

# PUC

MAGDA BIASSUTTI DELECAVE

A EXPERIÊNCIA NOVA NA RELAÇÃO TERAPEUTICA  
NUMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, 01 de março de 1982.

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Marquês de São Vicente, 225 - CEP 22453

Rio de Janeiro — Brasil

N.Cham. 150 D346 TESE UC

Título A experiência nova na relação terapêutica, numa abordagem



Ex.1 PUCB

0030772

MAGDA BIASSUTTI DELECAVE

A EXPERIÊNCIA NOVA NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA,  
NUMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Angela Baraf Podkameni

Departamento de Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 01 de março de 1982.



30772

150

D344

TRASP. UC

UC-19130-9

"Quem no corpo onde não existe nenhum amor  
sabe fazê-lo nascer aí, esse é o médico  
mais hábil" (Platão)

a Maria Anita C.R. Lima . Silva e  
aos meus pacientes.

## Minha gratidão

- A Ângela Coutinho cuja valiosa colaboração e respeito, foram essenciais para a execução deste trabalho.
- A Inês Augran Dourado Barbosa, minha atual supervisora clínica, com quem muito aprendi sobre a importância da experiência nova na relação terapêutica.
- A Ângela Baraf Podkameni, orientadora deste trabalho, que me acompanhou durante sua elaboração.
- A Val pela boa vontade e cuidado na datilografia.
- Ao CNPq pela bolsa de estudos a mim concedida, ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ.

## RESUMO

Este trabalho pretende discutir a experiência nova vivida na relação terapêutica, e qual sua importância para o êxito do tratamento.

Buscou-se articular as concepções freudianas sobre a relação terapêutica com contribuições teóricas e técnicas de alguns autores psicanalíticos que tratam da importância de uma experiência nova vivenciada nesta relação.

## ABSTRACT

In this work, one intends to discuss the occurrence of a new kind of experience in the course of psychotherapy as well as its function in the success of the treatment.

The aim of this work is to relate the freudian conceptions about the therapeutic relationship to the theoretical and technical contributions made by post-freudian psychoanalysts who studied the new experience that takes place in this relationship.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	1
<u>CAPÍTULO I</u> - SOBRE A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA OBRA FREUDIANA.....	3
1.1 - A Evolução da Técnica Psicanalítica .....	3
1.2 - O Fenômeno Transferencial .....	9
1.3 - O Manejo do Fenômeno Transferencial .....	14
1.4 - A Influência Sugestiva .....	16
1.5 - A Regra da Abstinência .....	19
1.6 - A Modificação dos Objetivos Terapêuticos apartir da Reformu- lação de 1923.....	28
1.7 - Conclusões .....	32
<u>CAPÍTULO II</u> - SOBRE A IMPORTÂNCIA DE UMA EXPERIÊNCIA NOVA, VIVIDA NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA .....	36
2.1 - M.A. Sechchaye - "A Realização Simbólica" .....	36
Conclusões .....	43
2.2 - Héctor Fiorini - "O Vínculo Diferencial" .....	45
Conclusões .....	49
2.3 - Ronald Fairbain - "O Terapeuta como Objeto Bom" <sup>1)</sup> .....	51
Conclusões .....	57
2.4 - Donald Winicott - "A Experiência de Ilusão" .....	58
Conclusões .....	72
III - CONCLUSÕES - "A Experiência Nova na Relação Terapêutica" <sup>1)</sup> ..	75
IV - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	87



## INTRODUÇÃO

A escolha do tema deste trabalho, partiu de uma série de indagações surgidas na prática clínica, como terapeuta e como cliente. Estes questionamentos se referiam aos processos vivenciados na relação terapêutica.

A partir da prática, constatamos que, as modificações internas que se processam através do tratamento psicanalítico dependiam não só da interpretação, mas estavam também intimamente ligadas com uma experiência vivida na relação terapêutica: uma experiência nova, original que possibilitava uma mudança na maneira de perceber a si mesmo e "estar no mundo".

Percebemos também que esta experiência nova estava essencialmente relacionada com as experiências do passado. Como se a "velha história" estivesse sendo vivida novamente, só que de outra forma.

Com essas indagações, nos voltamos para o estudo da obra freudiana, no que se refere a relação terapêutica e os processos que nela se passam.

Através de nosso estudo observamos mais uma vez que a relação terapêutica é considerada por Freud, como fator essencial para o êxito do processo analítico, ao longo de toda a sua obra.

Entretanto constatamos que a atenção de Freud estava basicamente voltada para os fenômenos repetitivos que ocorrem na relação terapêutica.

Assim sendo, partimos para o estudo de autores psica-

nalíticos que, de formas diferentes, acentuam a importância de uma experiência nova vivida na relação terapêutica.

Sabemos que de forma alguma abrangemos a totalidade das contribuições teóricas e técnicas sobre o assunto. Entretanto, preferimos nos deter mais profundamente em algumas contribuições ao invés de ressaltar de forma mais superficial, um número maior de autores que trabalham sobre o tema.

Estamos também conscientes das limitações das questões por nós levantadas e de nossas conclusões. O tema deste trabalho aponta para uma série de discussões teóricas e técnicas. Pretendemos apenas oferecer uma contribuição que suscite questionamentos e discussões, sobre a nossa prática clínica.

## Capítulo I

### I - SOBRE A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA OBRA FREUDEANA.

Desde seus primeiros trabalhos Freud aponta para a importância da relação terapêutica no tratamento (3) (30)(32). Já em "Estudos sobre Histeria", e mesmo antes (12) ressalta a "disposição amistosa mútua" que precisa existir para o êxito do processo (13). Assinala também a necessidade da "expectativa confiante", formada pelo desejo de se curar, a confiança no analista e a simpatia(16). Em outro artigo coloca a personalidade do terapeuta como um fator importante na criação do estado anímico favorável à cura; e sobre a "magia da palavra", meio mais poderoso de um homem influenciar o outro (17).

Nesse sentido um estudo sobre esta relação nos remete às origens da técnica psicanalítica.

#### 1.1 - A Evolução da Técnica Psicanalítica (3)(4)(30)(32)

Freud deu início as suas investigações junto com Breuer, com quem em 1895 publicou "Estudos sobre Histeria", onde expõem um método terapêutico para o tratamento desta doença: o método catártico.

Suas conclusões foram as seguintes : (18)

- os sintomas histéricos tem um sentido, são substitutos de atos psíquicos normais.

- o descobrimento deste sentido coincide com a supressão do sintoma.

"los síntomas histéricos deberían su génesis al hecho de que un proceso psíquico cargado de intenso afecto viera impedida en algún modo su descarga por el camino normal conducente a la consciencia y hasta la motilidad, a

consecuencia de lo cual el afecto así represado tomaba caminos indebidos y hallaba una derivación en la intervención somática (conversión)". (18, pág. 112)

Nesta época, consideravam que os sintomas se deviam a um acontecimento traumático real: "Tais experiências traumáticas, segundo se postulou, tinham dado origem a uma "carga de afeto". Esta, juntamente com as lembranças do acontecimento traumático, era ativamente dissociada da consciência e conseguia expressar-se ao ser convertida em sintomas". (32, pág. 12).

O método catártico consistia em, através da hipnose, trazer essas representações à consciência e ao mesmo tempo efetuar a descarga normal do afeto. O terapeuta induzia o paciente a retornar ao estado psíquico em que o sintoma havia surgido pela primeira vez. "Uma vez tal realizado, emergiam na mente do paciente hipnotizado lembranças, pensamentos e impulsos que anteriormente haviam sido excluídos de sua consciência; e tão logo comunicasse ele esses fatos ao médico, acompanhados de intensas expressões de emoção, o sintoma era superado e impedido o seu reaparecimento". (15, pág. 257).

Em 1895, Freud já havia se afastado de Breuer devido ao papel que atribuía à sexualidade na patogenia das neuroses (30). Acaba também por abandonar a hipnotismo e o método catártico, em decorrência da dificuldade de algumas pessoas serem hipnotizadas profundamente, o que era necessário a este método.

A partir de uma observação de Bernheim, de que o vivido em estado de sonambulismo só aparentemente se acha esquecido, podendo ser devolvido à memória consciente do sujeito, com a afirmação imperiosa do médico de que não tinha mais remédio que recordá-

lo; Freud passou a utilizar a sugestão auxiliado por um artifício técnico: uma pressão com a mão na testa do paciente, procurava convencê-lo de que poderia encontrar a recordação patogênica (18).

Descobriu então que não era preciso grande insistência, normalmente emergiam várias associações. A partir disso e, acreditando na determinação escrita do psiquismo (tudo que o paciente diz tem conexão interna com ele mesmo) surgiu o método da "associação livre".

Não se sabe a data exata da descoberta deste método, parece que se desenvolveu entre 1892 e 1896, a partir da hipnose e sugestão, e da pressão e questionamento que eram exercidas no paciente. Jones descreve a ocasião história quando Freud estava pressionado e questionando Elizabeth Von R., e esta reclamou por ele estar interrompendo o curso de seus pensamentos. Freud teve a humildade de aceitar sua sugestão e o método da associação livre acabou por se transformar no procedimento básico da Psicanálise (4).

A regra técnica fundamental passou a ser que o paciente comunicasse com absoluta sinceridade tudo o que lhe viesse à consciência, mesmo que considerasse inoportuno e sem importância. Exatamente aquelas associações que provocavam essas objeções, se mostravam de extrema importância para o material esquecido.

O terapeuta, por seu turno, não exercia mais a influência pessoal: "sem exercer qualquer outra espécie de influência, convida-os (pacientes) e se deitam numa posição confortável num divã, enquanto ele se senta numa cadeira atrás deles, fora do seu campo visual. Nem sequer lhes pede que fechem os olhos, e evita tocá-los de qualquer maneira, como também evita qualquer outro pro-

cedimento que possa lembrar a hipnose. A sessão prossegue então como uma conversa entre duas pessoas igualmente acordadas, mas poupando-se uma delas qualquer esforço muscular e qualquer impressão sensorial perturbadora que possam desviar-lhe a atenção de sua própria atividade mental" (15, pág. 258).

Laplanche e Pontalis ressaltam que o termo "livre" significa que o desenrolar das associações não é orientado e controlado por uma intenção seletiva. Isto entretanto não quer dizer indeterminação; a regra da associação livre visa em primeiro lugar eliminar a seleção voluntária dos pensamentos, e deixar surgir uma ordem determinada do inconsciente (31).

Além disso, em 1896, Freud já havia completado o trabalho essencial da "Interpretação dos Sonhos", embora só o tenha publicado em 1900. A compreensão da estrutura e significado dos sonhos capacitou-o a utilizar as produções espontâneas do paciente como material para fazer interpretações e construções para chegar à memória reprimida (4).

A substituição do uso da sugestão pelo método da associação livre, trouxe modificações na relação terapeuta-paciente. Até então o terapeuta exercia um papel autoritário, pressionando e insistindo para que o paciente encontrasse a recordação patogênica. Com o método da associação livre o terapeuta não pressiona mais o cliente, pelo contrário, deixa-o à vontade, procurando promover um ambiente facilitador para que as associações emerjam.

Freud descobre também o papel fundamental da fantasia na vida dos neuróticos, mais importante que a realidade exterior. "A primeira fase da Psicanálise, se assim podemos delimitá-la inclui o trabalho de Freud e Breuer, durando até 1897, quando Freud descobriu que muitas lembranças traumáticas, especialmente as de sedu-

ção que lhe eram referidas por suas pacientes histéricas, em absoluto não constituíam lembranças de acontecimentos reais, mais eram relatos de fantasias" (32, pág.12).

Esta descoberta, os conhecimentos teóricos sobre a sexualidade infantil, a evolução da libido e o complexo de Edipo, levaram-no à seguinte formulação sobre as neuroses:

"las neurosis son la expresion de conflictos entre el yo y aquellas tendencias sexuales que el yo encontra incompatibles con su integridad o con su exigencias éticas. El yo ha reprimido tales tendencias, esto é, les ha retirado su intereses y les ha cerrado el acceso a la consciencia y a la descarga motora conducente a la satisfacion. Cuando in la labor analítica intentamos hacer conscientes estes impulsos inconscientes, se nos hacen sentir las fuerzas repressoras en calidad de resistências". (18, pág.117).

Freud já havia destacado a existência de uma resistência que se opunha à reconstrução da lembrança. Concluiu que esta força que resiste o tratamento é a mesma força que retirou as idéias patogênicas da consciência.

A mudança da teoria do trauma para a teoria da defesa levaram Freud a não mais se preocupar em encontrar a situação traumática: o trabalho se volta para superação das resistências. Além disso acaba por concluir que a hipnose e a sugestão apenas possibilitavam resultados passageiros, porque encobriam a resistência. Os resultados obtidos eram frutos da relação médico-paciente, da sugestão: quando a relação se rompia voltavam os sintomas.

Apesar de não utilizar mais a sugestão e a hipnose, Freud contava com a persistência da relação amistosa paciente-terapeuta para eliminar a resistência. Porém descobre um tipo de resistência que não podia ser vencida pela boa relação com o analis-

ta: esse novo aspecto da resistência se caracterizava por perturbações na relação terapeuta-paciente, tornando-se assim "o obstáculo mais grave" ao trabalho terapêutico (13).

Encontramos aí a primeira referência à transferência: quando o paciente se atemoriza ao perceber que transfere à pessoa do analista representações desprazerosas emergidas durante a análise (13).

Relaciona a transferência à emergência do mesmo afeto que originalmente levou o paciente a rejeitar o desejo inaceitável.

Inicialmente Freud encarou o Fenômeno Transferencial apenas como obstáculo, que devia ser tratado como qualquer outro sintoma. Entretanto a partir do fracasso do caso Dora, quando não foi possível dominar a transferência a tempo, passa a considerá-la uma "necessidade inevitável", um "fator indispensável" (14).

Apresenta neste artigo seu ponto de vista sobre transferências: novas edições de experiências passadas que são recriadas e se tornam conscientes durante a análise, há uma substituição de uma figura anterior pela figura do analista, isto é, o paciente pretende referir esses afetos antigos à situação analítica. (14)

Essas transferências podem ser:

- reedições: idênticas à situação original com exceção do objeto.
- edições revistas: mais elaboradas, o conteúdo do sujeito pode tornar-se consciente apoiando-se em alguma singularidade habilmente aproveitada da pessoa ou circunstâncias do médico. Essas transferências serão "reedições corrigidas" e não meras reproduções. (14)



Através do relato do caso clínico Dora, fica claro que a diferença entre "reedições" e "edições revistas" é que, nesta última, é percebida alguma característica do terapeuta. Entretanto trata-se de uma percepção seletiva, no sentido de "confirmar" a repetição do passado na relação terapêutica (14).

Neste artigo, Freud passa a acentuar a utilização da transferência como um instrumento básico do trabalho analítico. Somente depois de analisada a transferência é que o paciente alcança um sentido de convicção da validade das ligações estabelecidas na análise. Assinala ainda que a análise da transferência bem como sua destruição, é a estratégia fundamental para o êxito da investigação e do tratamento. (14)

O que de início foi encarado como obstáculo e dificuldade tornou-se ponto de partida para a investigação psicológica e inovação da técnica. A psicanálise nasceu da resistência e dos efeitos negativos da transferência (30).

A descoberta do Fenômeno Transferencial e a atenção dada a êle para o êxito do processo, investiram a relação terapêutica e os processos que nela se passam de uma maior importância. Entretanto, Laplanche e Pontalis apontam para o uso do plural - transferências - como indicativo de que nesta época (14), Freud ainda não colocava a transferência como fazendo parte da essência do processo (31). Só mais tarde este fenômeno irá se tornar o eixo do processo terapêutico.

### 1.2 - O Fenômeno Transferencial (3) (4) (30) (32)

Em 1912, no artigo "Dinâmica da Transferência", Freud apresenta a primeira explicação sistematizada do Fenômeno Transferencial. Coloca que a capacidade de amar de cada indivíduo se ca-

racteriza pela repetição constante através de toda a vida de um "clichê" ou estereótipo, que se formou da ação conjunta das disposições congênitas e influências ambientais; este se repetirá enquanto o permitirem as circunstâncias exteriores, porém suscetíveis de modificações sob a ação de impressões recentes. (19).

O "clichê" é formado por tendências libidinais conscientes e inconscientes. As primeiras são aquelas que realizaram uma evolução psíquica completa, se voltam para a realidade e estão à disposição da personalidade consciente. As inconscientes, devido à frustração, ficaram detidas em seu desenvolvimento, só podendo satisfazer-se na fantasia ou ficando confinadas no inconsciente (19).

A toda pessoa nova que surgir serão dirigidas as duas porções de libido (consciente e inconsciente. Desse modo o terapeuta será incluído em uma das "séries psíquicas" que o paciente formou até então. A isto chamou de transferência. "As peculiaridades da transferência para o médico, graças as quais ela excede, em quantidade e natureza, tudo que se possa justificar em fundamentos sensatos ou racionais, tornam-se inteligíveis se tivermos em mente que essa transferência foi precisamente estabelecida não apenas pelas idéias antecipadas conscientes, mas também por aquelas que foram retidas ou que são inconscientes" (19, pág.135).

Quando o terapeuta tenta tornar conscientes as tendências libidinais inconscientes, surgem como resistência todas as forças instintivas que levaram à repressão; "Pois se a introversão ou regressão da libido não houvesse sido justificada por uma relação específica entre o indivíduo e o mundo externo - enunciado, em termos mais gerais, pela frustração da satisfação - e se não se tivesse no momento, tornado mesmo conveniente, não teria absolutamente ocorrido" (19, pág. 137).

Além disso, a porção de libido consciente sofre atração da parte inconsciente. É necessário que seja vencida a atração do inconsciente, que equivale a levantar a repressão dos instintos inconscientes e seus produtos (19).

O próprio fenômeno transferencial é visto por Freud como um tipo de resistência:

"O paciente não recorda coisa alguma, do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (acts it out). Ele o reproduz não como lembranças, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo". (22, pág.196)

A partir das relações entre transferência e resistência distingue dois tipos de transferência: Positiva e negativa. A primeira formada de sentimentos amistosos passíveis de consciência e impulsos eróticos reprimidos. A segunda formada por sentimentos hostis<sup>1</sup>. A transferência de sentimentos hostis e (impulsivos) eróticos reprimidos é responsável pela formação do fenômeno transferencial propriamente dito, pelo que chama "Falsa Conexão". Esta porção da transferência é que pode se tornar fator de resistência ao tratamento. Este componente é que será analisado e destruído no processo terapêutico (19).

O outro componente sentimentos amistosos passíveis de consciência, é aceitável, subsiste, "constituindo o veículo de sucesso na psicanálise, exatamente como o é em outros métodos de

---

1 - Na tese de Coutinho, A. encontramos: "A nosso ver, Freud omitiu uma outra subdivisão dentro da transferência negativa, que se refere a sentimentos hostis não reprimidos capazes de consciência e a sentimentos hostis inconscientes" (3, pág. 85)

Estamos de acordo com esta colocação.

tratamento".(19, pág. 140)

Apesar das dificuldades que acarreta, é através do Fenômeno Transferencial que podemos conhecer com a máxima nitidez os conflitos reprimidos, tomando-se assim instrumento fundamental; "É nesse campo que a vitória tem de ser conquistada - vitória cuja expressão é a cura permanente da neurose. Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades, mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente. Pois, quando tudo está dito e feito, é impossível destruir alguém 'in absentia' ou 'in effigie'". (19, pág. 143)

Freud coloca ainda que não devemos tratar a doença como um acontecimento do passado, mas como uma força atual. Na "nova técnica", apesar de também ter por objetivo a recordação, não é possível impedir a repetição. Para transformá-la num motivo de recordação o principal instrumento é o manejo da transferência, ou seja, no campo da transferência a repetição é permitida ao ponto de se conseguir dar a todos os sintomas um novo significado transferencial, substituindo assim a neurose comum por uma neurose transferencial, da qual o paciente pode ser curado pelo trabalho terapêutico. "A transferência cria assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para outra é efetuada" (22, pág. 201). Destaca ainda que a transferência é um fragmento da experiência real, mas um fragmento que foi tornado possível por condições especialmente favoráveis, e que é de natureza provisória.(22)

Por essas passagens podemos perceber o caráter vívido, experiencial de que fica investido o fenômeno da transferência - experiência real vivida com o terapeuta. Na "nova técnica", a relação

terapêutica adquire importância crucial. Através dela será possível:

- conhecer os conflitos do paciente,
- levar a uma nova solução do conflito:

"Temos acompanhado essa nova edição do distúrbio antigo desde seu início, temos observado sua origem e seu crescimento e estamos especialmente aptos a nos situar dentro dele, de vez que, por sermos seu objeto, estamos colocados em seu próprio centro" (24, pág.517). E mais adiante "... dominar essa neurose nova, artificial, equivale a eliminar a doença inicialmente trazida ao tratamento - equivale a realizar nossa tarefa terapêutica". (24, pág-518)

Em nossa exposição vemos que na relação terapêutica estão presentes o Fenômeno Transferencial propriamente dito (Falsa Conexão) e o que Freud chama "Rapport", "Transferencia Aproveitável".

Coutinho, A. coloca que "As idêias antecipadas conscientes, ou melhor, a disposição da Personalidade consciente, estão voltadas para a realidade. Inferimos que essas idêias funcionam de acordo com o processo psíquico secundário e estão sujeitas à Prova de Realidade. Com isso queremos dizer que essas são logo confrontadas com a realidade e nesta confrontação se mantêm ou se rejeitam, dependendo da correspondência com o real" (3, pág.78).

E mais adiante: "Podemos dizer que essa parte do investimentos libidinoso que se dirige a realidade possibilita o que chamáramos "Relação Real" paciente-terapeuta, embora tenha um cunho transferencial num sentido psicológico - repetição de "clichês" ou "estereótipos suscetíveis de modificações sob a ação de impressões recentes" (3, pág. 79).

Por outro lado as idêias antecipadas inconscientes, mantêm-se afastadas da realidade, não ficam sujeitas a prova de Realidade e funcionam de acordo com os Processos Psíquicos Primários" (3, pág.79)

Estamos de acordo com essas colocações, vale frisar que quando falamos em idéias antecipadas, conscientes ou inconscientes, estamos tratando apenas de fenômenos de repetição:

- |  |   |
|--|---|
| <u>transferência</u><br>(fenômeno de<br>repetição) | - 1) "Transferência Aproveitável"<br>"Raport"<br>(tendências libidinais conscientes).             |
|  | - 2) Transferência propriamente dita<br>"Falsa conexão"<br>(tendências libidinais inconscientes). |

- 1) Capazes de modificação no confronto com a realidade; são facilmente modificáveis sob a ação de impressões recentes.
- 2) Cristalizadas, não entram em confronto com a realidade.

Para que ocorra a resolução do Fenômeno Transferencial ("Falsa conexão") e necessário que as tendências inconscientes se voltem para a realidade e possam ser utilizadas pela personalidade consciente: que se torne possível a inclusão do novo de cada experiência com relação a essas tendências.

### 1.3 - O Manejo do Fenômeno Transferencial

Freud ressalta que um dos fatores (além da interpretação) que torna possível a superação das resistências e resolução da transferência é a atitude do paciente com relação ao médico. "Devo começar a esclarecer que uma transferência está presente no paciente desde o começo do tratamento, por algum tempo, é o mais poderoso móvel de seu progresso. Dela não vemos indício algum, e com ela não temos por que nos preocupar enquanto age a favor do trabalho conjunto da análise. Se, porém, se transforma em resistência, devemos voltar-lhe nossa atenção...". (24, pág.516)

Em "A questão da Análise Leiga" encontramos:

"O neurótico põe-se a trabalhar porque tem fé no analista e neste crê porque adquire uma atitude emocional especial para com a figura do terapeuta. Também as crianças só acreditam nas pessoas às quais estão ligadas".

(28, pág. 255)

Em outro artigo Freud assinala que a força primária na terapia é o sofrimento e o desejo de ser curado, que dêse se origina. Entretanto, sôzinha, esta força não é suficiente para livrar-se da doença. A transferência torna-se fundamental, por isso não é viável começar as comunicações antes que uma forte transferência tenha se estabelecido. Acrescenta ainda que "com bastante frequência a transferência é capaz de remover os sintomas da doença por si mesma, mas sô por pouco tempo - apenas enquanto ela própria perdura. Neste caso o tratamento é por sugestão e não de modo algum, a Psicanálise. Sô merece o último nome se a intensidade da transferência foi utilizada para a superação das resistências".(21, pág. 186).

Por essas passagens pensamos que Freud está falando não só da "Transferência Aproveitável", mas também da "Falsa Conexão" que se estabelece, como importante na superação das resistências. Em outro artigo Freud aponta que "a resistência, afinal de contas, não cria este amor, encontra-o pronto, à mão, faz uso dele e agrava suas manifestações". (23, pág. 218)

Assim sendo concluímos que a atitude emocional do paciente tão importante para a superação das resistências depende das duas porções de libido: a consciente (voltada para a realidade), e a inconsciente que coloca o terapeuta como um representante de figuras importantes do passado do paciente, com quem vai repetir seus conflitos. Este significado que o terapeuta adquire, que o

coloca no "centro de sua doença", que possibilita o estabelecimento da "neurose transferencial", nos parece ser também de extrema importância para a superação das resistências (apesar de também poder se tornar elemento de resistência).

O "amor" a "atitude emocional especial", que leva o paciente a trabalhar, são frutos também daqueles desejos reprimidos, agora referidos ao terapeuta.

Estas colocações nos remetem ao uso da influência sugestiva no tratamento psicanalítico.

#### 1.4 - A Influência Sugestiva

Vimos que em seus trabalhos iniciais, Freud utilizava a sugestão, e que acabou por abandoná-la porque esta apenas contornava a resistência, mas não resolvia o problema: quando a relação se rompia voltavam os sintomas (18).

Entretanto isso não significa que a sugestão não continuou tendo uma função importante no tratamento. Em diversos artigos Freud destaca esta importância, assinalando porém a forma específica como ela é utilizada em Psicanálise: para a superação das resistências.

Em um artigo de 1904 Freud fala sobre a importância da influência do médico, e de sua personalidade na cura: "essas doenças (psiconeuroses) não são curadas pelo medicamento porém pelo médico, isto é, pela personalidade do médico, visto que através dela, exerce uma influência mental" (16, pág. 269).

Entretanto neste artigo faz uma distinção entre a técnica sugestiva e a analítica: a primeira não se preocupa com a origem, força e sentido dos sintomas, mas sobrepõe algo novo - a sugestão - que supõe ser bastante forte para impedir a exteriorização



da idéia patogênica. A segunda não quer agregar nada de novo, e sim extrair algo. Se preocupa com a gênese do sintoma e das conexões da idéia patogênica, que pretende fazer desaparecer (16).

Ainda no artigo, destaca a necessidade de que o paciente seja suscetível à educação, para que o tratamento tenha êxito:

"O tratamento psicanalítico pode, em geral, ser concebido como tal reeducação no superar as resistências internas"

(16, pág.277)

Em "Conferências Introdutórias sobre Psicanálise", encontramos novas referências às diferenças entre a sugestão hipnótica e a psicanálise: A primeira tenta encobrir e disfarçar algo existente na vida psíquica, proíbe o sintoma reforçando a repressão, existe uma absoluta passividade do enfermo. Além disso, a sugestão hipnótica não impede a recaída. Entretanto, em Psicanálise a sugestão é utilizada para fazer emergir o problema, encontrar a raiz do sintoma, para modificar o resultado dos conflitos. Exige tanto do médico como do paciente um penoso esforço para vencer as resistências internas, que quando dominadas impedem novas recaídas do paciente. "O primeiro age como comêstico, o segundo como cirurgia". (24, pág. 526)

Coloca também que: "Esse trabalho de superar as resistências constitui a função essencial do tratamento analítico; o paciente tem de realizá-lo e o médico lhe possibilita fazê-lo com ajuda da sugestão, operando em um sentido educativo. Por esse motivo, o tratamento psicanalítico tem sido apropriadamente qualificado como um tipo de pós-educação". (24, pág.526)

Com relação à influencia sugestiva encontramos também as seguintes considerações:

- "Esquema del Psicoanálisis" (Parte II):

"El método psicanalítico se diferencia de todos os sugestivos, persuasivos, etc., en que no intenta subjogar ningún fenómeno psíquico del sujeto. Procura descubrir la causación del fenómeno por medio de una modificación duradora de sus condiciones genéticas. La inevitable influencia sugestiva del médico es orientada en psicoanálisis hacia la superación de las resistências, tarea encomendada al paciente mismo". (18, pág. 120).

- Psicoanálisis: escuela freudiana:

"Transferencia - "en el tratamiento coincide con la fuerza que se ha chamado sugestion; sólo su correcto manejo, que el médico ha de aprender, permite inducir al paciente a superar sus resistências internas y a abolir sus represiones. El tratamiento psicoanalítico conviértese así en una reeducación del adulto, en una corrección de la educación del niño". (27, pág. 496)

Por essas passagens, podemos notar que apesar de Freud enfatizar que o vencimento das resistências fica a encargo do paciente, assinala também que o terapeuta auxilia nesse sentido, utilizando a influência sugestiva de uma maneira específica: para o vencimento das resistências.

Pensamos que a diferença entre a utilização dos métodos sugestivos e a utilização da sugestão na Psicanálise é que, nesta última, não se pretende impor uma solução, dirigir o desejo do paciente. A influência sugestiva e a 2ª educação se voltam para a libertação do desejo reprimido. Uma educação onde se "ensina" que o desejo é permitido, onde são superadas resistências internas e abolidas repressões. Vale ressaltar que poder desejar, não significa necessariamente a concretização do desejo. Voltaremos a esta questão mais adiante.

A partir da discussão sobre "influência sugestiva" nos parece importante abordar agora o problema da "Regra de Abstinência" e neutralidade terapêutica.

### 1.5 - A Regra de Abstinência

Laplanche e Pontalis definem Regra de Abstinência por: "Princípio pelo qual o tratamento analítico é conduzido de tal modo que o paciente encontre o menos possível de satisfações substitutivas para seus sintomas. Implica para o analista a regra de se recusar a satisfazer os pedidos do paciente a desempenhar efetivamente os papéis que este tende a impor-lhe. O princípio de abstinência pode em certos casos e em certos momentos do tratamento, especificar-se em indicações relativas a comportamentos repetitivos do indivíduo que dificultam o trabalho de rememoração e elaboração" (31, pág. 23).

Em "Observações sobre o Amor Transferencial" encontramos que a técnica analítica impõe ao médico o preceito de negar a satisfação amorosa pedida pelo paciente, que o tratamento deve ser levado a cabo na abstinência. Entretanto isso não quer dizer abstinência de tudo o que o paciente deseja, o que nenhum enfermo suportaria. Assinala a importância de não se esquecer que é preciso deixar existir no paciente o desejo e a necessidade como forças que o impulsionarão ao trabalho terapêutico. (23)

Freud coloca ainda: "Admitamos que este princípio fundamental de o tratamento ser levado a cabo na abstinência estenda-se muito além do caso isolado que estamos aqui considerando, e que ele necessite ser completamente debatido, a fim de podermos definir os limites de sua possível aplicação". (23, pág. 215)

Em 1918 (26), Freud discute alguns aspectos teóricos e

técnicos da "Psicanálise Ativa" proposta por Ferenczi.

Diz Freud: "já definimos a nossa tarefa terapêutica como algo que consiste em duas coisas: tornar consciente o material reprimido e descobrir as resistências. Nisso, somos ativos o bastante, não há dúvida. Mas devemos deixar que o paciente lide sozinho com as resistências que lhe assinalamos? Não podemos dar-lhe outro auxílio, além do estímulo que ele obtém da transferência? Não parece natural que o devamos ajudar também de outra maneira, colocando-o na situação mental mais favorável à solução do conflito que temos em vista? Afinal de contas, o que ele pode conseguir, depende, também, de uma combinação de circunstâncias externas. Devemos hesitar em alterar essa combinação, intervindo de maneira adequada? Acho que uma atividade dessa natureza, por parte do médico que analisa, é irrepreensível e inteiramente justificada". (24, pág. 204)

Assinala que "isso abre um novo campo na técnica analítica, cujo desenvolvimento exigirá cuidadosa aplicação, e que levará a regras bem definidas". (25, pág. 204)

Acrescenta ainda que a "Regra de Abstinência" irá provavelmente dominar o trabalho neste campo. É fundamental que seja mantida a frustração, força que impulsiona o paciente na luta pela cura; apesar de que isto só pode ser cumprido até certo ponto. (25)

Em "recordar, repetir e elaborar" (22), faz outras considerações a esse respeito, ao tratar da importância de que o paciente não derive os impulsos, e que os mantenha no terreno psíquico:

"Protege-se melhor o paciente dos prejuízos ocasionados pela execução de um de seus impulsos, fazendo-o prometer não tomar quaisquer decisões importantes que lhe afetem a vida durante o tempo de tratamento - por exemplo não

escolher qualquer profissão ou objeto amoroso definitivo - mas adiar todos os planos desse tipo para depois de seu reestabelecimento".

(22, pág. 200).

Entretanto comenta a inviabilidade de se limitar a liberdade do paciente, se compatível com essas precauções:

"... é apenas através de sua própria experiência e infortúnios que uma pessoa se torna sagaz".

(22, pág. 200)

A partir dos textos citados destacamos que Freud:

- enfatiza a importância de que a libido libertada pelo tratamento não seja reinvestida imediatamente em outros objetos.

- assinala que isto se deve, entre outras coisas, à necessidade de se manter a frustração, força que impulsiona o paciente na luta pela cura.

- refere-se também a possíveis medidas que o terapeuta pode vir a tomar para evitar que isto aconteça.

- destaca porém, que nem sempre é possível cumprir a "Regra da Abstinência"; entretanto é necessário muito cuidado com relação a "atitude" ativa do terapeuta.

Aqui faz-se necessária uma distinção entre:

- 1 - Abstinência por parte do terapeuta.
- 2 - Abstinência por parte do cliente.

Os aspectos da "Regra de Abstinência" relacionados às atitudes do terapeuta, estão diretamente ligados ao conceito de neutralidade.

Em 1912, em "Conselhos ao Médico Sobre o Tratamento Psicanalítico", Freud deixa bastante claro o que considera neutralidade. Aponta para o problema da "ambição terapêutica" e a "ambição

educativa". "Não posso aconselhar insistentemente demais aos meus colegas a tomarem como modelo durante o tratamento psicanalítico o cirurgião, que põe de lado todos os seus sentimentos, até mesmo a solidariedade humana e concentra suas forças mentais no objetivo único de realizar a operação tão competentemente quanto possível. Nas condições atuais, o sentimento mais perigoso para um psicanalista é a ambição terapêutica de alcançar, mediante este método novo e muito discutido, algo que produza efeito convincente sobre outras pessoas". (20, pág. 153)

Mais adiante comenta os perigos da atividade educativa: "quando as inibições evolucionárias estão solucionadas, acontece, espontaneamente, que o médico se encontre na posição de indicar no vos objetivos para as inclinações liberadas. Não é, então, nada mais que ambição natural que se esforce por transformar em especialmente excelente uma pessoa que ele lutou para livrar-se da sua neurose, e que determine altos propósitos para seus desejos". (20, pág.157)

Discute, em seguida, a questão da capacidade variável de sublimação de cada pessoa, e que se tentamos impedir as satisfações dos instintos por caminhos acessíveis e convenientes estamos impondo níveis de exigência, que apenas vão tornar sua vida ainda mais difícil. (20)

Essas considerações dizem respeito as opiniões e valores do terapeuta, do que considera mais ou menos "elevado" e o quanto é pouco viável impor estes desejos ao paciente. Isto seria, no final de contas, uma nova repressão.

Em "o Início do Tratamento", Freud enfatiza a importância que tem para o estabelecimento do "Rapport", que "o terapeuta

não assuma outro ponto de vista que não o da compreensão simpática"

(21, pág. 183)

Ainda em "Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica":

"Recusamo-nos, da maneira mais enfática, a transformar um paciente, que se coloca em nossas mãos em busca de auxílio em nossa propriedade privada, a decidir por ele seu destino, a impor-lhe os nossos próprios ideais e, com o orgulho de um criador, a formá-lo à nossa própria imagem e verificar que isso é bom".

(25, pág. 207)

Lembramos aqui as colocações de Freud quanto ao uso da influência sugestiva, para a superação das resistências - a Psicanálise como uma segunda educação. Lembramos também nossa conclusão sobre o significado desta segunda educação: uma educação onde se "ensina" que é permitido desejar. Podemos notar que esta conclusão está intimamente ligada às considerações de Freud sobre "neutralidade terapêutica"; ou seja, na segunda educação não se pretende modelar, dar uma nova direção ao desejo do paciente e sim libertá-lo.

Entretanto pensamos que, não assumir um papel modelador, não significa que não se está assumindo papel algum. Quando não se ocupa um determinado lugar está-se obrigatoriamente ocupando outro. A atitude "neutra" do terapeuta não é uma posição determinada?

Passaremos agora à discussão da "Regra da Abstinência" no que diz respeito à atitude do paciente.

Como vimos, Freud destaca a importância de que a libido libertada pelo tratamento não seja reinvestida imediatamente em outros objetos. Aqui estamos tratando dos conceitos psicanalíticos denominados "Agir" e "Acting Out".

Laplanche e Pontalis definem "Agir" por: "Segundo Freud, ato pelo qual o indivíduo sob a influência dos seus desejos e fantasias,

os vive no presente com um sentimento de atualidade tanto mais vivo quanto lhe desconhece a origem e o caráter repetitivo".

(31, pág. 36)

Nesse sentido a repetição transferencial é uma forma de "Agir": "O paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu ou reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (acts it out)".

(22, pág- 196)

"Acting Out" é a tradução em inglês do que Freud chama "Agir". Laplanche e Pontalis mencionam a ambiguidade desta expressão, pois a definição geralmente aceita contrapõe a repetição transferencial a "Acting Out"; a última entendida como uma tentativa de ruptura da relação analítica. Enquanto que "Agir", também se refere a repetição transferencial. (31)

Com relação a "Acting Out" destacamos:

- seu caráter impulsivo e de tentativa de rompimento da relação analítica.
- quanto ocorre dentro da situação analítica é denominado "Acting out inside".
- quando ocorre fora da situação analítica (acting out outside), dificulta o trabalho terapêutico, na medida em que essas



pulsões devem ser vividas na relação transferencial, para que possam ser trabalhadas.

Laplanche e Pontalis destacam ainda a própria ambiguidade de Freud com relação à expressão "Agir"; "que não diferenciou nem articulou os fenômenos de repetição na transferência e os de "Acting Out". (31)

Aqui retomamos a questão por nós levantada sobre a importância da diferença entre poder desejar e a concretização do desejo.

Ainda no verbete "Agir", do "Vocabulário de Psicanálise" encontramos uma referência a esta questão, quando mencionam uma confusão no pensamento freudiano: "ele confunde o que na transferência é atualização e o recurso à ação motora, que a transferência não implica necessariamente" (31, pág. 36); ou seja, a transferência implica em atualização, mas não necessariamente em ação motora.

Em "Observações Sobre o Amor Transferencial", Freud coloca que; "se os avanços da paciente fossem retribuídos, isso constituiria grande triunfo para ela, mas uma derrota completa para o tratamento. Ela teria alcançado sucesso naquilo porque todos os pacientes lutam na análise - teria tido êxito em atuar (acting out), em repetir na vida real, o que deveria apenas ter lembrado, reproduzido como material psíquico e mantido dentro da esfera dos eventos psíquicos" (25, pág. 215).

E quanto à importância que tem o desejar, a emoção, o poder sentir e admitir o desejo?

Freud coloca que "conflito patogênico nos neuróticos não deve ser confundido com uma luta normal entre dois impulsos mentais, ambos em mesmo pé de igualdade. Em primeiro lugar, a dissensão

se faz entre dois poderes, um deles tendo rompido até o estágio do que é pré-consciente ou consciente, ao passo que o outro foi mantido reprimido no estágio inconsciente... Uma verdadeira decisão só pode ser obtida quando ambos se encontrarem no mesmo chão. Penso que a única tarefa de nossa terapia consiste em tornar isso possível". (24, pág.506)

Por essas passagens vemos que na neurose um dos aspectos do conflito está reprimido. Assim sendo, pensamos que poder desejar, admitir o desejo, está diretamente relacionado com torná-lo consciente; colocar as duas forças no mesmo plano, anulando assim as condições que presidem a formação do sintoma.

Retomando alguns aspectos do que foi exposto até agora, vimos que:

- A partir da descoberta do Fenômeno Transferencial e da resistência, o trabalho terapêutico se voltou para o vencimento das resistências e a resolução do Fenômeno Transferencial.

- Após o estabelecimento da neurose transferencial todos os conflitos do paciente serão referidos à relação terapêutica. O médico, incluído em uma das "séries psíquicas" do paciente, encontra-se no centro de sua doença. O manejo que o terapeuta faz dessa nova "neurose artificial", tornará possível a cura.

- Neste manejo o terapeuta utiliza, além da interpretação, a influência sugestiva de uma forma específica: para o vencimento das resistências. A psicanálise se converte assim em uma segunda educação.

Articulando o modo como Freud concebe o uso da influência sugestiva com os conceitos de "Regra de Abstinência" e "Neutralidade", concluímos que a influência sugestiva e a segunda educação que ocorre no processo terapêutico, está voltada para a libertação do

desejo do paciente. Além disso vimos que poder desejar não significa necessariamente que este desejo seja concretizado. Entretanto poder admitir o desejo está relacionado a tornar consciente o inconsciente, na medida em que este estava reprimido.

- o que contribui para a eficácia da influência sugestiva, no sentido de auxiliar o vencimento das resistências, é a atitude do paciente em relação ao médico. Em função do fenômeno transferencial, o terapeuta está investido de um "afeto especial", torna-se um representante de figuras importantes do passado do paciente com quem vai reviver seus conflitos.

Aqui levantamos a seguinte questão: o que se passa nesta relação após o estabelecimento da neurose transferencial?<sup>1</sup>

Em nossa opinião, do mesmo modo que a neurose transferencial que se estabelece, é algo vivido, "fragmento da experiência real", o processo que vai do estabelecimento até a dissolução da neurose transferencial, ou seja, sua evolução, é também uma experiência vivida na relação com o terapeuta.

Vimos que a partir do estabelecimento da "neurose transferencial", o terapeuta se torna um representante de figuras importantes do passado do paciente, fica investido de um "afeto especial". O paciente passa a referir todos os seus conflitos à relação terapêutica. Por outro lado, o terapeuta assume uma postura determinada: não impõe uma solução, nega-se a assumir um papel modelador e repressivo.

Ora, esta atitude do terapeuta é algo novo, incluído na relação pelo terapeuta. De que modo este fator contribui para a evolução da neurose transferencial?

Para melhor aprofundar estas questões passaremos à discussão da mudança dos objetivos terapêuticos a partir da última

---

1 - Coutinho, A. Comunicação pessoal

formulação do Aparelho Psíquico (1923).

1.6 - A Modificação dos Objetivos Terapêuticos a partir da Reformulação de 1923. (3)

A partir da última reformulação do aparelho psíquico, composto pelo Id, Ego, e Super Ego, ocorre uma mudança nos objetivos da terapia psicanalítica. Até então, os esforços da Psicanálise estavam voltados para atrair o inconsciente à consciência, anulando as condições que presidem a formação do sintoma e transformando assim o conflito patogênico em um conflito normal que acabará encontrando alguma solução (24).

Com a reformulação de 1923 o trabalho se volta para a ampliação, fortalecimento e unificação do Ego. No Artigo o "Ego e o Id" Freud expressa essa idéia quando menciona que a Psicanálise é o instrumento para capacitar o Ego a conquistar progressivamente o Id. (26)

Em 1933 afirma que os esforços da psicanálise são entendidos por: "robustecer o Ego, torná-lo mais independente do Super Ego, ampliar seu campo de percepções e desenvolver sua organização, de modo que possa apropriar-se de novas partes do Id: aonde era Id, há de ser Ego. É um trabalho de cultivo". (29, pág. )

No artigo: "Questão da Análise Leiga" (1926) Freud discute as Relações entre o Ego e o Id e as implicações em relação à formação da neurose e o trabalho terapêutico.

O Id, regido pelo Princípio do Prazer, busca satisfação imediata. Entretanto a experiência leva à constatação de que esta só pode ser obtida com a ajuda do mundo externo. A partir daí o Ego, que é a parte do Id dirigida ao mundo externo começa a fun-

cionar: A força provém do Id; mas a direção, sem a qual nenhuma meta pode ser alcançada, é dada pelo Ego. Esse conduz sua atividade em duas direções: observar o mundo externo e influenciar o Id para se refrear, mudar e adiar a satisfação. O "Princípio do Prazer" é substituído pelo "Princípio de Realidade", que persegue os mesmos objetivos - satisfação - mas leva em conta a realidade externa. Com o tempo, além da adaptação ao mundo externo, o Ego aprende também a modificá-lo. (28)

"Tudo corre bem quando o Ego estiver do posse de toda a sua organização e eficiência, se tiver acesso a todas as partes do Id e puder exercer sua influência sobre ela, pois não existe qualquer oposição material entre o Ego e o Id: eles se pertencem e em condições saudáveis não podem na prática ser distinguidos um do outro" (28, pág.229)

Entretanto, devido à sua debilidade na ocasião em que se incumbe da tarefa de mediador entre o Id e o mundo externo, institui a repressão dos impulsos instintuais. "Todas as repressões decisivas se verificam na infância" (28, pág. 232)

" A divergência verifica-se entre o mundo externo e o Id, e é porque o ego, leal a sua natureza mais íntima, toma partido do mundo externo que ele se torna envolvido num conflito com seu Id. Mas observe que o que cria o determinante da doença não é o fato desse conflito - pois discordâncias dessa natureza entre a realidade e o Id são inevitáveis, sendo uma das principais tarefas do ego servir de mediador nelas -mas a circunstância do ego haver feito uso do instrumento ineficiente da repressão para lidar com o conflito (28, pag.232).

Por essa passagem podemos notar que Freud ressalta que o problema não está necessariamente na não satisfação do impulso do Id (concretização do desejo); mas na repressão exercida pelo Ego, em relação a esses impulsos (poder desejar).

A repressão é sempre um instrumento ineficiente, o desejo está sempre querendo se impor, nem que seja através de sintomas. O ego possui outros recursos para lidar com os conflitos entre o Id e a realidade externa. Entretanto, ao utilizar a repressão impede o desejo, levando a neurose.

Ainda no artigo encontramos: O ponto nodal de toda a situação é a força relativa da organização do Ego. Desse modo a finalidade da terapia é "restaurar o ego, livrá-lo de suas restrições e dar-lhe de volta o domínio sobre o Id que ele perdeu devido às suas primeiras repressões". (28, pág.233).

Assim sendo, a partir de 1923, torna-se importante para o êxito do processo o fortalecimento e desenvolvimento do Ego.

Ainda no Artigo "O Ego e o Id" encontramos: "Descobrimos durante a análise que, quando apresentamos certas tarefas ao paciente, ele experimenta dificuldade, as associações falham, quando deviam estar se aproximando do reprimido. Dizemos-lhe então que está dominado por uma resistência, mas ele se acha inteiramente inadvertido do fato e, mesmo que adivinhe, por seus sentimentos desprazerosos, que uma resistência encontra-se então em ação nele, não sabe o que é ou como descrevê-la. Entretanto, visto não poder haver dúvida de que esta resistência emana do seu eu e a este pertence, encontramos-nos numa situação imprevista. Deparamo-nos com algo no próprio eu que é também inconsciente, que se comporta exatamente como o reprimido - isto é, que produz efeitos poderosos sem ele próprio ser consciente e que exige um trabalho especial antes de poder ser tornado consciente. Do ponto de vista da prática analítica, a consequência desta descoberta é que iremos parar em infindáveis obscuridades e dificuldades se nos ativermos a nossas formas habituais de expressão e tentarmos por exemplo, derivar as neuroses de um conflito entre o consciente e o inconsciente. Teremos que substituir esta antítese por outra, extraída de nossa compreensão interna (insight) das condições estruturais da mente - a antítese entre o eu coerente e o reprimido que é expelido dele". (11,pág.57)

Assinala também que "todas as experiências da vida que se

originam do exterior enriquecem o eu; o id contudo é o seu segundo mundo externo que ele se esforça para colocar em sujeição a si".

(11, pág. 60)

Alguns seguidores de Freud que se dedicaram ao estudo da estrutura do Ego colocam por exemplo que:

- Podemos pensar que esse deslocamento de interesse para o Ego supõe uma tomada de consciência da dialética das relações sujeito e realidade (2)(3). "Não basta, portanto, tornar-se consciente o inconsciente, para se processar a cura analítica. É importante se ampliar o campo perceptivo do paciente, tarefa possibilitada pela conscientização dos conteúdos reprimidos, e pela própria experiência terapêutica, onde o paciente vive uma relação única facilitadora da ampliação do seu campo perceptivo".(3, pág.52)

Fiorini, baseado nas colocações de Freud no artigo "O Ego e o Id", considera possível concluir que:

- "Eu e sistema percepção - consciente já não são sinônimos. Aludem a diferentes organizações de funções, cujas relações passam a se converter numa outra zona de investigação clínica".

(11, pág. 58)

- "As funções do eu consistem em conjuntos de operações, processamentos, transformações, das quais o sujeito registra de modo consciente apenas alguns de seus resultados. Alguns destes processamentos desempenham funções defensivas. Outros numerosos conjuntos de operações se aplicam em cada etapa evolutiva, a categorizar manipular, aprender, discriminar diferentes domínios da realidade",

(11, pág. 59)

- "As funções do eu intervenientes no manejo do real constituem um sistema destinado a crescer com as experiências pró-

prias deste manejo -... A lei deste sistema de funções é o crescimento na experiência". (11, pág.59)

- "A experiência deste crescimento de funções e capacidades gera um princípio de prazer na realidade (destinado a substituir ou a entrar em oposições conflitivas com o princípio do prazer próprio do Id e da estrutura narcísica). (11, pág.60)

Apesar das considerações destes autores (2), (11) - que enfatizam o fator experiência - Freud não discute de que modo a experiência vivida, diferente da original, na relação terapêutica contribui para o alcance desses novos objetivos terapêuticos.

Greenson assinala que "When Freud discovered the crucial importance of the tematically analysing of the patients, there was some twenty years ahead of discovering the ego implications of his procedure. Today we seem to know a great deal more about ego functions than we are able to use directly in our technique. But I believe that our greatest hope for progress in technique lies in a better integration of clinical, technical, and theoretical knowledge".

(4,pág.17)

#### 1.7 - Conclusões

Em nosso estudo sobre a relação terapêutica na obra freudiana nos foi possível concluir que:

- A importância desta relação, para o êxito do processo, é enfatizada ao longo de toda a sua obra.

- A partir da descoberta da transferência e da resistência, a importância desta relação e os processos que nela se passam tornaram-se maiores.

- Freud destaca que no estabelecimento do Fenômeno Trans -



ferencial estão presentes tendências libidinais conscientes e inconscientes. As primeiras possibilitam o estabelecimento do "Rapport", enquanto que as segundas, do Fenômeno Transferencial propriamente dito ("Falsa Conexão").

- A transferência propriamente dita é que se torna resistência ao trabalho terapêutico. O "Rapport" subsiste e é um fator importante para o êxito do processo.

- A estratégia clínica passa a ser a análise e dissolução da transferência. Apesar das enormes dificuldades que acarretam na prática clínica, é através do fenômeno transferencial que será possível conhecer os conflitos do paciente.

- O manejo deste fenômeno se faz a partir do estabelecimento da "neurose transferencial", que substitui a neurose do paciente por outra neurose artificial na situação analítica. Nesta nova neurose todos os conflitos do paciente passam a ser referidos à relação com o terapeuta; este se encontra no "centro de sua doença".

- Para a evolução a "neurose transferencial", o terapeuta utiliza, além da interpretação, a influência sugestiva.

- O uso da influência sugestiva, em Psicanálise, se refere a auxiliar o vencimento das resistências; não significa impor algo ao cliente como nos métodos sugestivos. Nesse sentido, Freud aponta para as questões de "Neutralidade Terapêutica" e "Regra de abstinência".

- A partir disso concluímos que o que Freud considera ser "neutro", implica numa determinada atitude assumida pelo terapeuta. Esta se constitui num elemento novo incluído pelo terapeuta; porém essa postura não implica em dirigir o desejo do paciente, e sim possibi-

litar que o desejo deste surja.

- Ainda com relação à "Regra de Abstinência" Freud destaca a importância de que os desejos do paciente não sejam satisfeitos na relação terapêutica. Nesse sentido apontamos para a importância da diferença entre poder desejar e concretização do desejo. Concluimos que o poder desejar tem importância crucial, na medida que equivale à conscientização dos conteúdos reprimidos.

- Pensamos também que o uso da influência sugestiva e a segunda educação que se processa no tratamento se refere à liberação do desejo; uma educação onde se ensina que desejar é permitido.

- A partir das reformulações teóricas de 1923 sobre o Aparelho Psíquico, ocorre uma modificação nos objetivos terapêuticos "não bastava mais tornar consciente o inconsciente"; faz-se necessário fortalecer o Ego.

- Os novos objetivos da Psicanálise apontam para uma maior importância dos processos que se passam na relação terapeuta - paciente. Entretanto Freud não reavalia esta relação a partir da mudança de objetivos. Destaca apenas a necessidade de um trabalho com as resistências do Ego.

A partir do estudo feito na obra Freudiana, pensamos que: do mesmo modo que a "neurose transferencial" (fenômeno de repetição), é algo experienciado pelo cliente na relação com o terapeuta, o processo que vai do estabelecimento até a dissolução da neurose transferencial (sua evolução), também é uma experiência vivida nesta relação.

A nosso ver esta colocação aponta para experiências inéditas, vividas pelo paciente na relação terapêutica.

Não é a ênfase dada por Freud a relação terapêutica. Apesar de assinalar que a Regra de Abstinência não pode ser utilizada sempre, e a necessidade de um estudo sobre que desejos e de que forma precisam ser satisfeitos, a atenção de Freud estava essencialmente voltada para os fenômenos repetitivos que ocorrem na relação com o terapeuta. O que nos interessa abordar neste trabalho é a experiência nova, inédita que surge nesta relação. Até a própria atitude "neutra" descrita por Freud pode ser vista (como já foi apontado, anteriormente neste trabalho), como uma "nova" experiência para o paciente.

Desse modo nos voltamos para as contribuições teóricas e técnicas de autores psicanalísticos, que tratam da importância de uma experiência nova vivida na relação terapêutica.

## Capítulo II

### 2 - SOBRE A IMPORTÂNCIA DE UMA EXPERIÊNCIA NOVA, VIVIDA NA

#### RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Neste capítulo destacaremos outros enfoques de aspectos teóricos e técnicos da Psicanálise, de autores que, de formas diferentes, apontam, aprofundam e reavaliam questões relacionadas ao tema deste trabalho.

#### 2.1 - M.A. Sechehaye - "A Realização Simbólica"

A expressão "Realização Simbólica" foi criada por M.A. Sechehaye, para designar o método psicoterapêutico por ela descoberto durante o tratamento de um paciente esquizofrênica.

A exposição do caso clínico e dos aspectos teóricos do método, foi levado a público em 1947, na monografia "La Realization Symbolique: Nouvelle méthode de Psychotherapie appliquée à un cas de schizophrénie". Três anos mais tarde, a paciente, Renée, publicou em "Jornal d'une schizophrène"), o relato de sua experiência, da doença e do processo terapêutico.

A paciente já havia passado por vários tipos de tratamento, antes de chegar aos cuidados de M.A. Sechehaye. Os prognósticos eram sempre muito pouco animadores, devido à duração e gravidade da doença.

Sechehaye iniciou o tratamento analítico de Renée, que durante um ano trouxe alguma melhora ao estado da paciente. Renée terminou o ano letivo e conseguiu um emprego.

Porém a analista observou tratar-se apenas de uma melhora superficial, a esquizofrenia continuava se desenvolvendo: "El sim-

ples hecho de encontrar las causas no es capaz de redimir al Yo del sentimiento de culpabilidad". (33, pág. 37) Começou a fazer certas alterações no tratamento. Ao invés da posição clássica (o analista fora do campo de visão do paciente), passou a sentar-se ao lado de Renée, na tentativa de demonstrar que alguém a escutava e que não estava só. Para a paciente, o fato de não ver a terapeuta, fazia com que não acreditasse na sua presença. Além disso, tomou o partido do Ego, contra o auto-castigo inconsciente; "... rechacé las acusaciones, condené el Sistema de castigo y uni mis protestas a las de Renée. En cada uno de los casos se sintió aligerada mi paciente". (33, pág. 37).

Entretanto, a autora coloca que essas modificações não foram suficientes. Renée sofreu uma nova crise e foi internada. Teve alucinações auditivas, negava-se a comer e tentou por diversas vezes suicidar-se.

Através de desenhos feitos pela paciente, a analista foi, pouco a pouco, compreendendo seus conflitos. Procurou responder-lhe usando os símbolos dos desenhos (na sua linguagem simbólica), o que aliviavam-na parcialmente. "Pero todo esto no fué suficiente para lograr una verdadera mejoría. Tuve que buscar algo más. Lo que he encontrado ha sido una respuesta más directa". (33, pág. 45)

Três anos passaram entre pequenas melhoras, alternadas com estados de grave desorientação psicótica.

A descoberta e primeira utilização do método ocorreu quando Renée se recusava a comer. Neste época estava com uma grave anorexia.

Dizia a paciente que o "único necessário" eram maçãs, entretanto não podia comê-las: "continuamente las rechazaba y repetía sin cesar que le estaba proibido comer otra cosa que no fueran

manzanas". (33, pág. 46)

A analista tentou resolver o problema levando-lhe quilos de maçãs, dizendo que lhe daria quantas quizesse. Entretanto Renée lhe responde: "Si, pero esas son manzanas compradas, manzanas para adultos: Yo quiero manzanas dela madre como éstas! apontando para o peito da terapeuta: "Estas manzanas sólo las dá la madre cuando se tiene hambre". M.A.S. corta um pedaço de maçã e lhe diz "Es tiempo de beber la buena leche de las manzanas de la madre. Mamá te la dará". (33, pág. 47) Renée apoia-se no ombro da terapeuta e come com os olhos fechados, cerimoniosamente (33).

Em sua exposição, Sechehaye apresenta uma série de dados sobre a situação familiar em que Renée foi criada. Deixa claro como nos primeiros anos de vida não houve um meio adequado para que a paciente pudesse se desenvolver normalmente. A série de traumas e privações que sofreu impediram o desenvolvimento do Ego. Em sua opinião, Renée havia permanecido ligada à mãe, pela falta, sem poder acostumar-se a uma vida independente.

Para a autora, através dos delírios, sua paciente buscava compensações para essas privações. A dificuldade em se recuperar devia-se ao fato de que essas privações, no início do seu desenvolvimento, achavam-se ligadas a necessidades básicas, tais como poder acreditar no direito à vida, ao amor e ao prazer.

Diz Sechehaye: "entre los hechos no aceptados y la ilusión se encontraba el deseo legítimo que, por no haber sido realizado nunca, causaba fixación, la agresividad y el sentimiento de culpabilidad". (33, pág. 116). "Todo el problema consistia, pues, en realizar este deseo para que ya no tuviesse que ser compensado mediante la ilusión y para que pudiera darse un curso al impulso dinámico... Pero la realización directa era imposible:

Renée no podia volver a la edad de lactante para satisfacer las necesidades correspondientes a esta edad. Tenia que buscar, por lo tanto, um substituto: el simbolo bajo cuya forma me pedia la satisfaci6n". (33, pág. 116)

Segundo a autora, as maçãs significavam para Renée o leite materno. Através de seu procedimento pretendia mostrar à paciente o amor da mãe e a vontade de alimentá-la. "La madre alimentadora substituy6 a la frustrada". (33, pág. 48)

O método da Realização Simbólica, segundo a definição de Sechehaye, consiste portanto na "Realización de los deseos inconscientes, segun la expressi6n simb6lica de la paciente". (33, pág. 19). Sechehaye passou a utilizar este método de forma sistemática, tendo como objetivo possibilitar a reconstrução do Ego.

Através de muitas experiências na sua utilização, conclui que, para que este fosse eficaz, era necessário:

- ter em conta o estágio de regressão em que a paciente se encontrava,
- não passar à fase seguinte enquanto a paciente não expressasse o desejo de fazê-lo.

Procurou satisfazer as necessidades inerentes a cada fase de desenvolvimento, utilizando diferentes símbolos, ora indicados pela paciente, ora criados por ela.

Sechehaye destaca a importância de não apressar Renée, respeitar seu tempo, seu ritmo. Por diversas vezes, demonstra à paciente que não é necessário que ela se torne independente, que tem prazer em cuidá-la. Considerava que, se Renée pudesse satisfazer seus desejos de dependência, poderia aos poucos, desenvolver-se e querer, de forma genuína, ser independente. Aos poucos vai percebendo inclusive o que existia por trás de determinadas atitu-

dos de Renée: movimentos de independência que "perguntam" se Seche haye a aceita dependente. Renée, por exemplo, disse certa vez à analista que já queria alimentar-se sôzinha. Diante do consentimento da analista, teve uma violenta crise depressiva. Na segunda vez que Renée manifestou a vontade de comer sôzinha, disse-lhe a terapeuta: "Está bien, pero sólo un panecillo, porque mamá prefiere darle de comer ella misma a Renée". (33, pág. 70). Aliviada, a paciente comentou que se a mãe continuaria alimentando-a, poderia com mais facilidade e frequência, comer sôzinha. (33)

Na opinião da autora, devido aos sentimentos de culpa que os desejos provocavam em Renée, era necessário que a analista descjasse por ela (desejar que Renée se alimentasse, se arrumasse, etc...). Dessa forma, Renée poderia passar a desejar por si mesma, sem culpa. (33)

Como exemplo desta colocação, podemos citar a segunda aplicação do método. M.A. Sechehaye descobriu que Renée gostava de banhar-se. Passou então a "mandar" Renée tomar banho, pretendendo demonstrar que ela considerava importante que Renée tomasse banho e, portanto, a paciente não tinha motivos para se sentir culpada por isso. Renée começou espontaneamente a cuidar de seu corpo e de suas roupas. Entretanto Sechehaye coloca que cometeu um erro nesta situação. Certa vez disse à enfermeira, na presença de Renée, que preparasse quantos banhos a paciente quizesse. Renée voltou a "ouvir vozes", e não quis mais banhar-se. Era necessário acentuar a vontade da "mãe" que exigia o banho, em contraposição às "vozes", que lhe faziam sentir culpada pelo prazer que sentia nessa situação. (33)

Quanto ao processo de regressão, Sechehaye aponta para a necessidade de permitir que a paciente regrida até onde queira, e



acompanhar a paciente, satisfazendo os desejos que forem surgindo.

Coloca ainda que foi preciso acompanhar Renée até à última regressão. Renée precisou regredir até a fase fetal: desejava retornar ao corpo materno.

Certa vez, quando Renée sofria com as alucinações auditivas, Sechehaye disse-lhe: "Mamá hará callar a esas malas voces que tanto castigan a Renée, y Renée dormirá en su agradable cuna".

(33, pág. 66)

Deu à paciente alguns calmantes. A agitação desapareceu, e Renée repetiu aliviada: "todo es verde, enteramente verde". (33 pág.66)

Sechehaye coloca que verde era a cor do quarto quando as persianas estavam fechadas. Concluiu que "estar no verde" significava, para Renée, estar no "ventre materno".

A partir disso, considerou que as fugas para o autismo eram uma tentativa de satisfazer este desejo. Entretanto, isso lhe provocava um tenso sentimento de culpa, uma vez que, para a paciente, sua mãe não queria guardá-la em seu ventre.

Todo vez que Renée ouvia vozes e dizia "Yá no está verde" , Sechehaye baixava as persianas e dizia "Hace verde".

Desta forma, pretendia demonstrar a Renée que permitia e colaborava para que ela permanecesse no autismo, quanto tempo quizesse, e assim satisfizesse seu desejo de retorno ao corpo da mãe.

Em sua opinião, era importante também que Renée pudesse sentir que a satisfação de seus desejos dependia da analista. Desse modo pretendia criar um vínculo com a paciente e possibilitar um contato de Renée com o exterior.

Sechehaye destaca ainda alguns pontos importantes com relação à técnica da Realização Simbólica:

- Os progressos sã podiam ser conseguidos durante as sessões. "Todas las conversaciones fuera de la "hora" unicamente le servían intelectualmente pero no afetivamente, ya que estaban mezcladas con la realidad y no eran puramente simbólicas". (33, pág. 117).

- O símbolo tinha que ser aplicado diretamente por uma pessoa que precisava ajudá-la em seu desenvolvimento. "Não eran las manzanas las que contaban, sino el hecho de que la madre o su sustituta se las diera. La enferma debía recibir-las de alguien que le dicsse fuerza motriz al símbolo". (33, pág. 118)

Aqui passamos à discussão da importância e da função do símbolo no método descrito por Sechehaye.

Vimos que a necessidade do símbolo deveu-se à impossibilidade de uma satisfação direta. "Renée no podía volver a la edad de lactante". (33, pág. 116) Desse modo o símbolo era um substituto, que se fez necessário para que os desejos frustrados fossem satisfeitos no tratamento. (33)

Por outro lado, simbólico refere-se também à forma utilizada por Renée para expressar seus desejos; e por Sechehaye, para satisfazê-los.

A autora coloca que Renée expressou seus desejos de uma forma mágica, pré-simbólica, devido à:

- o reprimido precisa ser simbolizado;
- o simbolismo ser uma forma de pensamento primitivo,
- a paciente, na época em que sofreu os primeiros traumas, não havia alcançado ainda a fase da linguagem falada,

"No tenia por lo tanto la necesidad de una respuesta verbal, sino una abstrata (el objeto que sirve como símbolo és con

creto)". (33.pág.116)

### CONCLUSÕES

Embora numa crítica minuciosa o trabalho de Sechahaye apresente inúmeras contradições e inconsistências teóricas, clinicamente, a analista foi extremamente bem sucedida. Entretanto, ao tentar explicar teoricamente sua prática clínica, utiliza conceitos freudianos e de outras correntes teóricas (tais como os conceitos de Piaget), articulando-os de forma às vezes inconsistente.

Além disso, a própria definição de seu método, nos parece bastante questionável: "Realização dos desejos inconscientes segundo a expressão simbólica da paciente".

Sechahaye coloca que os desejos de Renée achavam-se ligados a necessidades básicas: acreditar no direito à vida, ao amor e ao prazer.

Renée não podia acreditar nisso por não ter-se sentido amada pela mãe. Para a paciente, sua mãe, a partir de suas atitudes, lhe havia negado esse direito. Consequentemente, o fato de desejar viver, amar e ter prazer, causava-lhe sentimentos de culpa. (33)

Segundo a autora, o desejo de Renée de sentir-se amada pela mãe, concretizava-se por exemplo, através do desejo da amamentação, que a paciente expressou utilizando as maçãs como símbolo do leite materno. Através do seu processamento, no caso das maçãs, Sechahaye considerou que satisfez o desejo da amamentação e consequentemente, o desejo do amor materno.

Coloca ainda que isto só foi possível porque, para Renée, "los símbolos eran realidad". (33, pág.19)

Em nossa opinião, o amor materno que Renée gostaria de ter recebido na infância e não recebeu, resultou numa falta que não poderá ser jamais satisfeita. É uma experiência vivida que nada poderá apagar. Considerando que, os desejos de Renée não foram satisfeitos, o que pode proporcionar à paciente, o procedimento de Sechehaye?

Na leitura que fizemos de seu trabalho, não nos prendemos em discutir, de forma detalhada, suas tentativas de explicar, teoricamente, o método e o caso clínico de Renée. Nosso interesse refere-se ao fato de que, através do "Método da Realização Simbólica", a analista pretendia oferecer à paciente uma experiência nova, reparadora de antigas situações de frustração, e com isso possibilitar o desenvolvimento do Ego.

Em todo o seu procedimento técnico, podemos observar uma preocupação em oferecer à paciente uma experiência emocional diferente das experiências infantis. A analista refer-se várias vezes às experiências iniciais de Renée, buscando proceder de forma diferente daquela que pareciam ter sido as atitudes dos pais da paciente.

Pelo relato da autora, podemos notar o quanto se preocupou em não impor nada à paciente, em respeitar os seus desejos e necessidades. Como Sechehaye coloca, acreditava que, se Renée satisfizesse seus desejos de dependência, poderia, gradativamente, tornar-se independente por vontade própria.

Em nossa opinião, essa atitude de aceitação e respeito pelos desejos de Renée foi essencial para o êxito de seu trabalho terapêutico. Mesmo quando Sechehaye assinala a necessidade de que a terapeuta demonstre que deseja algo para a paciente, este "algo" é o próprio desejo de Renée. Isso nos parece, em última instância,

uma forma de demonstrar a aceitação dos desejos da paciente.

Retomando aqui a nossa pergunta, consideramos que o que a técnica da "Realização Simbólica" proporcionou a Renée, não foi, como a autora coloca, a satisfação do desejo do amor materno. Entretanto, a experiência nova vivida, na relação terapêutica, possibilitou que Renée pudesse desejar, demonstrou e fez com que Renée sentisse o direito de desejar o amor materno sem a culpa de estar indo contra o desejo da mãe transferida para o terapeuta.

## 2.2 - Héctor Fiorini - "O Vínculo Diferencial"

Segundo este autor, o paciente vem à terapia para construir um vínculo adequado à etapa de desenvolvimento em que certos obstáculos prejudicaram seu ulterior crescimento. "O que o paciente procura ao vir ao encontro do terapeuta é alguém que desempenhe um papel diferencial, que o acompanhe em lugar de obstruí-lo em seu crescimento". (9, pág. 117) E anuncia: "A estratégia implícita desta demanda é a de repetir - diferenciando - para deixar de repetir". (9, pág. 117)

Nesse sentido, considera a inclusão da presença da pessoa do terapeuta, um instrumento técnico fundamental. Através de um vínculo real, irá desempenhar papéis retificadores, diferenciais, que possam trazer a ruptura dos estereótipos vinculares da vida do paciente. (9)

Esta inclusão do terapeuta se faz de modo seletivo, de acordo com cada situação. "Os matizes dessa inclusão, a maneira como se regula cada um desses aspectos pessoais, variam notavelmente, de acordo com cada situação terapêutica, porque as necessidades desta inclusão, são ditadas por uma constelação de variáveis que definem o mundo individual de cada cliente, de cada grupo, o mo-

mento particular de cada sessão". (9, pág. 113)

Desse modo estabelece-se um vínculo personificado, singular, com cada cliente. Essa personificação vai depender da capacidade do terapeuta em ser flexível: "Entendemos a flexibilidade do terapeuta como o ajuste e a adequação de suas atitudes e recursos técnicos a necessidades muito particulares de cada pessoa em tratamento. Desde o primeiro contato, o paciente dá indícios do tipo de relação de que necessita; via de regra, tratam-se de indícios sutís, de um pedido não consciente". (9, pág. 115)

Aponta o trabalho de Secheyae como um exemplo bastante claro do que considera esta função do terapeuta: "intervir ativamente, respondendo a necessidades muito precisas do processo, indicadas através de uma demanda particular de seu paciente, e descobrir que essa construção de uma interação real complexificada, enriquecida, funcionava como instrumento de reestruturação, aprendizagem e ampliações nas capacidades instrumentais de Renée, a paciente; operavam pois uma clara passagem evolutiva". (10, pág. 54)

Fiorini discute a diferenciação feita por Freud de duas qualidades de vínculo que se estabelecem na relação terapêutica: transferência prôpriamente dita ("Falsa Conexão") e o "Rapport", "transferência aproveitável". Assinala o quanto é dada uma ênfase muito maior às questões relativas a "Falsa conexão", "o problema com o qual há que se lutar", do que aos aspectos ligados aos comportamentos "não transferenciais" (no sentido de diferente da "Falsa Conexão"). Considera que esses últimos, recebem uma definição negativa, definidos em função da ausência da distorção transferencial. "É importante indagar que presenças instala aquela ausência de distorção transferencial, considerar os dinamismos positivos ativos aí onde a observação clínica treinada na detecção do fe-

nômeno transferencial só pode ver uma falta". (10, pág. 26)

Em sua opinião, a idéia de "Aliança Terapêutica" precisa ser ampliada no sentido de, não só ser vista como a capacidade do paciente em acóitar e cooperar com as condições da terapia, mas também que seja incluída a capacidade do paciente criar.

"Acreditamos ser possível conceituar a área dos comportamentos, relativamente livres de distorção transferencial, como aquela na qual, dinamismos de aprendizagem, de novas pautas vinculares, e capacidades criativas abertas com tais aprendizagens, podem ativar seu potencial de construção de novas relações, de experiências inéditas. Um âmbito produtor de diferenças, em luta contra as forças do repetitivo, inercial" (10, pág. 26). Como exemplo desta função da terapia (promover as capacidades criativas do paciente) considera que o enquadramento não deve ser algo rígido. Sua definição é provisória, por acôrdio mútuo; é sempre parte do processo, subordinado aos seus movimentos.

Para Fiorini, é de extrema importância "escutar" as propostas retificadoras do paciente, e responder de maneira retificadora também. Destaca porém, que se faz necessário tornar consciente para si e para o paciente o sentido retificador da proposta, discriminando-o dos elementos repetitivos envolvidos. Nesta resposta é importante que a atitude do terapeuta seja, nitidamente, diferente da atitude parental. "Isto supõe não um "como se", mas a intervenção real de alguém que está disposto a desempenhar um papel diferente e fazê-lo não com fórmulas convencionais, para "representar um papel", mas colocando sua capacidade de compromisso autêntico para realizar um vínculo diferente". (10, pág. 33)

A partir desta proposta, Fiorini considera ser de grande importância as gratificações e estímulos retificadores, rela-

cionados às situações que atuaram como obstáculo ao desenvolvimento.

Questiona a "Regra de Abstinência", apontando para a necessidade de se discriminar os inúmeros "desejos transferenciais" que surgem no processo terapêutico. Assinala que Freud já havia se referido a esta questão, ao colocar que "abstinência" não quer dizer abstinência de tudo que o paciente deseja, o que nenhum enfermo suportaria. E ainda que o "princípio da abstinência" precisa de uma discussão mais prolongada, em que ficariam determinados os limites de suas possibilidades na prática. (10, pág. 28)

Fiorini acha que a "Regra de Abstinência" deve ser encarada não como uma "regra" mas como um instrumento alternativo. Desse modo, em determinados momentos do processo é necessário também atitudes "não abstinentes", a serviço de uma criatividade diferenciadora. Acrescenta entretanto, que o essencial não está na gratificação do desejo pelo desejo mesmo, mas na possibilidade desta gratificação oferecer uma experiência nova, original, dotada de valor evolutivo. (10) "O que se satisfaz é parte de uma busca, certo desejo particular, que é também uma oferta, recortados de um conjunto no qual muitos outros "desejos" não estão destinados a serem satisfeitos na relação terapêutica"... "Este desejo, não deseja do outro simplesmente, propôs também algo de novo para o vínculo, cria a oportunidade de uma aprendizagem especial". (10, pág. 67)

Fiorini refere-se às formulações de Gilles Deleuze sobre repetição estática e dinâmica, afim de explicar melhor suas próprias idéias.

A repetição estática diz respeito ao "eterno retorno do mesmo", elementos invariáveis que retornam uma e outra vez. Na



repetição dinâmica, porém, os elementos retornam cada vez com algo diferente. Nas relações humanas a repetição estática "é uma repetição negativa, por defeito, baseia-se no ignorar, no não saber de onde vem o que se repete". (10, pág. 63) Fiorini aponta para o conceito de "compulsão à repetição" como um exemplo deste tipo de repetição.

A repetição dinâmica, por seu turno, "é uma repetição positiva, por exemplo, baseada na afirmação de potencialidades positivas, capazes de produzir novidade". (10, pág. 63)

Coloca ainda que, na situação clínica, estão presentes repetições estáticas e dinâmicas. Estas últimas não se produzem a qualquer momento. Nesse sentido, questiona o papel do terapeuta para que ocorra uma repetição dinâmica. "Na repetição estática o outro é um observador, os outros observam como o personagem central reproduz outra vez cenas parentais chaves, conflitivas". (10, pág. 63)

Segundo Fiorini, apesar da interpretação ser algo novo, incluído pelo terapeuta, considera que a função deste não se restringe a ser um decifrador reflexivo, dos conflitos do paciente: aquele que descobre o texto esquecido. Em sua opinião, o terapeuta deve ser gerador de uma nova cena, possibilitador de um encontro vivo, retificador. (10)

### CONCLUSÕES

Fiorini destaca que a relação terapêutica tem a função de possibilitar uma experiência nova, retificadora de experiências passadas da vida do paciente. Nesse sentido, em sua opinião, o terapeuta deve desempenhar um papel ativo, proporcionando gratificações e "estímulos retificadores" a fim de promover estas experiên-

cias diferenciadoras.

Aponta também para a importância de que o terapeuta perceba as propostas retificadoras que partem do paciente; não só como maneira de compreender do quê o paciente necessita, mas também para oferecer ao paciente a oportunidade de desenvolver aspectos criativos.

Acrescenta ainda que as gratificações não são importantes em si. O valor destas, refere-se a possibilitar a aprendizagem de novas formas de relacionamento: "uma aprendizagem de um vínculo necessitado, intuído, buscado às apalpadelas, ainda que também evitado, desde há muito tempo". (10, pág.67)

Em nossa opinião, a proposta de Fiorini destaca a importância de que se ofereça ao paciente uma experiência onde este possa ter e demonstrar seu próprio desejo, e criar.

Nesse sentido, os recursos técnicos ("estímulos retificadores") podem ser utilizados para tornar possível o surgimento do desejo do paciente. Consideramos porém que o importante não é o "agir inteiramente diferente dos pais do paciente", em termos de fazer algo determinado, diferente. Achamos que mais importante é a aceitação do desejo do paciente, a criação de um vínculo onde é permitido desejar.

Além disso, Fiorini assinala a importância da intervenção real do terapeuta, não um "como se", "mas a intervenção real de alguém que está disposto a desempenhar um papel diferente e fazê-lo não com formas convencionais..." (10, pág. 33)

Ora, concordamos com sua colocação no que diz respeito à importância de uma aceitação autêntica, genuína, da pessoa do cliente. Entretanto, discordamos que se trata de uma intervenção real

diferente do "como se". Nesta colocação, a nosso ver, Fiorini está destituindo a relação terapêutica de sua característica primordial: uma relação que está referida ao passado ao mesmo tempo que contém elementos novos e reais do presente. Portanto, do nosso ver, uma relação que contém tanto o "real" como o "como se" simultaneamente. Voltaremos à discussão desta questão nas conclusões deste trabalho.

### 2.3 - Ronald Fairbain - "O Terapeuta como Objeto-Bom"

A partir do trabalho com pacientes que apresentavam tendências esquizóides em graus variados, Fairbain propõe uma revisão das idéias relativas à natureza etiológica dos estados esquizóides, das concepções clínicas sobre neurose e psicose, e também uma reformulação da teoria da libido e outros conceitos psicanalíticos clássicos.

Essas reformulações estão baseadas em sua concepção do desenvolvimento que se faz, essencialmente, a partir das relações objetivas. Para ele, a libido busca primariamente o objeto e não o prazer. "Não obstante, devemos sempre ter em conta que a atitude libidinal não é o que determina a relação de objeto, e sim a relação do objeto é o que determina a atitude libidinal". (5, pág. 28)

A estruturação da Personalidade se faz através do desenvolvimento das relações de objeto: "um processo pelo qual a dependência infantil em relação ao objeto dá lugar de forma gradual, a uma dependência madura em relação ao mesmo. Esse processo de desenvolvimento se caracteriza: a) pelo abandono progressivo de uma relação de objeto original, baseada na identificação primária e b) pela adoção gradual de uma relação de objeto, baseada na diferenciação". (5, pág. 28)

Os desenvolvimentos psicopatológicos estão essencialmente li-

gados às insatisfatórias relações do objeto.

"Sem dúvida, o mais importante desses fatores (que comprometem as relações naturais) é constituído por uma situação na infância que faz o indivíduo pensar que seus objetos não o amam como pessoa, nem accitam o seu amor. Quando surge tal situação, a tendência intrínseca da libido para com o objeto conduz ao estabelecimento de relações aberrantes e as várias atitudes libidinais que a acompanham". ... "Essas satisfações substitutas (por exemplo, a masturbação e o erotismo anal) representam fundamentalmente relações com objetos internalizados, a que o indivíduo está compelido a se dirigir por falta de uma relação satisfatória com os objetos do mundo exterior". (5, pág. 32)

Para melhor compreender a postura terapêutica de Fairbairn vale discutir uma outra modificação básica por ele introduzida. Esta, diz respeito ao conceito de reprimido e de sua natureza.

Segundo este autor, o que se reprime primariamente não são os intoleráveis impulsos culpáveis, nem as intoleráveis lembranças desagradáveis (conforme a concepção de Freud), e sim os intoleráveis objetos maus internalizados.

"As lembranças são reprimidas somente porque os objetos compreendidos por tais lembranças estão identificados com objetos maus internalizados, e os impulsos se reprimem somente porque os objetos com os quais tais impulsos incitam o indivíduo a ter uma relação, são, do ponto de vista do ego, objetos maus." (6, pág. 50)

A partir do contato com crianças delinquentes, vindas de lares que poderiam ser facilmente considerados "maus" (alcoolismo, violência física, etc...), constatou o quanto estas crianças recusavam-se a admitir que seus pais eram objetos "maus". Para a criança, é preferível ser má do que ter objetos maus. "A internalização

dos objetos maus representa uma tentativa, por parte da criança, de tornar "bons" os objetos de seu meio ambiente, tomando para si a carga de maldade deles, para assim tornar seu meio mais tolerável". (7, pág. 130)

O autor destaca ainda que a criança internaliza seus objetos maus, não só para controlá-los, mas também porque deles necessita. Se os pais são objetos maus, não pode rejeitá-los, porque sem eles nada pode fazer. Não pode nem ignorá-los, porque assim aumenta a necessidade deles (6).

O sentimento de segurança externa que obtêm pela internalização dos objetos sentidos como maus, se paga à custa da segurança interna: deixa o Ego à mercê de perseguidores internos. Como defesa a esta insegurança interior é que surge a repressão dos objetos maus internalizados. Se a repressão não se constitui uma defesa adequada, podem então surgir quatro tipos de defesas psicopatológicas: a fóbica, a obsessiva, a histérica e a paranoide (6).

Fairbairn assinala uma quinta defesa que chama "defesa da culpa", "do super ego" ou "defesa moral" (6).

Vimos como a criança transforma um mundo externo povoado de objetos maus em um mundo de objetos bons, onde ela mesma é mãe. Fairbairn coloca que estes objetos maus são incondicionalmente maus (ou seja, libidinalmente). Na medida que o ego da criança está identificado com eles, sente-se também, incondicionalmente mãe (6). Para melhorar esta situação intolerável a criança internaliza seus objetos bons que assumem o papel de super ego. Assim, estabelece-se o fenômeno da bondade e da maldade condicional. "Na proporção em que a criança se apoia em seus objetos maus internalizados, torna-se condicionalmente (a saber, moralmente) mãe, frente a seus objetos bons internalizados (a saber, seu super ego), e na proporção em que resiste às exigências de seus objetos maus internalizados,

torna-se condicionalmente boa, frente a seu super ego; ... é melhor ser pecador em um mundo governado por Deus, do que viver num mundo regido pelo diabo. Em um mundo governado por Deus, um pecador pode ser mau, porém sempre existe um sentimento de segurança, que deriva do fato de que o mundo circundante é bom". (6, pág.53)

Apesar de toda uma influência de Melaine Klein, Fairbain discorda de sua posição com respeito do Instinto de Morte, a existência de uma inveja primária. Para ele a agressividade é uma reação ao meio hostil.

Nesta concepção, o fenômeno da culpa deve ser considerado (do ponto de vista psicopatológico) como parte integrante da estrutura de uma defesa. Desse modo a culpa, em psicoterapia, atua como resistência. As interpretações psicanalíticas que mitigam a culpa podem, na realidade, ter como resultado a intonsificação da repressão. Desta forma se está aceitando a identificação com o objeto mau (objeto externo sentido como mau), e não mostrando a relação com este objeto, que levou à internalização e identificação com ele (6).

A maior resistência é o temor à liberação dos objetos maus internalizados do inconsciente; porque quando estes objetos são liberados, o mundo que rodeia o paciente povoa-se de demônios que o aterrorizam.

Fairbain coloca que o objetivo da psicoterapia é a liberação dos objetos maus internalizados. Entretanto, essa liberação só pode ocorrer com segurança se o analista se converte num objeto suficientemente bom, senão o medo da liberação torna-se insuportável.

Uma outra fonte de resistência no processo terapêutico diz respeito aos investimentos libidinais nos objetos maus.

A partir do ponto de vista de que a libido busca primariamente o objeto e não o prazer; quando o objeto é internalizado e reprimido, deparamo-nos com a situação em que a libido busca um

objeto reprimido". Desta forma, quando o objeto é um objeto reprimido, o investimento do objeto atua como uma resistência, e a resistência que se apresenta na terapia analítica se mantém, não só por meio da repressão mas também pelas qualidades dinâmicas da própria libido". (6, pág. 58)

Fairbain coloca que a reação terapêutica negativa se deve ao fato de que enquanto o objeto é um objeto reprimido, o propósito libidinal está em conflito com o propósito terapêutico. A reação terapêutica negativa é decorrência da dificuldade da libido em renunciar aos seus objetos reprimidos. A devoção do paciente aos objetos reprimidos é mais difícil de se vencer porque são objetos maus, e o paciente teme sua liberação do inconsciente. (16)

Para conseguir tanto a liberação dos objetos maus, como a dissolução do investimento libidinoso nestes objetos, é necessário que se estabeleça uma situação de transferência satisfatória e que o analista se converta, para o enfermo, em "objeto bom". Entretanto, ser um "bom objeto" para o paciente, não significa ser um objeto idealizado, e sim uma pessoa real. (6)

Fairbain coloca que a verdadeira relação entre paciente e terapeuta como pessoas deve ser considerada por si, um fator terapêutico de extrema importância: "A existência desta relação pessoal, na realidade externa, tem a função de prover meios de corrigir as relações distorcidas que prevalecem na realidade interna do paciente e influenciar suas reações quanto aos objetos. Além disso, oferece ao paciente a oportunidade que lhe foi negada durante a infância de viver um processo de desenvolvimento emocional, possibilitado agora, numa situação em que há um verdadeiro relacionamento com uma figura parental benéfica e na qual ele pode confiar". (8, pág. 7)

Para Fairbain, o psicanalista antes de ser um cientista, é um psicoterapeuta. Seu objetivo é estar com a pessoa, possibilitando que ele surja na sua individualidade, e não explicá-la.

Coloca que uma forma de terapia, é em última instância, a razão de ser da Psicanálise. O corpo teórico elaborado serve para explicar os fenômenos que surgem numa situação clínica. Nesse sentido acha justo indagar as restrições clássicas da situação psicanalítica. Aponta para o aspecto defensivo que existe no não questionamento da técnica, e para o absurdo de que "esteja incluído no objetivo terapêutico, explícita ou implicitamente, de que o paciente deva adaptar-se ao método, em lugar do método adaptar-se às exigências do cliente"... "tal purismo resulta na apoteose do método, às custas dos objetivos que o método pretende servir". (8, pág. 10) Em sua opinião, o êxito terapêutico depende essencialmente da relação paciente-terapeuta, que não se restringe à relação transferencial, mas à relação total entre eles, como pessoas. "Afinal de contas é a partir do relacionamento do indivíduo com seus pais, durante a infância, que sua personalidade se desenvolve e toma sua forma própria, e parece lógico inferir que qualquer mudança subsequente em sua personalidade - provocada por um tratamento psicoanalítico (ou por qualquer outra forma de terapia) seja basicamente consequência de um relacionamento interpessoal". (8, pág.11)

Fairbain coloca ainda que o mundo interno do paciente é mantido como um "sistema fechado". A transferência é uma manifestação de comportamento que tem origem num "sistema fechado". A dificuldade do paciente em romper esta situação de sua realidade interna deve-se, essencialmente, à falta de esperança, fruto das experiências primárias, quanto à possibilidade de obter satisfação com os objetos externos dos quais depende. (8)



Desse modo, outro objetivo do tratamento psicanalítico é de efetuar brechas no sistema fechado que é o mundo interno do paciente, tornando-o acessível à realidade. "Para isso não basta a interpretação do fenômeno da transferência; é necessário que o relacionamento paciente-analista se desenvolva de tal forma que o relacionamento baseado na transferência seja substituído por outro, baseado numa relação real entre duas pessoas no mundo externo".

(8, pág. 14)

### CONCLUSÕES

Em suas formulações teóricas, Fairbain enfatiza a relação, propondo uma teoria do desenvolvimento baseada nas relações. Para ele o processo terapêutico está baseado também na relação que se estabelece entre paciente e terapeuta: é o fator essencial que torna possível o êxito do processo.

Considera que esta relação não se restringe à relação transferencial. É necessário que esta seja possibilitadora de uma verdadeira relação entre duas pessoas. Que o paciente possa ver o terapeuta como pessoa real, e assim, romper a repetição transferencial e se relacionar com os objetos externos.

Para isso é preciso que o terapeuta se transforme em um "objeto bom" para o paciente, o que não quer dizer, idealizado. É preciso que o paciente viva experiências benéficas reais, e a partir disso, possa acreditar na satisfação através da relação com os objetos externos.

A nosso ver, esta colocação de Fairbain é de extrema importância: concebe a relação terapêutica como uma relação nova, possibilitadora de mudanças na forma do paciente se relacionar com seus objetos internos e com os objetos externos. É uma experiência

vivida, que faz nascer a esperança de uma nova forma de viver as relações.

Nesse sentido, lembramos as colocações de Fiorini, quando este assinala que as gratificações de desejos não são importantes em si, mas possibilitam a aprendizagem de novas pautas vinculadas.

Fairbairn concebe o ser humano como tendo basicamente sentimentos amorosos. Estes podem estar camuflados; sua proposta é liberá-los, a partir da liberação dos objetos maus internalizados com os quais o paciente está identificado.

Vale ressaltar que consideramos as formulações do autor sobre os motivos que levam a criança a se identificar é internalizar os objetos maus que a rodeiam, de extrema importância. A criança encontra-se numa situação de dependência em relação a estes objetos que os tornam indispensáveis. Não há como rejeitá-los. Numa situação desta, é melhor ser "mau" do que perceber que os objetos são "maus", o que seria uma situação intolerável, uma constante sensação de ameaça à própria sobrevivência.

#### 2.5 - Donald Winnicott - "A experiência de ilusão"

Em suas formulações teóricas do Desenvolvimento Emocional, Winnicott enfatiza a importância do meio ambiente e das primeiras experiências com a mãe. Concebe este desenvolvimento como um processo de amadurecimento do Ego, a partir de um estágio de dependência, em direção à independência; esta última entendida como capacidade para relacionar-se com o meio. Para ele não é possível falar em maturidade do indivíduo sem referir-se aos fatores ambientais.

O processo maturacional depende da evolução e da provisão ambiental. Ou seja, o meio ambiente possibilita a marcha ininterrupta dos processos de amadurecimento. Entretanto este meio "não faz a criança", mas permite realizar seu potencial. (42)

Postula a existência de três estágios nesse processo: (42)

- absoluta dependência;
- relativa dependência;
- na direção da independência.

O primeiro estágio pode ser visto como um "estágio paradoxal", o bebê é completamente dependente do meio e em especial da mãe, entretanto não tem a menor noção disto. Esse paradoxo é inerente ao desenvolvimento, e é fundamental para o processo maturacional. Para que este estágio seja vivido de maneira satisfatória é necessário que o meio, e principalmente a mãe, se adapte às necessidades do bebê. Chama de "Preocupação Materna Primária" o estado em que a mãe se encontra no final da gravidez e nas primeiras semanas após o parto, que possibilita esta adaptação. Neste estado a mãe está inteiramente voltada para seu filho, que parece formar parte dela. Está muito identificada com ele e é capaz de se colocar no seu lugar e saber o que ele necessita.

Segundo o autor, as necessidades do bebê não se resumem a tensões instintuais, só depois que o ego do bebê adquire alguma força, os impulsos do Id podem ser experimentados como parte do "self". Antes disso, não estão definidos, do ponto de vista do bebê, como internos. Se o Ego está fortalecido, desenvolve-se o verdadeiro Self e os impulsos do Id e sua satisfação passam a ser importantes para a consolidação do Ego.

As necessidades do ego em desenvolvimento são descritas

como necessidades de "holding", "continente" que sã serã satisfeitas se houver uma identificação com o bebẽ. A falha de adaptaçã da mãe, provoca uma reaçaõ no bebẽ que interrompe o "estar sendo", prejudicando a integraçã em termos de uma continuidade passado-presente-futuro.

Para Winnicott "holding" significa "total provisã ambiental" anterior à fase de "viver com", que jã implica em relaçaõ de objeto e a emergẽncia da criançã do estado de fusã com a mãe, em que se encontra neste estãgio.

No inãcio do desenvolvimento ẽ preciso pensar no bebẽ não como uma pessoa cujos impulsos podem ser satisfeitos ou frustrados, mas sim como um ser que estã a beira da ansiedade "impensãvel" (nã ter relaçaõ com o corpo, cair para sempre, despedaçar-se). Essa ansiedade ẽ da natureza da ansiedade psicõtica, e vai ser evitada pelo cuidado da mãe; de sua capacidade de se colocar no lugar do bebẽ e satisfazer suas necessidades.

Dependẽncia relativa: nesta fase a criançã jã pode perceber suas necessidades de cuidado materno, tem noçaõ de sua dependẽncia. Começa tambẽm a poder relacionar essas necessidades a um impulso pessoal.

Em direçaõ à independẽncia: esta fase inicia-se a partir do momento em que a criançã jã pode passar, por meios prõprios, sem o cuidado materno. Isso sã ẽ possãvel, se houver acumulaçaõ de lembranças de cuidado (introjeçaõ de detalhes de cuidado), e se a criançã confiar no ambiente. Aqui a possibilidade de compreensão intelectual por parte da criançã tem grande importãncia.

Winnicott postula tambẽm a existẽncia de trẽs processos que propicião o desenvolvimento do Ego, e que tẽm inãcio muito cedo (34).

- Integração
- Personificação
- Realização

Em um início teórico, a personalidade não é integrada, como também não são integrados os aspectos do ambiente. A verdadeira relação com a realidade externa é um avanço importantíssimo no desenvolvimento emocional e se faz gradualmente. O processo de Integração vai ser possível, pela presença de um "suporte materno de ego suficientemente bom", que possibilita a experiência de relaxação, o não ter que integrar.

Winicott ressalta que "não-integração" não significa "desintegração"; esta última ocorre quando não existe este "Ego suporte materno".

Personalização: o ego é baseado num "ego corporal". O sentimento de estar "dentro do próprio corpo" desenvolve-se e a criança passa a ter um "dentro" e um "fora" e um esquema corporal. Só a partir daí é que se pode falar em "realidade psíquica interna". Através das experiências de cuidado corporal é possível o estabelecimento de uma integração psicossomática ou seja, a personalização.

Realização: refere-se ao início das relações objetais. O primeiro contato com a realidade se faz através da "experiência de ilusão". O potencial criativo da criança, proveniente de sua necessidade, produz uma prontidão para a alucinação. A possibilidade da mãe colocar o objeto no momento certo e no lugar certo dá à criança a ilusão de que ela criou o "objeto". Ocorre uma superposição entre o que o bebê faminto seria capaz de alucinar e o que é oferecido pelo meio. "Vejo o processo como se duas linhas viessem de direções opostas, com a possibilidade de se aproximarem uma da outra. Se elas se sobrepõem, há um momento de ilusão, experiência

que o bebê pode tomar, ou como alucinação sua, ou como algo que pertence à realidade externa". (34, pág. 279)

Desta forma, as idéias da criança são enriquecidas com detalhes reais de visão, sensação e cheiro. Da próxima vez esse material será usado na alucinação. Assim ela começa a construir uma capacidade de evocar o que é realmente disponível.

A capacidade de aceitar a realidade externa está ligada à "experiência de ilusão": da possibilidade de enriquecer a fantasia com aspectos da realidade.

Se tudo ocorre bem, a mãe possibilita ao bebê a "experiência de ilusão", que é uma experiência de onipotência. A tarefa final da mãe é desiludir gradativamente o bebê. A mãe suficientemente boa é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, mas que vai gradativamente "desadaptando-se", segundo a crescente capacidade do bebê em tolerar a frustração. Se isso não ocorre, leva a criança a não acreditar em sua própria eficácia real. Além disso, impede que o bebê possa ter raiva, dificultando com isso o processo de individuação e construção do mundo real. (42)

Em suma, para o Ego se desenvolver é necessário uma ativa adaptação por parte da mãe às necessidades da criança. Se isso ocorre, a criança começa a acreditar na realidade que se manifesta e se comporta de tal forma que não se choca com a onipotência da criança.

Entretanto pensemos no que ocorre se a mãe não é capaz de adaptar-se, de interpretar e responder às necessidades, aos gestos da criança. Neste caso, a mãe coloca seu próprio gesto. A submissão por parte da criança ao "gesto" da mãe constitui-se a primeira fase do "Falso Self". (39)

Vimos que os fracassos maternos produzem reações que inter

rompem a "continuidade" da criança: são reações à invasão desta continuidade. Naturalmente, falhas de adaptação por parte da mãe sempre vão existir. O problema é a quantidade de situações assim a que a criança é submetida. Um fracasso excessivo produz uma excessiva reação à invasão, impedindo a integração. Isso não quer dizer uma excessiva frustração e sim uma excessiva ameaça de aniquilação, uma vez que os impulsos do Id não são sentidos como partes do Self. A incapacidade materna de adaptação, na fase mais inicial, não produz mais que uma aniquilação do Self do bebê. Os fracassos maternos não são sentidos como fracassos maternos mas como ameaças à existência pessoal do Self (38).

Se essas experiências não são muito frequentes, a criança pode se recuperar, e a confiança na recuperação leva ao desenvolvimento do ego e à capacidade de suportar a frustração.

Porém, sem uma provisão suficientemente boa, na fase inicial, o Self não se desenvolve, não é possível enfrentar as dificuldades da vida, nem obter satisfações. "Surge o falso self, que se submete às demandas, reage a estímulos, livra-se de experiências pulsionais... está apenas ganhando tempo". (38, pág. 497)

A função do Falso Self é ocultar o ser verdadeiro, o que consegue ao submeter-se às exigências ambientais. É uma função defensiva: um submeter-se, sem se expor. Entretanto existem uma constante sensação de futilidade e irreabilidade (37).

"O Falso Self pode atingir uma integridade falsa e ilusória, isto é, uma força do ego falsa, constituída a partir de um padrão ambiental, e de um ambiente bom e fidedigno; pois o fracasso materno inicial não leva necessariamente a um fracasso geral do cuidado dispensado à criança. O falso self, no entanto, não consegue experimentar a vida, ou sentir-se real". (37, pág.485)

Retomamos agora a "experiência de ilusão" para discutir os conceitos de fenômenos e objetos transicionais, formulados por Winnicott.

Segundo este autor, se faz necessário uma enunciação tripla da natureza humana: além da realidade externa e interna, existe uma "terceira parte de vida do ser humano, parte que não podemos ignorar, constitui uma área intermediária de experimentação, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa. Trata-se de uma área que não é contestada porque nenhuma reivindicação é feita em seu nome, exceto que ela exista, como lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades internas e externa separadas, ainda que interrelacionadas". (35, pág.391)

A "experiência da ilusão", objetos e fenômenos transicionais, pertencem a esta área intermediária da experiência.

"O balbúcio de um bebê e o modo como uma criança mais velha então um repertório de canções e melodias enquanto se prepara para dormir, incidem na área intermediária, enquanto fenômenos transicionais, juntamente com o uso que é dado a objetos que não fazem parte do corpo do bebê, embora ainda não sejam plenamente reconhecidos como pertencentes à realidade externa". (35 ,pág.390)

Segundo Winnicott, esses termos designam a raiz do simbolismo: "Quando o simbolismo é empregado, o bebê já está claramente distinguindo entre fantasia e fato, entre objetos internos e objetos externos. Mas o termo objeto transicional segundo minha sugestão, abre campo ao processo de tornar-se capaz de aceitar diferença e similaridade". (35,pág.395)

O objeto transicional representa um objeto externo par-



cial (seio) ou total (mãe). Mas, indiretamente, na medida em que é representante de um objeto interno (seio inteiro), não está dentro nem fora, portanto não está sob o controle mágico (como o objeto interno) nem fora de controle (como a mãe real). Na relação com o objeto transicional a criança passa do controle onipotente, para o controle pela manipulação (envolvendo o erotismo muscular e o prazer da coordenação). Nesse sentido, o fato de não ser o seio ou a mãe é tão importante quanto de representar o seio ou a mãe. (35)

A possibilidade de que este fenômeno ocorra vai depender da existência de um objeto real suficientemente bom, capaz de lhe oferecer a "experiência de ilusão". Ou seja, a partir de uma adaptação ativa às necessidades da criança no início de seu desenvolvimento, proporcionar-lhe a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar.

A "experiência de ilusão" é fundamental para a saúde do indivíduo, uma vez que: "a tarefa de aceitação da realidade nunca é completada, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna e externa, e que o alívio dessa tensão é proporcionado por uma área intermediária que não é contestada". (43, pág.28)

A importância dos objetos e fenômenos transicionais diz respeito à possibilidade de aceitar a separação entre o eu e o não eu. Enquanto a separação da mãe está se processando, os objetos e fenômenos transicionais preenchem o espaço potencial entre mãe e bebê.

"Os objetos e fenômenos transicionais iniciam os seres humanos naquilo que sempre será importante para eles, isto é, uma área que não é contestada: do objeto transicional pode-se dizer

que se trata de uma questão de concordância entre nós e o bebê, de que nunca formulemos a pergunta: "Você concebeu isso ou lhe foi apresentado a partir do exterior? O importante é que não se espere decisão alguma sobre esse ponto. A pergunta não é para ser formulada". (35, pág.403)

O objeto transicional não é esquecido nem introjetado. Aos poucos perde seu significado e se espalha por toda uma área de fenômenos transicionais: o brincar, e mais tarde, na vida adulta, é estendido às artes, à religião e ao trabalho criativo.

Passaremos agora à discussão do modo como Winnicott concebe a prática psicanalítica e a relação com suas formulações teóricas.

Segundo Winnicott, da mesma forma que Freud, o processo analítico se caracteriza por fazer consciente o inconsciente, possibilitando assim uma maior integração da personalidade, a partir do trabalho com a resistência, transferência e com a neurose transferencial. (40)

A Psicanálise consiste em proporcionar condições para o surgimento destes fenômenos e interpretá-los no momento oportuno. A interpretação enlaça o específico fenômeno da transferência com uma parte específica da realidade psíquica do paciente. (40)

É necessário que o terapeuta espere que o paciente possa trazer para o presente - relação terapêutica - seus conflitos; de forma que a interpretação seja dada em termos de "projeção". Isso se torna possível pela capacidade do paciente confiar no analista e no "setting" analítico. (40)

Para Winnicott, o estudo da transferência psicanalítica é paralelo ao estudo da infância precoce, a partir da qual é possí

vel entender a estruturação do ego.

Winicott destaca três fases de interferência no Ego do paciente ( 41 ). Estas fases estão diretamente relacionadas à reprodução das vivências do desenvolvimento, a partir de um estágio de dependência absoluta, passando pelo de relativa dependência, e finalmente em direção à independência, na relação com a mãe.

1 - Suporte do ego - corresponde ao suporte de ego dado pela mãe. Este provimento é dado pelo analista e pelo "setting" analítico.

2 - Segue-se uma longa fase na qual a confiança do paciente no processo analítico permite todo o tipo de experiência em termos de ego independente.

3 - Terceira fase - o ego independente do paciente começa a mostrar e afirmar suas características individuais, e o paciente começa a dar por certo um sentimento de existência à sua própria maneira, constituindo isso o que considera integração do ego.

Winicott ressalta que nem todos os pacientes passam por essas três fases de estruturação do ego, nem da mesma forma. Há uma grande diferença em relação aos pacientes cujas experiências iniciais foram tão deficientes e distorcidas que o analista tem que ser o primeiro na vida do paciente a prover certas essências ambientais. ( 36 ) Isso diz respeito àqueles pacientes que apresentam um "self imaturo" ou "falso self". Neste caso, o paciente precisa viver uma fase de dependência infantil, profundamente. Que se torne altamente dependente. Isto ocorre mesmo quando existe uma parte saudável de sua personalidade que atua o tempo todo como aliado do analista e de fato mostra ao analista como comportar-se. (36)

Nesse sentido, é dada grande importância à regressão à dependência na situação analítica e à necessidade do terapeuta "sustentar" ("Holding") os pacientes nestes períodos: "É como se existisse a expectativa do surgimento de condições favoráveis que justificassem a regressão e oferecessem uma nova chance de desenvolvimento progressivo, tornado impossível ou dificultado no início, pelo fracasso ambiental". (36,p.463) Entretanto acrescenta que esta regressão vai depender do grau de desenvolvimento de cada paciente: "A regressão existe em diferentes graus, pode ser localizada e momentânea, ou total, envolvendo toda a vida do paciente durante uma fase". (36.pág.480)

Em sua opinião, o paciente que sofreu privação não é capaz de "apregoar" sua necessidade. É necessário que o terapeuta "leia" e satisfaça a necessidade. "Se a necessidade não é satisfeita, o resultado não é a raiva, mas sim a reprodução da situação de fracasso ambiental que interrompeu os processos de crescimento do self". (36, pág. 475)

Faz também uma distinção entre necessidades e desejos do paciente. "No caso do paciente regredido, a palavra desejo é errada, no seu lugar usamos a palavra necessidade". (36, pág. 472)

Compara o papel do terapeuta na situação do paciente regredido, como o cuidado que a "mãe normal dedicada" dispensa ao bebê e à criança. Clinicamente isto implica em mais "manejo" do que interpretação.

"O manejo é, na verdade, o provimento daquela adaptação ambiental, na situação clínica e fora dela, que faltou ao paciente no seu processo de desenvolvimento e sem o qual tudo o que ele pode fazer é existir pela exploração reativa dos mecanismos de defesa, assim como pelo potencial do id. Só quando o manejo foi efi-

caz para o paciente é que o trabalho interpretativo tem valor clínico. O manejo e o trabalho interpretativo muitas vezes caminham lado a lado, apoiando-se mutuamente, um facilitando a ação do outro na experiência de vida total do paciente".<sup>1</sup>

Citemos um exemplo de Winnicott, para esclarecer o que ele chama adaptação às necessidades do paciente no "setting" terapêutico. "Um paciente se enrosca no divã, descansa a cabeça na mão, parecendo estar aquecido e contente. O paciente está só. Naturalmente estamos acostumados a todas as variedades de retraimento raivoso mas o analista deve ser capaz de reconhecer este retraimento regressivo no qual ele não está sendo insultado, mas sim utilizado de uma forma muito primitiva e positiva"... "O que é necessário aqui não é a interpretação e, na verdade, a fala ou mesmo o movimento pode arruinar o processo e ser excessivamente doloroso para o paciente". (36, pág. 473)

Winnicott ressalta que o "setting" (soma dos detalhes do manejo) é crucial porque 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. (37)

Coloca ainda que uma das características da transferência neste estágio de dependência do paciente é que o presente é o passado. Ou seja, "enquanto que na neurose de transferência o passado vem para o consultório, neste trabalho é mais certo dizer que o presente se volta para o passado e é o passado". Assinala a semelhança desta idéia com o trabalho de Mme. Secheheye. (37, pág.486)

O trabalho clínico de Winnicott está intimamente ligado às formulações teóricas quanto à importância da "experiência de ilusão", objetos e fenômenos transicionais. Estes conceitos levaram-no a conceber o processo terapêutico como um espaço transicional possibilita-

1 - Winnicott, D.W., Da Pediatria à Psicanálise, Livraria Francisco Alves Editôra S.A., Rio de Janeiro, 1978, Prefácio (pág. 28).

dor da criação de objetos e fenômenos transicionais.

Vimos que a importância do espaço transicional (área intermediária da experiência) refere-se à possibilidade de permitir a separação entre o eu e o não-eu; entre realidade externa e interna. Na medida em que este espaço é preenchido por fenômenos que unem o eu e o não-eu, a realidade externa e interna. o brincar, e toda a vida cultural, são exemplos de fenômenos que se inserem neste espaço. É o espaço da criação.

Vimos também que a utilização deste espaço só é possível se foi dada ao bebê a oportunidade da "experiência da ilusão", através da adaptação ativa por parte da mãe às necessidades do bebê. A partir dessa experiência, ele pode acreditar que existe um correspondente externo de suas necessidades internas. Sem isso é impossível aceitar a realidade externa e o desenvolvimento do self. A aceitação da realidade externa depende da vantagem que se pode tirar dela. (34)

A capacidade de criar se desenvolve a partir dessa experiência que, por sua vez, depende da capacidade de confiar. Quando é possível confiar, esse espaço vai ser preenchido com produtos da própria imaginação da criança. Caso contrário, este espaço vai ser preenchido com o que é injetado de fora, do outro. O resultado é uma organização de "Falso Self", como uma imagem que se conforma ao desejo da mãe, atingindo apenas uma identidade externa.

A partir disso Winnicott considera o processo terapêutico como um espaço transicional através do qual pode surgir o "mundo interno" do paciente. É necessário que o paciente viva a "experiência de ilusão" para liberar sua criatividade e possibilitar a relação com o exterior. Aqui é preciso aceitar o paradoxo: "O bebê cria o objeto, mas o objeto estava ali pronto para ser criado e

tornar-se um objeto catexizado. Em termos de transferência, significa que o analista e o paciente fazem parte de um processo total mais amplo no "setting" clínico, no qual um está sendo criado" e descoberto pelo outro".<sup>1</sup>

Em vista disso Winnicott assinala como um dos aspectos da transferência, a necessidade do paciente idealizar, apaixonar-se pelo analista, sonhar para que possa surgir o "mundo interno" do paciente, o "objeto subjetivo". O terapeuta, nesta situação, tem algumas características do fenômeno transicional: representa o princípio de realidade, é quem está atento ao relógio, mas não deixa por isso de ser um objeto subjetivo do paciente. (41) Para isso, é preciso que o terapeuta seja uma pessoa em que o paciente confie, que tenha uma "atitude profissional" e ofereça um "setting" profissional.

A atitude profissional, para Winnicott, refere-se à capacidade do terapeuta em conservar seu "papel de profissional" e ao mesmo tempo "manter-se vulnerável". É uma atitude observadora e participante.

Dentro destas condições o paciente poderá liberar suas fantasias sem perigo de concretização. O paciente pode brincar.

"A psicoterapia é efetivada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta. Se o terapeuta não pode brincar, então ele não se adequa ao trabalho. Se é o paciente que não pode, então algo precisa ser feito para ajudá-lo a tornar-se capaz de brincar, após o que, a psicoterapia pode começar. O brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade" (43, pág. 80)

---

1 - Winnicott D.W. - Da Pediatria a Psicanálise, Livraria Francisco Alves Editora S.A., Rio de Janeiro, 1978, Prefácio, pág. 21.

## CONCLUSÕES

Winnicott concebe o desenvolvimento do Ego como um processo que, para ocorrer, depende das condições oferecidas pelo meio ambiente, e principalmente do relacionamento mãe-bebê.

O processo terapêutico é um "refazer" este desenvolvimento, a partir do ponto em que as condições ambientais prejudicaram ou impediram que este ocorresse de forma satisfatória. Assinala ser preciso que o paciente regreda e que sejam satisfeitas suas necessidades. No caso do paciente regredido, considera que não é possível falar em desejo, a palavra é necessidade. A importância dessa satisfação refere-se à possibilidade de que o "self verdadeiro" possa aparecer, na medida em que comece a acreditar que suas necessidades podem ser satisfeitas na realidade.

Comparando com os outros autores, podemos notar que suas formulações se assemelham às de Fiorini - necessidade de oferecer um vínculo adequado à etapa de desenvolvimento que certos obstáculos prejudicaram seu ulterior crescimento . (9) E sobre a importância de gratificações, para que este desenvolvimento ocorra. M.A. Sechehaye - apesar das inconsistências teóricas da autora, sua proposta clínica diz respeito à reconstrução do ego, através da satisfação dos desejos da paciente. Para Sechehaye, esses desejos referem-se a necessidades básicas.(33)

Fairbairn - considera essencial que a relação terapêutica ofereça ao paciente a oportunidade de um desenvolvimento emocional que não foi possível na infância. Para isso é necessário que o terapeuta torne-se um "objeto bom" para o paciente.(8)

Vimos também que Winnicott concebe o processo terapêutico como um espaço transicional possibilitador da criação de objetos e fenômenos transicionais.



"Experiência de ilusão", fenômenos de objetos transicionais fazem parte da "área intermediária" da experiência, que está na linha divisória entre a realidade interna e a realidade externa.

A importância desta área de experiência é crucial, uma vez que permite ao homem aceitar a diferença entre o "objeto concebido" e o "objeto percebido": "É o lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que interrelacionadas". (35, pág. 391)

A área do brincar, das experiências culturais, da criação.

Para que uma pessoa possa fazer uso desta área é necessário ter tido "a experiência de ilusão", na relação com a mãe.

Desse modo, para Winnicott, o processo terapêutico deve oferecer ao paciente a oportunidade de viver uma "experiência de ilusão", que a terapia se converta num fenômeno desta área. Para isso o paciente precisa idealizar o analista, sonhar com ele: "criar" e "recriar" o analista. Aqui tem-se que aceitar o paradoxo: "O objeto estava ali pronto para ser criado." Essa experiência tem por objetivo liberar o potencial criativo do paciente, e a crença de que pode encontrar formas de satisfação do seu "verdadeiro self" no mundo externo.

Quando o paciente vive esta experiência no processo terapêutico, o terapeuta não se constitui um objeto real, também não é um objeto interno. Tem características do fenômeno transicional.

Aqui constatamos uma importante diferença entre o seu pensamento e o dos outros autores.

Fairbairn e Fiorini, destacam a importância do relacionamento real, entre terapeuta e paciente, como possibilitador de mudanças.

Sechehaye por outro lado considera que a eficácia do seu método deveu-se ao fato de que, para a paciente, os símbolos eram a realidade. Ou seja, que a paciente experimentava as maçãs como o seio; e a terapeuta como a mãe.

Em nossa opinião, a formulação de Winnicott, do processo terapêutico como um espaço transicional, é de extremo valor teórico e técnico. Pensamos ser uma importante contribuição para a questão de como se processa a evolução da neurose transferencial, na relação terapêutica. Voltaremos a esta colocação nas conclusões deste trabalho.

### III - CONCLUSÕES: A EXPERIÊNCIA NOVA NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A partir do estudo feito na Relação terapêutica na obra freudiana, e das formulações teóricas e técnicas dos autores por nós destacados, tentaremos expor de que modo compreendemos a experiência nova na relação terapêutica, e qual a sua importância para o êxito do processo.

Através do estudo da obra de Freud, nos foi possível concluir que a relação terapêutica é considerada um fator importante para o êxito do processo ao longo de toda a sua obra.

Entretanto, esta relação e os processos que nela se passam adquirem uma maior importância a partir da descoberta do Fenômeno Transferencial e das resistências. O objetivo terapêutico continuou sendo "tornar consciente o inconsciente", porém a estratégia utilizada para o alcance deste objetivo passou a ser a análise e dissolução do Fenômeno Transferencial.

Freud explica o Fenômeno Transferencial da seguinte maneira: a partir das disposições congênitas e influências ambientais, forma-se um "clichê" ou estereótipos, que serão repetidos ao longo da vida; desde que as circunstâncias exteriores o permitam. Estes estereótipos são passíveis de modificações sob a ação de impressões recentes.

Neste "clichê" estão presentes tendências libidinais conscientes (voltadas para a realidade, sofreram evolução psíquica completa) e inconscientes (não entram em confronto com a realidade; detidas em seu desenvolvimento).

Na relação que se estabelece com o terapeuta, ou com qualquer outra pessoa, serão dirigidas as duas porções de libido: consciente e inconsciente. As primeiras vão possibilitar o estabe-

lecimento do "Rapport", da boa relação terapeuta-paciente. Este componente da transferência é importante para o êxito do processo e subsiste após o término do tratamento.

As tendências libidinais inconscientes e que são responsáveis pelo estabelecimento da transferência propriamente dita no sentido de "Falsa Conexão". É este componente da transferência que será analisado e dissolvido no processo terapêutico.

Freud considerou inicialmente o Fenômeno Transferencial ("Falsa Conexão"), apenas como um obstáculo, uma vez que perturbava a boa relação terapeuta-paciente, ao se transformar em resistência. Entretanto acaba por concluir que é através deste fenômeno que podemos conhecer os conflitos do paciente.

Freud passa a valorizar o que chama de neurose transferencial, que substitui a neurose do paciente. Nesta nova "neurose artificial" todos os conflitos do paciente passam a ser referidos à relação com o terapeuta; este se encontra no "centro de sua doença". Apartir do manejo que o terapeuta faz desta nova neurose, será possível a dissolução da transferência.

Com relação ao Fenômeno Transferencial destacamos ainda:

- é uma experiência vivida, com força atual um fragmento da experiência real, tornado possível por condições especiais, e de natureza provisória.

- trata-se essencialmente de um fenômeno de repetição.

A partir desse estudo pensamos que do mesmo modo que o processo de estabelecimento da "neurose transferencial" é uma experiência vivida na relação; o processo de evolução da "neurose transferencial", até sua dissolução, também será uma experiência vivida. Surgiu-nos a pergunta: como a "neurose transferencial"

evolui na relação terapêutica, e, que processos se passam nesta relação que contribuem para esta evolução?

Para o manejo do Fenômeno Transferencial além da interpretação, Freud destaca o uso da "influência sugestiva", para promover o vencimento das resistências. Nesse sentido considera a Psicanálise uma 2ª educação. Porém acentua que a 2ª educação e o uso da "influência sugestiva" não tem por objetivo (como ocorre nos métodos sugestivos) impor uma solução ao conflito do paciente, e sim libertá-lo de suas repressões e inibições.

Assim sendo, concluímos que a 2ª educação e a "influência sugestiva" tem por objetivo libertar o desejo do paciente; uma educação onde se "ensina" que é permitido desejar.

Para aprofundar esta questão abordamos os conceitos de "Regra de Abstinência", "Neutralidade Terapêutica", "Agir" e "Acting Out".

A partir do estudo desses conceitos, constatamos entre outras coisas, que Freud enfatiza a importância de que o terapeuta não imponha seu desejo ao paciente.

Entretanto pensamos que a "atitude neutra" proposta por Freud é um elemento novo incluído pelo terapeuta na relação: trata-se de uma postura determinada assumida pelo terapeuta, que pretende permitir o surgimento do desejo do paciente.

Vale lembrar que Freud assinala ainda que a eficácia da "influência sugestiva" é decorrência da atitude do paciente em relação ao médico, que, em função do Fenômeno Transferencial está investido de um "afeto especial". Torna-se um representante de figuras importantes do passado do paciente.

Desse modo, como a atitude do terapeuta é vivenciada pelo

paciente, e de que forma esta atitude contribui para a evolução da neurose transferencial?

Através de nosso estudo, constatamos que a atenção de Freud estava basicamente voltada para os fenômenos repetitivos que ocorrem na relação terapêutica, mesmo após a mudança dos objetivos terapêuticos apartir das reformulações de 1923.

Vimos que com as reformulações de 1923, Freud passa a acentuar como objetivo terapêutico "o fortalecimento e desenvolvimento do Ego". Não bastava mais "tornar consciente o inconsciente" para o êxito do processo.

Pensamos que esta mudança de objetivos aponta para uma maior ênfase na relação terapêutica, no que se refere a experiências inéditas na vida do paciente, proporcionadas por esta relação. Isto porque o processo de enriquecimento e fortalecimento do Ego (parte diferenciada do Id, voltada para a realidade) está intimamente relacionado com o fator experiência.

Com relação à prática clínica, Freud assinala a necessidade de um trabalho com as resistências do Ego. Porém não reavalia a relação terapêutica e os processos que nela se passam.

Com essas indagações nos voltamos para as formulações teóricas e técnicas de alguns autores psicanalistas, que acentuam a importância dos aspectos não repetitivos vivenciados através da relação terapêutica.

Este estudo nos possibilitou concluir que para esses autores (cada um a seu modo), o estabelecimento de uma relação nova, diferente da transferencial, tem importância crucial para o êxito do processo.

Sechehaye, Fiorini, Fairbain e Winnicott concebem o processo terapêutico como um processo de desenvolvimento do paciente

a partir do ponto que foi interrompido ou prejudicado, devido a falta de condições adequadas oferecidas pelo meio.

Todos esses autores ressaltam a importância de uma participação ativa do terapeuta, que tem por objetivo proporcionar uma experiência nova, restauradora de desenvolvimentos falhos:

Sechehaye - realização de desejos

Fiorini - gratificações e respostas retificadoras

Fairbairn - terapeuta como objeto bom (diferente de idealizado) possibilitador de experiências benéficas reais.

Winnicott - processo terapêutico como possibilitador de uma "experiência de ilusão".

Em nossa opinião a importância das satisfações proporcionadas na relação terapêutica, que esses autores propõem, se refere a possibilitar o surgimento do desejo do paciente.

Retomando aqui uma colocação de Freud no artigo "A Questão da Análise Leiga", este nos diz que a neurose é resultado de um conflito entre o Ego e o Id. Entretanto, o que determina a doença não é a existência do conflito, e sim o fato do Ego haver feito uso do instrumento ineficiente da repressão para lidar com o conflito. (28)

A partir disso ressaltamos que o problema não está necessariamente na não satisfação dos impulsos do Id (concretização do desejo); mas na repressão exercida pelo Ego, em relação a esses desejos (poder desejar).

Vimos também que o desejar tem importância crucial, na medida que equivale a tornar consciente o reprimido.

Entretanto pensamos que, quando o paciente viveu experiências de excessiva frustração de determinados desejos, torna-se extremamente difícil poder desejar. Isto porque não lhe foi possível desenvolver a crença de que existe uma realidade aonde seus desejos podem ser satisfeitos. Assim cria-se uma situação "sem-saída", pois sem desejar não é possível encontrar formas de satisfação na realidade.

Aqui faz-se necessário discutir que desejos precisam ser satisfeitos para romper esta situação.

Ao tratar do problema da "Regra da Abstinência" Freud acentua a importância de que os desejos do paciente não sejam satisfeitos na relação terapêutica. Isto devido à necessidade de manter-se a frustração, que impulsiona o cliente na luta pela cura.

Entretanto assinala também que "abstinência", não quer dizer abstinência de tudo o que o paciente deseja, o que nenhum enfermo suportaria. Ressalta a necessidade de um estudo sobre quais desejos e de que maneira deve ser permitida sua satisfação.

Winicott em suas formulações teóricas, aponta para a existência de necessidades do Ego em desenvolvimento. Estas são descritas como necessidades de "holding", que só serão satisfeitas se houver uma identificação da mãe com o bebê.

Essa adaptação às necessidades do bebê por parte da mãe, proporciona à criança a "experiência de ilusão": quando ocorre uma superposição entre o que o bebê faminto seria capaz de alucinar e o que é oferecido pelo meio. Essa experiência dá ao bebê a ilusão de que existe uma realidade correspondente à sua capacidade de criar.



A essa experiência, segue-se o processo de desilusão: a descoberta gradativa da diferença entre realidade interna e realidade externa. Entretanto a possibilidade de aceitar esta diferença depende da experiência de ilusão: torna possível confiar na realidade, acreditar que existe um correspondente externo às necessidades internas, e na própria capacidade criativa.

Winnicott coloca ainda que o desenvolvimento do "self verdadeiro" depende da "experiência de ilusão". Quando ela ocorre, o espaço intermediário da experiência vai ser preenchido com produtos da imaginação da criança. Caso contrário, este espaço será preenchido pelo que é introjetado de fora. Surge o "falso self", que tem a função defensiva, de proteger o "self verdadeiro", da realidade.

A "experiência de ilusão" dá lugar aos objetos e fenômenos transicionais: o brincar, e na vida adulta se refere às artes, à religião e ao trabalho criativo.

Estas atividades do ser humano fazem parte de uma terceira área da experiência (além da realidade interna e externa), diretamente relacionada à capacidade criativa.

Nesse sentido Winnicott considera o processo terapêutico como um espaço transicional possibilitador de objetos e fenômenos transicionais.

Para isso é necessário que o paciente viva na relação terapêutica um processo de ilusão-desilusão; e assim liberar sua capacidade criativa e possibilitar sua relação com o exterior.

Desse modo considera importante que o paciente idealize, se apaixone pelo terapeuta para que surja o "objeto subjetivo". Por outro lado, é necessário que o terapeuta satisfaça determinadas necessidades do paciente, proporcionando-lhe assim a "experiência de ilusão".

Concordamos inteiramente com Winnicott de que a aceitação da realidade depende da vantagem que podemos tirar dela. Da possibilidade de acreditar que através dela podemos satisfazer nossas necessidades. Só assim é possível aceitar as limitações que esta realidade nos impõe, e buscar formas de satisfação dentro destes limites.

É dentro destas perspectiva que consideramos importantes as "gratificações simbólicas" e "estímulos retificadores" propostos por Sechehaye e Fiorini. Tratam-se de recursos técnicos que possibilitam uma "experiência de ilusão", fazem nascer a esperança de que é possível obter satisfação na realidade.

Com relação a esta questão, lembramos a colocação de Fairbain sobre a necessidade de que o paciente viva "experiências benéficas reais", para que se efetuem brechas no "sistema fechado" em que vive, dentro do qual não é possível aproveitar das experiências. Fairbain assinala que "o paciente vive em um" sistema fechado" (a transferência é uma manifestação disso), em função da falta de esperança, fruto das experiências primárias, quanto à possibilidade de obter satisfação com os objetos externos dos quais depende".

Vimos que é necessário confiar na realidade como fonte de satisfação, para que possa surgir o "objeto subjetivo", que é o surgimento do desejo do paciente. Sem poder desejar não é possível ser criativo nem encontrar formas de satisfação na realidade.

É a partir disso que, consideramos que as propostas de Sechehaye, Fiorini, Fairbain e Winnicott, em satisfazer determinados desejos, a fim de oferecer uma experiência nova reparadora de antigas situações de fracasso, dizem respeito a possibilitar o surgimento do desejo do paciente.

Nesse sentido, concordamos com Fiorini ao assinalar que o essencial não está na gratificação do desejo, pelo desejo mesmo: "O que se satisfaz é parte de uma busca, um certo desejo particular, que é também uma oferta, recortada de um conjunto no qual muitos outros desejos não estão destinados a serem satisfeitos na relação terapêutica" (10, pág. 67)

Portanto o que essas satisfações proporcionam é que o paciente tenha a possibilidade de desejar.

Abordamos agora a questão da "Neutralidade Terapêutica". Vale discutir se as propostas dos autores acima citados entrariam em choque com este aspecto da relação terapêutica; isto é, se as "realizações simbólicas", "estímulos e respostas retificadoras", "experiências benéficas reais" e "experiência de ilusão" estariam em acordo ou desacordo com o conceito de "Neutralidade Terapêutica".

Por neutralidade entendemos a não inclusão dos desejos do terapeuta na relação com o paciente. Significa não desejar algo determinado para o cliente e sim possibilitar que este descubra o seu desejo.

Entretanto, como foi por nós destacado, consideramos que "ser neutro" não significa "estar ausente". Trata-se de uma atitude determinada assumida pelo terapeuta, uma maneira específica de se incluir na relação.

Em nossa opinião as propostas dos autores por nós abordados, não estão em desacordo com a questão da neutralidade. Em todos esses autores encontramos uma grande preocupação em respeitar os desejos do cliente; uma genuína atitude de aceitação da pessoa do paciente. Não pretendem, a nosso ver impor algo, mas possibilitar o surgimento da individualidade de cada um.

Uma outra questão, que foi por nós levantada diz respeito a de que modo a atitude do terapeuta é vivenciada pelo cliente.

Vimos que Freud assinala que a eficácia da influência sugestiva se deve ao fato do terapeuta, em função da transferência, esta investido de um "afeto especial". Torna-se um representante de figuras importantes do passado do paciente, com quem revive seus conflitos.

Baranger, ao tratar das características da situação analítica coloca que esta é essencialmente ambígua. Funciona segundo a categoria do "como se" (como se fosse meu pai etc...). Se perde esta ambigüidade (se meu analista é meu perseguidor, ou se não é nada mais que meu analista) o processo deixa de funcionar.

Dentro desta perspectiva, discordamos de Fiorini, no que se refere à importância da intervenção real do terapeuta, diferente de um "como se". Como já foi por nós apontado, pensamos que com esta colocação Fiorini deixa de lado esta característica essencial da relação terapêutica: trata-se de uma relação fundamentalmente ambígua.

Com relação a esta questão, consideramos de extremo valor as colocações de Winnicott, sobre o terapeuta ter características de fenômeno transicional.

Os fenômenos transicionais estão na linha divisória entre a realidade interna e externa. Não se deve esperar decisão alguma sobre esta questão.

Esta indefinição possibilita que as experiências vividas na relação terapêutica contribuam para modificações internas e conseqüentemente na forma de viver as experiências. Nesta relação o terapeuta representa um objeto interno, ao mesmo tempo que é dife-

rente deste.

Retomando, finalmente, a pergunta: de que modo a "neurose transferencial" evolui na relação terapêutica, e que processos se passam nesta relação que contribuem para esta evolução?

Pensamos que a evolução da "neurose transferencial" é uma experiência vivida na relação terapêutica. Trata-se da modificação da própria relação analítica ao longo do processo terapêutico. Para que ocorra esta modificação é essencial o estabelecimento de uma nova relação, facilitadora da evolução e finalmente dissolução da "neurose transferencial".

A eficácia desta relação é decorrência da existência de um espaço transicional: o terapeuta ao mesmo tempo que representa uma figura importante do passado do paciente é diferente desta.

Assim sendo, a maneira como o terapeuta se inclui neste processo é essencial para que esta evolução ocorra. Em nossa opinião esta inclusão ocorre sempre, em qualquer terapia, na medida em que o terapeuta não se comporta de acordo com os esteréotipos que o paciente traz e reproduz, em função da transferência. Vale ressaltar, mais uma vez, que seja qual for a postura assumida, é sempre uma presença .

Consideramos que o essencial da postura terapêutica, elemento novo incluído na relação, se refere a possibilitar uma experiência onde o desejo do paciente possa surgir. Dessa forma, libertar o potencial criativo do paciente e sua capacidade de obter satisfação na realidade.

Desse modo, em determinadas situações para que isso ocorra, pode ser necessário "gratificações simbólicas", "estímulos e respostas retificadoras", "experiências benéficas reais".

Estas satisfações proporcionam ao paciente uma "experi-

ência de ilusão", a partir dela é possível o surgimento do desejo do paciente e conseqüentemente a liberação de sua capacidade criativa e a busca de formas de satisfação dentro dos limites da realidade.

Vale ressaltar mais uma vez que é necessário uma razoável quantidade de experiências de satisfação de nossas necessidades através da realidade, para que possamos confiar nela com fonte de prazer.

Se isso ocorre, é possível obter satisfação e prazer, e aceitar em alguma medida a dor da realidade.

## IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) BARANGER, W. e BARANGER, M. - "Problemas del Campo Psicoanalítico", Ed. Kargieman, Buenos Aires.
- 2) CASTILLA DEL PINO, Carlos - Dialética de la persona dialéctica de la situación. Ed. Peninsula, Barcelona, 1975.
- 3) COUTINHO, Ângela . - Transferência e Relação Real no processo terapêutico: os fenômenos clínico - psicológicos e uma tentativa de explicação metapsicológica. Tese de Mestrado, PUC, Rio de Janeiro, 1977.
- 4) GREENSON, Ralph R. - The Technique and Practice of Psychoanalysis, International Universities Press, New York, 1968.
- 5) FAIRBAIN, W. Ronald D. - Uma Revisão da Psicopatologia das Psicoses e Psiconcuroses (1941). In: Estudos Psicanalíticos da Personalidade, Interamericana, Rio de Janeiro, 1980.
- 6) \_\_\_\_\_ - Repressão e Retorno dos Objetos Maus (com especial referência às "Neuroses de Guerra") (1943). In: Estudos Psicanalíticos da Personalidade.
- 7) \_\_\_\_\_ - Sinopse do Desenvolvimento das Idéias do Autor sobre a Estrutura da Personalidade (1951). In: Estudos Psicanalíticos da Personalidade.
- 8) \_\_\_\_\_ - "Da Natureza e dos Objetivos do Tratamento Psicanalítico". Edimburg, Escócia, 1958.
- 9) FIORINI, Héctor J. Teoria e Técnica de Psicoterapia, Livraria Francisco Alves Editora S.A, Rio de Janeiro, 1976.
- 10) \_\_\_\_\_ - e PEYRÚ, Graciela M. Desenvolvimento em Psicoterapias, Livraria Francisco Alves Editora S.A, Rio de Janeiro, 1978.

- 11) \_\_\_\_\_ - "Proposições sobre o sistema das funções do eu como constituinte do aparelho psíquico em referência ao outro inconsciente". In: Tempo Psicanalítico, Vol. II, Rio de Janeiro, 1979.
- 12) FREUD, S. - "Prologo y notas al libro de Bernheim: De la Suggestion et de ses applications à la therapeutique" (1888-1889). In: Obras Completas, Vol I, Editora Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- 13) \_\_\_\_\_ - "Estudos Sobre Histeria (1893/5). In: Edição Standard Brasileira, Vol. II, Imago Editora, Rio de Janeiro, 1969.
- 14) \_\_\_\_\_ - "Fragmentos da Análise de um caso de Histeria" (1900 - 1901). In: Edição Standard Brasileira, Vol. VII, Imago Editora, Rio de Janeiro, 1972.
- 15) \_\_\_\_\_ - "O Método Psicanalítico de Freud (1904 '1903')". In: Edição Standard Brasileira, Vol. VII.
- 16) \_\_\_\_\_ - "Sobre Psicoterapia" (1905,1904). In: Edição Standard Brasileira, Vol VII.
- 17) \_\_\_\_\_ - "Tratamento Psíquico (ou Mental). (1905). In: Edição Standard Brasileira, Vol. VII.
- 18) \_\_\_\_\_ - "Esquema del Psicoanálisis (1910) In: Obras Completas, Vol. II, Editoria Nueva, Madrid, 1968.
- 19) \_\_\_\_\_ - "A Dinâmica da Transferência" (1912). In: Edição Standard Brasileira, Vol. XII, Imago Editora, Rio de Janeiro, 1969.
- 20) \_\_\_\_\_ - "Recomendações aos Médicos que Exercem Psicanálise" (1912). In: Edição Standard Brasileira, Vol. XII.

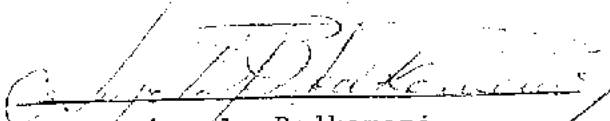


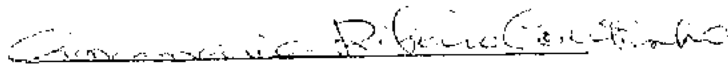
- 21) \_\_\_\_\_ - "Sobre o Início do Tratamento (Novas Recordações Sobre a Técnica de Psicanálise, I)" (1913). In: Edição Standard Brasileira, Vol. XII
- 22) \_\_\_\_\_ - "Recordar, Repetir e Elaborar (Novas Recomendações Sobre a Técnica de Psicanálise II)" (1914). In: Edição Standard Brasileira, Vol. XII
- 23) \_\_\_\_\_ - "Observações Sobre o Amor Transferencial (Novas Recomendações Sobre a Técnica de Psicanálise III)" (1915-1914). In: Edição Standard Brasileira, Vol. XII.
- 24) \_\_\_\_\_ - "Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise" (1916 - 1917 1915 - 1917), Parte II: Teoria Geral das Neuroses (1917 1916 - 1917). In: Edição Standard Brasileira, Vol. XVI, 1974.
- 25) \_\_\_\_\_ - "Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica (1919 '1918') In: Edição Standard Brasileira, Vol. XVII, 1976
- 26) \_\_\_\_\_ - "O Ego e o Id" (1923) In: Edição Standard Brasileira, Vol. XIX, 1969.
- 27) \_\_\_\_\_ - "Psicoanálisis: escuela Freudiana" (1926). In: Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva Madrid, Vol. III, 1968.
- 28) \_\_\_\_\_ - "A questão da Análise Leiga" (1926) In: Edição Standard Brasileira, Vol. XX, 1976.
- 29) \_\_\_\_\_ - "Novas Conferências Introdutórias Sobre a Psicanálise" (1933, 1932). In: Edição Standard Brasileira, Vol. XXII, 1976.
- 30) \_\_\_\_\_ - LAGACHE, D. "La Teoria de la Transferência", Ed. Nueva Vision, Buenos Aires, 1975.

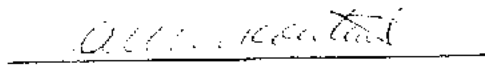
- 31) LAPLANCHE, J. PONTALIS, J.B. "Vocabulário de Psicanálise", Livraria Martins Fontes - Editora Ltda, Santos, 1975.
- 32) SANDLER, J. DARE, C., Holder, A. "O Paciente e o Analista" - Fundamentos do Processo Psicanalítico, Imago Editora, Rio de Janeiro, 1977.
- 33) SECHEHAYE, M.A., "La Realización Simbólica", Fondo de Cultura Economica, México, 1958.
- 34) WINNICOTT, D.W., "Desenvolvimento Emocional Primitivo" (1945). In: Textos Seleccionados - Da Pediatria à Psicanálise, Livraria Francisco Alves Editora S.A., Rio de Janeiro, 1978.
- 35) \_\_\_\_\_, "Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais" (1951). In: Textos Seleccionados - Da Pediatria à Psicanálise.
- 36) \_\_\_\_\_, "Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão dentro do setting Psicanalítico" (1954). In: Textos Seleccionados - Da Pediatria à Psicanálise.
- 37) \_\_\_\_\_, - "Variedades Clínicas da Transferência (1955). In: Textos Seleccionados - Da Pediatria à Psicanálise.
- 38) \_\_\_\_\_, - "Preocupação Materna Primária" (1956). In: Textos Seleccionados - Da Pediatria à Psicanálise.
- 39) \_\_\_\_\_, - "Deformación del ego en términos de um ser verdadero y falso" (1960). In: El Proceso de Maduración en el Niño, Editorial Laia, Barcelona, 1975.
- 40) \_\_\_\_\_, - "Contratransferencia" (1960) . In: El Proceso de Maduración en el Niño.
- 41) \_\_\_\_\_, - "Los Objetivos de la Terapeutica Psicoanalítica" (1962). In: El Proceso de Maduración en el Niño.
- 42) \_\_\_\_\_, - "De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo" (1963). In: El Proceso de Maduración en el Niño.

- 43) \_\_\_\_\_, "O Brincar e a Realidade" (1971), Imago Editora  
Ltda, Rio de Janeiro, 1975.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:


  
Angela Podkameni  
PUC/RJ - Deptº de Psicologia

  
Anamaria Ribeiro Coutinho  
PUC/RJ - Deptº de Psicologia

  
Angela Coutinho  
USU - Deptº de Psicologia

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 18 de maio de 1982

  
Vera Maria Ferrão Candau  
Coordenadora dos Programas de Pós-Graduação do Centro de Teologia e Ciências Humanas.