

# A CRIAÇÃO DE UM MÉTODO CLÍNICO PARA O AT

Cristiana Kehdi Gerab

## RESUMO

Este trabalho pretende abrir questionamentos relacionados à flexibilidade do setting na situação do acompanhamento terapêutico e às vivências transferenciais que podem ocorrer. Leva-se em conta que não há normas e condutas tão claras que funcionem como invariantes no acompanhamento terapêutico. Daí pode ocorrer certa “desproteção” da situação, e o andamento do processo analítico depender muito mais da posição do acompanhante frente aos conteúdos inconscientes que surgem no encontro e da abertura e disposição dele para acolher estes conteúdos do que do setting estabelecido. É abordada aqui a noção de *presença reservada e presença implicada* do analista articulando-se com o conceito de contratransferência. A idéia é que estes conceitos nos ajudem a pensar tanto na posição de um analista afetado pelo seu paciente como na função do relato destas experiências de afetações enquanto criação de um método clínico para o acompanhamento terapêutico.

## THE CREATION OF A CLINICAL METHOD TO THE THERAPEUTIC ACCOMPANIMENT

This paper intends to bring questions related to the flexibility of the setting in the therapeutic accompaniment situation and to the transferential experiences that may happen there. It is considered that there are no rules and clear conducts that can be used as invariants in the therapeutic accompaniment. Therefore, a certain desprotection of the situation can occur, and the development of the analytical process depends much more on the position of the therapist in face of the unconscious contents that comes from the patient and on his openness and disposition to embrace these contents than on an established setting. It is brought here the notion of *reserved presence and implicated presence* of the analyst which is articulated to the concept of countertransference. The idea is that these concepts help us to think not only about the position of an analyst that is affected by his

patient, but also on the report of these experience while creation of a clinical method to the therapeutic accompaniment.

Este trabalho pretende, a partir de uma revisão da técnica psicanalítica, abrir questionamentos relacionados à flexibilidade do setting na situação do acompanhamento terapêutico. Acredito que a partir desta clínica singular, a clínica do AT, clínica em movimento por definição, podemos trazer elementos para que se pense em um movimento de abertura da clinica com casos de difícil manejo.

Penso na palavra flexibilidade, pois acredito que ela nos traz um sentido interessante. O que significa que um trabalho clínico esteja fundamentado em um setting flexível? Como articular a flexibilidade do setting ao tema desta mesa, o da afetação do psicólogo por experiências de vulnerabilidade? O que pretendo aqui propor é que um setting terapêutico flexível não necessariamente é um setting frágil, vulnerável, que possa facilmente se quebrar. Pelo contrario, justamente quando há um setting bem fundamentado é que se esboçam possibilidades de manejar a transferência com o paciente, e é disso que se trata todo o trabalho com ele. A discussão proposta aqui é de fazer pensar nos elementos que compõem o setting para sustentar a hipótese de que a flexibilidade do setting pode ser um deles.

Falamos sobre o setting aponta para uma questão inicial que merece ser discutida: o que está em jogo na criação de um setting clínico bem fundamentado? O espaço físico? As regras e normas adotadas para o andamento do processo terapêutico?

Bleger (1977), em capítulo intitulado Psicanálise do enquadramento psicanalítico define o setting como o que diz respeito às constantes de um fenômeno, método ou técnica. Tais constantes incluem:

*O papel do analista*

*O conjunto de fatores espaciais e temporais*

*A técnica (honorários e horários)*

Enfatiza duas situações distintas e complementares na experiência clínica: o processo (ou a situação psicanalítica) e o não-processo (o setting).

Se o processo engloba as variáveis que compõem o tratamento, o enquadramento do processo (como ele denomina) é o que sustenta a possibilidade de ocorrência e manejo destas variáveis. Ou seja, o setting psicanalítico é tido como uma base de sustentação do tratamento.

Bleger (1977, p. 312) define uma instituição como uma relação com a manutenção de um conjunto de normas ou atitudes. O enquadramento é, portanto, uma instituição. *As instituições funcionam sempre como limites do esquema corporal e núcleo básico da identidade.*

O autor nos traz a noção de não-ego: aquilo que o sujeito ainda não percebeu que lhe pode faltar, as relações estáveis e imobilizadas. Na psicose, o não-ego é aquilo a que o paciente se atém para existir. O setting, neste caso, ajuda ao paciente se manter organizado. O não-ego, assim como o setting, é a base para que o ego possa vir a se organizar quando vivencia experiências de frustração. É a partir da existência do não-ego que o ego pode se *movimentar*.

*A simbiose com a mãe permite a criança o desenvolvimento de seu ego; o enquadramento tem a mesma função: serve de sustentação de marco, mas só chegamos a ve-lo – por ora - quando muda ou se rompe.(p.315)*

Estes elementos que definem o setting podem ser amplamente discutidos se partirmos da clínica do AT, já que é uma clínica que traz em si uma singularidade: sustenta-se na proposta de movimento espacial. É uma clínica que circula, articuladora de redes, dispositivo que foge da rigidez da instituição, da ortodoxia analítica. Palombini (2004), ao tratar do tema acompanhamento terapêutico na rede pública, traz definições conceituais desta clínica: *O AT certamente pode ser descrito como uma clínica em ato, onde o setting é a cidade: a rua, a praça, a casa, o bar. Uma clínica em que a palavra e também o corpo, os gestos, as atitudes contam. ( p. 78).*

Desta forma, o AT pode ser entendido como dispositivo clínico que pressupõe não haverem normas e condutas tão claras que funcionem como invariantes, principalmente com relação ao conjunto dos fatores espaciais. Daí o andamento do processo analítico depender mais da posição do acompanhante frente aos conteúdos inconscientes que surgem no encontro, de sua abertura e disposição para acolher estes conteúdos. Como escreve Coelho Junior (2008), a prática analítica é pensada por ele a

partir de um setting móvel e sensível, poroso ao outro e ao mundo, morada da percepção e das possibilidades de contato que tem o analista. Este setting é o corpo (...) e sua porosidade frente aos seus afetos e os do paciente (p.99) Em outras palavras, entende a flexibilidade do setting enquanto disponibilidade do analista para ser usado ou influenciado pelo paciente, oferecendo seu corpo no pólo oposto da defesa paranóica.

Coelho Junior (2008) ao trazer esta questão do corpo como setting, alerta: trata-se muito mais de resgatar o lugar do corpo na análise do que de transformar a análise em um análise do corpo ou uma na análise no corpo, literalmente. Sobre isso, explica que é justamente quando há uma ruptura do setting, o corpo do analista que é atacado já que é com o corpo que somos penetrados por introjeções e que realizamos projeções (p.100).

Não pretendo aqui falar do corpo em si, mas da abertura que esta idéia do corpo como setting pode nos trazer em termos de concepções técnicas. Pensar na rua como espaço clínico nos dá uma idéia de uma clínica “desprotegida”, e o corpo do terapeuta ao lado do paciente é justamente aquilo que pode contornar a situação terapêutica, aquilo que dá referências ao paciente que, muitas vezes, há muitíssimo tempo não sai da clausura de sua casa ou de um hospital psiquiátrico.

A clínica fora das paredes do consultório ou dos muros da instituição sublinha uma maior preocupação com a posição do terapeuta. O corpo do terapeuta como continente, a maneira como se posiciona em relação à transferência enfatizam a preocupação com a posição do terapeuta. Figueiredo (2008) nos fala de reserva enquanto um conceito que nos ajude a pensar em posição do analista. Reserva é adotada por ele enquanto o outro pólo do que ele chama *implicação* do analista. Refere-se à capacidade e posição ética que o analista deve ter de estar presente com certa ausência, numa espécie de “implicação reservada”. O analista, posto em reserva, está ele mesmo confiado às suas reservas anímicas e corporais sem que se coloque para ele a tentação de dominá-las e explorá-las (p.26). Pensar em reserva me faz voltar a Freud. Uma revisão da técnica psicanalítica desde Freud me parece um caminho plausível para adentrarmos a discussão aqui proposta. Mas Freud pensava na posição analítica adequada para trabalhar com pacientes neuróticos, em quem opera o recalque. O analista sempre em nome de, a partir de sua neutralidade, tornar-se um elemento facilitador da transferência para a pessoa do medico dos conteúdos inconscientes de seus pacientes.

Será que a partir dos escritos sobre a técnica psicanalítica direcionada aos pacientes neuróticos, podemos pensar em como criar um método clínico que se aplique à experiência do acompanhamento terapêutico com psicóticos?

No texto de Freud sobre a técnica psicanalítica (capítulo VI de Esboço da Psicanálise), vão se esclarecendo as regras que devem ser exercidas enquanto componentes da técnica psicanalítica. É função do analista levar o paciente a se comprometer com a *regra fundamental*: a associação livre. Nas palavras de Berlinck (2008), a regra fundamental compromete analista e paciente com a livre associação em prejuízo de qualquer forma de censura. O analista, por sua vez, estaria equipado do que Freud chama *atenção igualmente flutuante* que, nas palavras de Coelho Junior (2008, p.86) é uma atenção que em nada se detém e que por isso pode se apresentar aberta a todas as diferenças, mas também a todas as semelhanças. Uma atenção que precisa não se deter para poder se deter em algo.

Freud neste texto nos chama a atenção para a transferência mais uma vez como forma de resistência do paciente em submeter-se à regra fundamental, porém fica claro que é desde aí, desde a transferência positiva ou negativa, em estado de atenção flutuante, que os analistas devem trabalhar.

*É tarefa do analista tirar constantemente o paciente da ilusão que o ameaça e mostrar-lhe sempre que o que ele toma por uma vida nova e real é reflexo do passado. E para que não caia num estado em que fique inacessível a qualquer prova, o analista toma o cuidado de que nem o amor nem a hostilidade atinjam um grau extremo. (p190)*

O conceito de transferência freudiano aparece irremediavelmente como algo do passado que se reatualiza na situação analítica. Mas Freud, enquanto analista, precisa mostrar ao paciente que aquilo que ele vivencia durante o tratamento se trata apenas de um “reflexo do passado”? Suas recomendações técnicas sugerem que assim seja. Daí entendemos porque Freud cometera o engano de acreditar que não haveria transferência com pacientes psicóticos: a temporalidade, na psicose, como sabemos, funciona de outra maneira.

Freud esteve preocupado em estudar a psicose sob o ponto de vista metapsicológico, porém sua constatação de que não haveria transferência possível com pacientes psicóticos faz com que ele se distancie da tentativa de construir recomendações

técnicas que abrangessem estes pacientes. Neste mesmo texto, Freud deixa claro que se deve renunciar a idéia de experimentar o plano de cura com os pacientes psicóticos—renunciar a ele talvez para sempre ou talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que se lhes adapte melhor (p. 188)

Vale frisar que o trabalho prático descrito por Freud tem um pano de fundo negativo: ele nos atenta para aquilo que está interdito, para o que não se deve fazer, esboça-nos um analista preocupado em manter-se cuidadoso, reservado, em frustrar o paciente de sua necessidade de obtenção de amor, ou de sua exigência de que o analista lhe dite regras sobre como deve conduzir sua vida. O analista precisa ser abstinente e supor um saber irresponsável. Desta forma, o analista estará no caminho de lutar contra as resistências do paciente.

Freud, ao longo de toda a sua prática clínica, preocupou-se, sobretudo, com traçar uma metapsicologia e utilizou sua prática clínica como um método de investigação do inconsciente de seus pacientes. A partir de sua prática clínica, Freud fundou uma ciência.

*Freud não se interessou pela técnica psicanalítica a não ser na medida em que tivesse valor de método e que a prática do método era, antes de mais nada, posta a serviço das descobertas teóricas sobre o psiquismo humano. (Fédida, 1988, p. 98)*

Fédida (1988), em texto que aborda elaborações técnicas, traz em evidência este movimento de Freud enquanto alguém preocupado em manter a ordem da psicanálise, fazendo suas recomendações para que a psicanálise não fosse pervertida por analistas afoitos e aventureiros. Ferenczi, por sua vez, é caracterizado por Fédida como “o verdadeiro psicanalista”, apaixonado pelas condições práticas do manejo clínico da técnica na sua vocação de ser uma técnica terapêutica (p.99).

Parece fundamental que Ferenczi seja aqui citado, psicanalista contemporâneo à Freud que esteve disposto a traçar uma espécie de “metapsicologia da técnica”. Desde o artigo intitulado *Prolongamentos da técnica ativa em psicanálise (1912)* até sua conferência denominada *Elasticidade da técnica psicanalítica (1927)*, são abordadas diversas questões que nos interessam aqui: a da atividade do analista frente ao paciente, do uso da *segunda regra fundamental (quem quer analisar os outros deve, em primeiro lugar, ser ele próprio analisado)*, da técnica do “sentir com” e do tato analítico como técnica aplicável, principalmente quando se trata de casos de psicóticos.

*Adquiri a convicção de que é antes de mais nada uma questão de tato psicológico de saber quando e como se comunica algo ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para tirar conclusões; de que forma deve a comunicação, num determinado caso, ser feita; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando devemos nos calar e esperar outras associações e, em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente . (Ferenczi, 1927, p.35)*

Há aqui uma clara preocupação de Ferenczi com a possibilidade de uma elasticidade do analista, uma capacidade de tato e empatia enquanto técnica, mas que para ele parece só ser possível quando o analista em questão estiver, devidamente, a par de seus próprios limites. Continua ele:

*O que é tato? Tato é a faculdade de sentir com. Se conseguirmos, com a ajuda de nosso saber, formado pela dissecação de inúmeros psiquismos humanos e, sobretudo, pela dissecação de nosso Si-mesmo, imaginar as associações possíveis ou prováveis do paciente que ele ainda não percebe, podemos – não tendo como ele que lutar contra as resistências – adivinhar não apenas seus pensamentos retidos, mas também as tendências que lhe são inconscientes. (p.36)*

Aqui estão as bases para que se estude a contratransferência. Ferenczi parece abordar a contratransferência não como algo que dificultaria a análise, mas ao contrário, como a própria técnica a ser empregada. Ferenczi formulava sua técnica com base em sua vivência clínica, de forma a considerar, como explica Berlinck (2008), que qualquer sucesso deve ser compreendido como uma interação da transferência do paciente, isto é, de sua compulsão à repetição, com a contratransferência do analista, ou seja, sua técnica. (p. 281)

Proponho que pensemos, primeiramente, nas recomendações técnicas propostas por Freud articulando-as com casos de psicose. Um analista que não está trabalhando com um neurótico precisa de outros elementos em sua técnica que não apenas a reserva, a neutralidade, o “cuidado para que o amor e a hostilidade do paciente não atinjam um grau extremo”. Tais posições analíticas, diria, são impossíveis quando tratamos de casos em que as fronteiras egóicas sejam frágeis e a capacidade simbólica comprometida. Muitas vezes é difícil que o analista se mantenha em atenção igualmente flutuante, geralmente

nas situações em que está impactado pela fragmentação ou excessiva projeção do paciente. É óbvia a necessidade de certa elasticidade psíquica no analista, uma abertura para os afetos que traz o paciente. Ao falar sobre a diferença entre a neurose e a paranóia no texto “Transferência e Introjeção” (1909) Ferenczi enfatiza o paranóico não como aquele que introjeta elementos para a formação de um mundo interno, mas como alguém que diretamente projeta pulsões e defesas no objeto externo. Daí ocorre a experiência de indiferenciação entre este sujeito e o mundo.

No caso clínico que vou trazer, era necessário que eu estivesse ao seu lado, com uma presença sincera e implicada, que pudesse afetar-me com o que ela me dizia ou mostrava, dizer muitas vezes a minha opinião, pois entendia tais atos como necessários para produzir pareamento, para poder minimamente sustentar uma posição de alteridade com esta paciente.

Voltando a questão do setting: para que se possa fazer este manejo transferencial em nome da sustentação de uma posição de alteridade em relação ao paciente, é necessário que o setting obtenha elementos constantes. Mas a flexibilidade do setting proposta no AT aparentemente contraria esta lógica. Por que o acompanhamento terapêutico tem sido tão promissor no tratamento de pacientes psicóticos? Bem, vale dizer que o AT, logicamente, não é um analista ambulante. O AT geralmente trabalha ao lado de um analista, um psiquiatra e/ou uma instituição de tratamento (como no caso clínico que segue, eu como AT trabalhava compondo uma rede de atenção à paciente juntamente com a equipe do CAPS). Visa geralmente retomar com o paciente sua circulação social. Mas o trabalho do acompanhante, é fato, pode permitir que surjam efeitos psicanalíticos no paciente: experimentação transferencial, estabilização do surto, possibilidade de apreensão de seu desejo, nomeação de afetos, reconstrução de sua história. Como coloca Palombini (2004):

*Se a clinica, por um lado, coloca-se como pressuposto orientador para a prática do AT, por outro lado, o exercício dessa prática vem forjar um estilo próprio à clinica. Abrir-se para o novo, seguir fluxos alheios, deixar-se afetar, desinvestir o narcisismo, suportar a ignorância para não precipitar um saber que aliena, são vivências ao acompanhante no encontro cotidiano com seu acompanhado. (p. 81).*



Pensando nas vivências que ocorrem no encontro entre paciente e AT, proponho relatar uma situação vivida e articulá-la com a discussão sobre a flexibilidade do setting. Segue então um relato de um acompanhamento terapêutico realizado com Miriam.

Praticamente uma constante entre as nossas cotidianas saídas, o carro. Meio de transporte entre sua casa e o resto do mundo. Entre seu silêncio, seu ensimesmamento e a possibilidade de uma interlocutora, de um vínculo transferencial.

No carro, o silêncio. O que significava aquele silêncio, ela que andava tão falante por aqueles dias? Estávamos indo a uma exposição que nem mais sabíamos se estava em cartaz. Ela não havia cumprido o combinado comigo de escolher algo e certificar-se de que estaria em cartaz (era sempre eu quem estava organizando nossas saídas, por isso há algumas semanas combinamos que ela o fizesse). Diante disto, resolvemos então sair “ao acaso”, apostando que haveria certa exposição no lugar aonde habitualmente íamos.

O acaso suportava uma espontaneidade, uma confiança no vínculo, um risco em poder se frustrar, em poder deparar-se com uma ausência. De certa forma, parecia-me interessante ver até que ponto ela chegaria dentro de sua possibilidade de movimentar-se frente ao acaso, a um possível risco de uma expectativa não se validar. Aqui já se esboça uma primeira idéia de setting no AT: a segurança do carro enquanto meio de transporte, do dia e horário combinado para o encontro. O sair ao acaso pressupõe confiança e consistência no setting, já que o que se sobressai aqui é justamente a quebra da repetição com esta paciente.

Miriam continuava em silêncio, no carro, enquanto eu me absorvia em pensamentos, sem saber como colocá-los em cena. Compartilhávamos o silêncio, cada uma em seu próprio imaginário. Faço então a pergunta-chave: porque esta tão quieta?

“Telepatia. Estou me comunicando com você por telepatia”, dizia ela.

Surpresa com seu motivo, por um momento sinto-me impotente por não dispor de sua incrível capacidade telepática. Digo-lhe que não posso acompanhá-la nesta comunicação. Ela ri (há aqui um movimento em direção à alteridade) e então se apressa a falar, sua fala despedaçada de sempre, sem pontuações, sua fala delirante misturada com os fatos dos dias próximos (que eu sempre teimei questionar a qual tempo, de fato, pertenciam).

Conta-me que me viu na rua. Que tem me visto e falado comigo por telepatia. Diz que Deus tem sugerido a ela que converse comigo, que eu posso ajudá-la. Esta paciente, no início do acompanhamento, mostrava-se completamente paranóica em relação à minha presença. Durante meses, nos momentos em que eu me aproximasse dela no CAPS onde se tratava, ela se levantava e começava a andar em círculos. Minha aproximação e a construção de sua confiança em minha presença levou muito tempo para acontecer. Agora, eu era uma enviada de Deus. Como eu deveria suportar este lugar? Como me reservar diante de uma fala como essa, sem me colocar em uma posição defensiva?

Acredito que esta distinção deva ser feita com cuidado, já que uma presença reservada significa buscar, como escreve Figueiredo, uma maior possibilidade de transito intrapsíquico, o que é condição para os ganhos na luta contra a repressão e contra cisões e dissociações (p.27). Por outro lado, se há no analista, no AT, uma necessidade defensiva devido à invasão de certos conteúdos do paciente, e desta forma ele atue tentando controlar ou subjugar um saber à situação que se esboça, fecha-se o campo das comunicações e o analista em questão experiencia ganhos narcisistas que se opõem ao processo terapêutico do paciente.

Feitas estas pontuações, continuo meu relato clínico:

Chegamos então ao lugar almejado: museu de arte contemporânea da USP. As portas fechadas já nos informavam que não havia nada acontecendo ali. O segurança nos diz que a próxima exposição esta em fase de montagem. Ali ainda não havia nada para ver. Vazio.

Ela olha-me com ares de frustração, diz que quer ir para casa. Eu fico ali parada por um tempo, tentando minimamente sustentar o vazio e a escolha (minha e dela) de sair ao acaso. Pergunto, com uma entonação forte: voltar para casa? Aquele momento me parecia crucial: havia uma quebra na repetição. Se sempre íamos a exposições de arte e neste dia a exposição que supúnhamos estar acontecendo não estava lá, o que poderíamos fazer juntas? Retomei que o que ela mais andava me pedindo era que saíssemos de sua casa. Por que voltar para lá? Dispúnhamos ainda de uma hora de acompanhamento. Ela então se questiona: mas o que vamos fazer então?

Esta questão também é um ponto interessante que faz retomar nossa discussão inicial: a da flexibilidade do setting. Num momento de quebra da repetição, nos calcamos no setting para avistar um direcionamento da situação. Mas o que é o setting aqui? A USP? Meu carro? Meu corpo? Talvez fosse necessário que mapeássemos o setting, juntas.

No acompanhamento terapêutico, mais do que representar, a dupla AT-acompanhado faz uma espécie de “apresentação” dos afetos e associações. Na situação de acompanhamento terapêutico, as associações não são construídas apenas com a matéria da linguagem e sim com a materialidade das movimentações dos corpos.

De fato, encontramos um mapa, Mapa das artes da USP, que expunha tudo o que estava acontecendo em matéria de artes pela universidade. Guia concreto. Examinamos o mapa e ela se interessa pela semana das artes que estava acontecendo na Faculdade de Engenharia. Pergunto a ela o porquê deste interesse, ela conta-me algo que eu havia esquecido: tinha estudado engenharia quando era moça. Eu nunca soube ao certo se ela realmente havia estudado engenharia, outras vezes já me tinha dito que estudara Letras. Na verdade, talvez ela não tivesse cursado nenhuma faculdade, pois sei que foi neste momento de sua vida que o surto psicótico aconteceu e ela se enclausurou em casa. Esta época de sua vida parece um grande buraco-negro, difícil remontar com ela sua história. Ninguém de sua família se dispôs a me contar<sup>1</sup>. Acredito em sua fala e na possibilidade desta “verdade”, seja ela real, acontecida em algum tempo cronológico, seja um delírio, representante da memória *anacrônica*, esboçar qualquer desejo possível de ser nomeado.

Retornemos à situação do acompanhamento: tomamos a direção que ela escolheu rumo à Poli, descobrir do que se tratava a semana de artes da Engenharia. Durante o caminho ela me conta, curiosamente em uma fala mais conectada e linear, que gostaria de ter sido engenheira química, que já havia trabalhado em uma fábrica, como seu pai. Não aparecendo conteúdos de sua história. Em seguida vai se adentrando na problemática com o pai, que parece a acompanhar incessantemente. Diz que nunca conseguiu ser nada por causa dele, ele roubou aquilo que lhe pertencia. Quando pergunto o que foi exatamente

---

<sup>1</sup> A família de Miriam caracteriza-se pela desunião: cada irmão mora em uma cidade diferente, os pais são muito idosos e a responsável pelos cuidados dela e dos pais é uma afilhada do pai, uma espécie de “agregada” da família. É com ela que tenho a única possibilidade de diálogo para além de minha paciente, possibilidade que limita o conhecimento da história que gostaria de remontar com ela, já que esta cuidadora desconhece o que se passou antigamente com a família.

que ele roubou, ela se confunde, e entra em um discurso mais fragmentado, em que faz referências aos maridos, às amantes de seus maridos, às amantes de seu pai, a uma tia vulgar cuja voz ela imita, em tom de deboche. Eu, mergulhada em atenção flutuante, tentando pontuar sua fala, tentando prestar atenção no caminho à Poli (que eu não conhecia), escutar o que fazia sentido enquanto concretamente nos levava para onde seu desejo pareceu apontar, estaciono o carro. Neste momento há de minha parte uma total implicação.

Não pretendo adentrar-me na sua fala em si, mas na situação em que estávamos, isto é, nas possíveis afetações que esta situação poderia produzir em mim e nela. Miriam durante o passeio pareceu um pouco deslocada, olhando as salas de aula da Poli, a movimentação estudantil (a exposição de arte que acontecia parecia ser o que menos importava naquele momento). Parecia angustiada, agita-se, vai ao banheiro algumas vezes. Sinto-me mergulhada em um não-saber: será que estar ali produziria muita angustia nela? Como ajudá-la a sustentar o desejo de estar ali? Suponho que seu imaginário naquele momento confrontava-se com o real vivenciado. As certezas de seu delírio competiam com a concretude de uma faculdade de engenharia: nada mais certo do que o concreto.

Figueiredo (2008) explica que manter-se em reserva é para o analista, muitas vezes, a maneira de suportar estar em situações difíceis de discriminar, situações em que as autorias e origens dos sentimentos, desejos e até necessidades perdem seus limites individuais (p.29)

Vale aqui abordarmos a questão da contratransferência, que quer dizer a resposta emocional do analista frente ao seu paciente. A questão aqui me parece ser como utilizá-la como instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente e como submetê-la ao trabalho analítico, no sentido tanto de guiar a compreensão do analista em relação ao caso como no sentido de facilitar as trocas intersubjetivas. Podemos escutar com angustia? Comunicar nossa angustia a fim de melhor trabalhar com o paciente?

Pierre Fedida (1988) concebe a contratransferência como dispositivo econômico que permite ao analista poupar-se de experiências que não deve viver no lugar de seu paciente e muito menos por ele (p.79). A contratransferência, nesse sentido, articula-se

com a posição de reserva abordada por Figueiredo. Enquanto conceito psicanalítico ajuda-nos a pensar algumas experiências afetivas intensas.

*A contratransferência equivale a um dispositivo inerente a situação analítica e adequada ao enquadre do tratamento, evitando que o analista se encontre diretamente confrontado com a irrupção violenta dos afetos do paciente e dos seus próprios, permitindo-lhe reinstaurar a situação analítica caso essa seja perturbada ou momentaneamente destruída, formando o lugar de ressonância e de tradução em palavras de tudo o que pode ser experimentado no tratamento. (Fedida, 1988, p. 71)*

Tentei ficar ali com ela, olhar a exposição, os cartazes pregados nos murais. Um moço nos chama para conhecer a oficina de musica que estavam fazendo. Ela quer ir, mas só um pouco, percebo nela um ligeiro cansaço. Vou me sentindo também tomada pelo seu cansaço, e quase instantaneamente trocamos olhares que exprimiam nossa vontade de ir embora.

Sentia-me confusa, sem saber o que dizer daquela ida à faculdade de engenharia com ela, como se houvesse acontecido algo para além do possível para nós duas naquele momento. Ir até a faculdade de engenharia foi excessivo para ela? Eu havia sido demasiadamente ativa?

Voltando para o carro, dou-me conta de que não fazia nenhuma idéia de onde ele estava. O estacionamento era enorme e os pontos de referência, escassos. Não conseguia me lembrar do caminho que havíamos feito desde o carro até o prédio da Poli. Só podia me lembrar de que havia um muro cinza. Perguntava a ela, que também dizia não saber. Aqui sim posso falar de uma real quebra do setting. Perdidas em um mar de carros, andávamos em errância. Minhas esperanças de encontrá-lo iam cada vez mais se esvaindo, e ela, por incrível que me pareceu, divertia-se com aquele andar desnorteado. Tantos carros pretos, tantos muros cinza, tanto asfalto, o sol do meio-dia fulminante Tudo era igual, não havia marcas que diferenciassem nosso caminhar. Fui tomando-me por um nervoso quase desesperado, em um momento acreditei piamente que ficaríamos ali para sempre. Seria este o sinistro experienciado pelo psicótico? Um andar sem referências, um mar de significantes que não faziam marcas que diferenciassem nem afetos, nem

instantes, tudo um emaranhado só. Excesso de carros. Nenhum espaço vazio. Nenhum ponto familiar.

A hora em que o AT terminava já havia chegado, agora o tempo que passava era simplesmente tempo que passava. Ter um relógio não fazia mais diferença. Eu cesso meu caminhar, quase pedindo trégua. Digo a ela que não sei o que fazer. Miriam então pede calmamente para que eu pegue minha chave e tente apontar para todos os lados, atenta ao barulho que faria ao destravar. Descrente, fiz o que ela disse.

O barulho da trava, quase ao nosso lado, pareceu um milagre. De volta ao familiar, eu ria em alívio. Ela ria de mim. Disse que nunca tinha me visto tão nervosa. Que eu estava “perdendo a cabeça”. Sua lucidez me foi fundamental.

Na volta, um silêncio inicial. Outro silêncio: um silêncio compartilhado e em fase de metabolização. O que havia se passado ali? Uma comunicação atuada? Uma reinstalação do setting analítico pela própria paciente?

Pudemos então comentar, rememorar aquele momento, rindo.

Gostaria de trazer a seguinte citação de Fedida para continuarmos pensando no sentido destas experimentações transferenciais com psicóticos.

*Devido ao fato de que o psicótico dificilmente diferencia o que nele decorre do pensamento, da emoção ou da ação, suas necessidades de dependência tendem a uma espécie de colusão física sem contato corporal com o analista (...) Tudo ocorre como se a percepção fragmentada ou desmembrada que o paciente propõe ao seu analista de sua própria pessoa ameaçasse o pensamento de ser engolido e aniquilado pelo visual. A perda da linguagem é certamente o que é vivido como a mais terrível ameaça. (Fedida, 1988, 76)*

Interessante pensar nesta citação de maneira invertida na situação que relatei aqui: a ameaça da fragmentação, de um pensamento que poderia supostamente ser “engolido pelo visual”, da perda da linguagem, foi sentida por mim. E neste momento, Miriam quase como que instantaneamente traz ajuda à situação, mostrando uma organização psíquica que raramente se fazia perceber nela. Ela encontra as referências para se manter calma. Pode pensar em uma maneira de “sairmos daquela aparente situação de

aprisionamento”. Acolheu-me em minha confusão. A situação do acompanhamento pareceu se reinstaurar através daquilo que surgiu dela, inesperado. Diria, com base em tudo o que discutimos, que este inesperado só pode surgir em função, não da quebra na repetição do setting, mas da consistência do setting que já havia sido criado durante o processo de mais de dois anos de acompanhamento com esta paciente. Como abordei em Bleger, é a estabilidade do setting que permite que o paciente possa minimamente se organizar frente à vivências de frustrações. Se, como hipotetizei acima, o setting era meu corpo ou meu carro, foi Miriam quem conseguiu rastrear o setting aparentemente perdido. Abriam-se caminhos para que nossas comunicações inconscientes pudessem acontecer. Voltamos conversando sobre o que havia se passado. Este encontro sempre nos era lembrado com risadas e saudades.

Diante de casos difíceis, por mais implicado que esteja o analista, por mais necessário que se sinta diante do paciente (em função dos recursos do paciente em lidar com a presença e a ausência do objeto), é o setting que lhe dá a segurança de que aquele encontro chegará a um fim. O setting garante a manutenção das reservas de vida do analista e garante uma constante para o paciente. Concluiria que o setting no AT é um setting construído juntamente com o paciente ao longo do tratamento, tanto em termos de horas necessárias, valor estabelecido, lugares possíveis para transitar, quanto em termos de posicionamento do acompanhante em relação à transferência. Insistir, portanto, na delimitação de um setting para o AT, é fundamental para que se crie um método para esta modalidade de prática clínica, prática esta que constitui mais um lugar da Psicanálise.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Berlinck, M. T. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, Escuta, 2008

Bleger, J. Psicanálise do enquadramento psicanalítico, In: *Simbiose e Ambigüidade*. Rio De janeiro : Francisco Alves Editora S.A., 1977.

Coelho Junior, N. “Psicanálise, Corpo e Setting”, In: FIGUEIREDO, L. C. e COELHO JUNIOR, N. *Ética e Técnica em Psicanálise*. 2ª. Edição revista e ampliada. São Paulo: Escuta, 2008

Fedida, P. *Clinica Psicanalítica: Estudos*. São Paulo: Escuta, 1988

----- Nome, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1991

Ferenczi, S. (1909) Transferência e Introjeção . In: *Obras Completas : Psicanálise I*. São Paulo: Martins Fontes, 1992

----- (1927) Elasticidade da técnica psicanalítica. In: *Obras Completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992

Freud, S. Esboço da Psicanálise In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v.XXIII

Figueiredo, L.C. Presença, Implicação e Reserva In: FIGUEIREDO, L. C. e COELHO JUNIOR, N. *Ética e Técnica em Psicanálise*. 2ª. Edição revista e ampliada. São Paulo: Escuta, 2008



PALOMBINI, A.L.. Um estilo próprio à clínica- In: PALOMBINI, A.L (et al.)  
*Acompanhamento Terapêutico na rede pública: a clinica em movimento* – Porto Alegre:  
Editora da UFRGS, 2004.