sentimentos que, por vezes, provocaram algumas situações contratransferenciais. Com essa mescla de sentimentos, posso afirmar que Ananias é um paciente de difícil manejo que despertou em mim, como deveria ocorrer com as pessoas que os cercam, sentimentos ambivalentes e isso pode dar indícios de sua estrutura de personalidade regressiva, com fixações patológicas pré-genitais, de prevalência simbiótico-narcisista.

A partir das características regressivas, citadas anteriormente, e de dois surtos psicóticos, posso sugerir que Ananias se enquadra em uma estrutura psicótica de personalidade, definida por Bion (apud Zimerman, 1999) como um modo de funcionamento mental em que a hostilidade se dirige contra a realidade externa e interna, com projeções violentas (evacuação projetiva) onde a intolerância à frustração, à inveja e o ódio à realidade são expressos num ataque às funções perceptivas e aos vínculos.

Esses sentimentos fazem com que o terapeuta necessite estar preparado para suportar essa forte demanda por parte do paciente, o que fica bem caracterizado por Winnicott (1947), pois acredita que a tarefa do analista, ao trabalhar com pacientes regressivos, torna-se impossível a menos que o ódio do próprio analista seja consciente e bem delimitado. Ao mesmo tempo, sugere que o analista esteja se submetendo à análise pessoal, pois pacientes desse calibre representam sempre uma forte carga emocional e de projeções.



Acredito que minha função foi ficar inteiro e esperá-lo sempre, depois de seus ataques, com uma postura continente, com fortes cargas e descargas de identificação projetiva por parte de Ananias. Aceitando esse mundo interno não integrado, posso auxiliá-lo a integrar amor e ódio, e a decodificar sensações, interpretando e devolvendo, de forma não ameaçadora, a fim de que ele possa constituir-se como sujeito, aprendendo a lidar com as situações que lhe são ameaçadoras e angustiantes, para que isso não prejudique seu desenvolvimento da forma como estava ocorrendo.

Ao ficar inteiro e esperá-lo, ofereço e proporciono um ambiente suficientemente bom para que ele possa trabalhar e integrar questões pessoais e familiares que emperram seu desenvolvimento emocional. Minha ajuda na decodificação destes nós (nó), via contratransferência, serviram para o paciente iniciar sua “independência emocional”, tanto de sua mãe quanto de sua esposa, e isso fica evidenciado em uma ligação telefônica de Ananias, um ano após encerrar seu tratamento, pois, logo após iniciar no IBGE, não foi possível mais compatibilizar nossos horários, quando me conta de sua volta à sala de aula como professor.

O paciente deixa um recado na secretária eletrônica.

Ananias: Oi, Marcelo. Quanto tempo! Aqui quem fala é o Ananias. Assim que puder, entra em contato comigo. Um abraço.

Neste mesmo dia, entro em contato com Ananias.

Terapeuta: Boa noite, Ananias! Podes falar?

Ananias: Claro que posso, Marcelo!

Terapeuta: Tudo bem contigo?



Ananias: Tudo ótimo! Estou te telefonando para dizer que voltei a dar aula. Fui contratado pelo Estado como professor substituto, e estou dando aula de Geografia em uma escola de Viamão. Estou muito feliz e gostaria de dividir isso contigo.

Terapeuta: Que bacana, Ananias! Fico muito feliz com tua retomada acadêmica.

Emociono-me com a notícia, percebendo que, de alguma forma, pude oferecer e proporcionar ao meu paciente um ambiente em que ele pudesse se integrar e se desenvolver.

Ananias: Eu também, Marcelo! Pensei muito em ti, no nosso trabalho e na tua ajuda para que isso acontecesse. Também liguei para te agradecer por tudo e para te dizer que gostaria de voltar ao tratamento, pois estou com medo de perder tudo isso que conquistei.

Uma pena que não pudemos retomar seu tratamento pela incompatibilidade de horários. Tentei propor ao paciente o encaminhamento a outro profissional, o que não foi aceito por ele.

Acredito que foi, no espaço terapêutico construído por nós, que Ananias teve a oportunidade para pensar, conversar e expressar suas emoções e sentimentos mais primitivos. E foi neste lugar “diferente” dos que constituiu até então, acompanhado do meu olhar de terapeuta, que ele pode, constantemente, reconstruir sua capacidade de



conquistar coisas boas, assim como compreender sobre suas experiências vividas, sem ter a fantasia de que irá se desintegrar e perder tudo de uma hora para outra.

Considerações finais

Após supervisionar por um ano esse paciente, resolvi escrever sobre minha experiência clínica e questões contratransferenciais que pacientes regressivos despertam em nós enquanto seus terapeutas.

Quando decidi pelo tema da contratransferência, escutei de vários amigos e colegas de profissão que iria me expor enquanto profissional. Durante algum tempo, questionei-me se, realmente, deveria seguir adiante com esse artigo (projeto), se eu não iria me expor. Ao mesmo tempo, pensava que qualquer produção teórico-clínica não deixa de ser uma exposição profissional, e que o relato dessa minha experiência clínica com esse paciente, poderia me ajudar, como me ajudou, no meu desenvolvimento enquanto terapeuta.

Como foi possível observar ao longo desse trabalho, são vários os autores que destacaram a importância da contratransferência no tratamento analítico. Plagiando Hacker, concordo com sua afirmação de que cada situação transferencial provoca uma situação contratransferencial que surge da identificação do analista com os objetos do paciente. Cada vez mais, acredito que os fatores contratransferenciais são importantes ferramentas na percepção do mundo interno do paciente e procurei, nesse trabalho, evidenciar isso.

Pela ilustração desse caso, pode-se constatar quanto os pacientes com estruturas regressivas mobilizam e desencadeiam sentimentos e sensações que, durante seu desenvolvimento mais primitivo, não puderam ser contidos por seus pais o que fica



caracterizado diante do fracasso na relação objetal. Posso enfatizar que as cargas projetivas, por parte do paciente, foram frequentes e intensas, e que tais projeções são a representação de sua agressividade que não puderam ser contidas.

Durante o desenvolvimento do tratamento procurei ter o máximo cuidado para que, por minha contratransferência, eu não repetisse o que seus pais não conseguiram fazer, que era conter e diminuir a ansiedade do filho. Meu papel como terapeuta foi o de tentar proporcionar ao paciente um espaço continente, a fim de ajudá-lo a integrar e reintegrar suas angústias, tarefa que me pareceu bastante difícil, pelos sentimentos que este paciente me despertava durante todo seu tratamento e que representaram obstáculos na tentativa de lhe proporcionar um ambiente em que pudesse se desenvolver.

Para finalizar, ilustro com a escrita poética de Winnicott (apud Abram, 2000), sobre a passagem do objeto para o uso do objeto, o que tentei proporcionar ao Ananias, enquanto meu paciente.

Esta mudança (da relação para o uso) significa que o sujeito destrói o objeto. A esse respeito, um filósofo de gabinete poderia afirmar que, em vista disso, na prática, não existe algo como o uso de um objeto: se ele for externo, o objeto é destruído pelo sujeito. O filósofo deveria, isto sim, levantar-se de sua poltrona e sentar-se no chão com o paciente. Assim, perceberá que existe uma posição intermediária. Em outras palavras, descobrirá que, após 'o sujeito relacionar-se com o objeto', surge 'o sujeito que destrói o objeto' (quando se torna externo) e, então, teremos '**o objeto que sobrevive** à destruição operada pelo sujeito'. Mas tanto pode haver como não haver sobrevivência. Surge, então, um novo fator na teoria da relação de objeto. O sujeito diz ao objeto: 'Eu te destruí', e o objeto lá



está para receber esta comunicação. A partir daí o sujeito diz: 'Eu te destruí. Eu te amo. Tua importância pra mim reside na tua sobrevivência à destruição que te infligi. Ao amar-te, permanentemente estou te destruindo (inconscientemente) em minha **fantasia**'. Aqui tem início a fantasia para o indivíduo. O sujeito agora pode **usar** o objeto que sobreviveu. É importante salientar que não se trata apenas da destruição do objeto pelo sujeito, uma vez que o objeto está situado fora da área de controle onipotente. É igualmente importante colocar a questão de outra maneira, ou seja, que é a destruição do objeto que o situa fora da área de controle onipotente do sujeito. É dessa forma que o objeto desenvolve uma autonomia e uma vida próprias e (sobrevivendo) que contribui com o sujeito, conforme as propriedades que apresentar.



Referências

- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Bleger, J. (2003). *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bion, W. R. (1966). O aprender com a experiência. In: Wilfred Ruprecht Bion. *Os elementos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Cassorla, R. M. S. (2007). Do baluarte ao enactment: o “não-sonho” no teatro da análise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 3(41).
- Etchegoyen, H. (2004). Contratransferência. In: Horácio Etchegoyen. *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1961). Perspectivas futuras da terapia psicanalítica. In: Sigmund Schlomo Freud. (Ed.), *Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. XI. 1910). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1910).
- Freud, S. (1961). Recomendações técnicas aos médicos que exercem Psicanálise. In: Sigmund Schlomo Freud. (Ed.) *Edição standard brasileiras de obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago (Vol. XII). (Original published in 1912).
- Heimann, P. (1950). Acerca de la Contratransferência. Trabalho lido no 16° Congresso Internacional de Psicanálise, Zurique, 1949. Traduzido do *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. XXXI, 1950.
- Ogden, T.H. (1979). On projective identification. *The International Journal of Psychoanalysis*, Tradução (Vol. 60, p. 357-373).
- Ogden, T.H. (2003). Analisando a matriz da transferência-contratransferência. In: Thomas Harold Ogden. *Os sujeitos da Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.



Racker, H. (2004). Os significados e usos da contratransferência. In: Heinrich Racker.

Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1999). Ódio na contratransferência. In: Donald Woods Winnicott.

Escritos de pediatría y psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Zimerman, D. E. (2004). Contratransferência. In: David Epelbaum Zimerman. *Bion - Da*

teoria à prática. Porto Alegre: Artmed.