

Algumas considerações clínicas sobre o início de um tratamento:
Contratransferência e empatia

Some clinical considerations regarding the onset of a treatment:
Countertransference and empathy

Claudio Eugenio Marco Waks

Resumo

O presente trabalho propõe refletir sobre o mais importante elemento do método clínico: a *praxis* do analista. É abordada a questão do “setting” interno, o que se passa com o analista durante e após seu trabalho analítico — o que poderia denominar-se: “metapsicologia do analista”. Para tanto, algumas passagens de entrevistas preliminares e primeiras sessões de um caso atendido em consultório são apresentadas. O material clínico descreve alguns fenômenos contratransferências observados para, a partir destes, levantar alguns questionamentos de ordem metodológico e metapsicológico inerentes ao método clínico.

Neste trabalho também desenvolve-se a idéia de que, independentemente da modalidade de tratamento que utilize o método clínico, a capacidade empática do analista desempenha um papel determinante para o andamento de qualquer tratamento.

Summary

This paper proposes to reflect upon the most important element of the clinical method, namely the *praxis* of an analyst. It also introduces the notion of the analyst's internal setting, that which is subjectively experienced during and after clinical practice, which could be referred to as an “analyst's metapsychology”. For this purpose, excerpts from some preliminary interviews and initial sessions of a clinical case are presented. The clinical material describes countertransferential phenomenae observed which are employed as a reference to raise methodological and metapsychological considerations inherent to the clinical method.

The paper also develops the idea that, independently from the modality of treatment which employs the clinical method, it is the analyst's empathic capacity that plays a crucial role for the progress of any treatment.

Introdução

No presente trabalho proponho refletir sobre o mais importante elemento do método clínico: a *praxis* do analista. Tentarei abordar a questão do seu setting interno, o que se passa com o analista durante e após seu trabalho analítico — o que poderíamos chamar de “metapsicologia do analista”. Para tanto, apresento algumas passagens de entrevistas preliminares e primeiras sessões de um caso atendido em consultório. Através deste material pretendo descrever algumas dificuldades vivenciadas para, a partir destas, levantar alguns questionamentos de ordem metodológico e metapsicológico associadas ao método clínico.

Trata-se de explorar esta questão pelo vértice clínico e, mais particularmente, pelas dificuldades que certos pacientes trazem para o analista, despertando nele respostas contratransferenciais muito complexas, desconcertantes e perturbadoras. A própria pesquisa diagnóstica que esses atendimentos deflagra em nós, já pode ser entendida como parte da contratransferência em um sentido mais amplo. A abundância de trabalhos teóricos e clínicos sobre esses casos reflete as dificuldades contratransferenciais de toda comunidade psicanalítica. Nessa medida, o tema central deste texto trata dos esforços de ter que se haver com as respostas que as transferências de alguns pacientes mobilizam nos analistas e como se pode lidar com sentimentos intensos na contratransferência.

Tento também desenvolver neste trabalho a idéia de que qualquer que seja a modalidade do trabalho clínico, as respostas do analista às transferências do paciente — aspecto essencial da dinâmica do trabalho analítico, embora também fonte de impasses — estão baseadas, na minha opinião, essencialmente em um deixar-se colocar diante do sofrimento de outrem, antes mesmo de se saber do que e de quem se trata. Isto, que eu denomino de capacidade empática, refere-se à disponibilidade humana para funcionar como suporte de transferências e de outras modalidades de demandas afetivas, sendo um deixar-se afetar e interpelar pelo sofrimento, *pathos*, alheio no que tem de desmesurado e mesmo de incomensurável, sendo não só desconhecido como incompreensível. Todo o psicanalisar — no que implica lidar com transferências — depende dessa capacidade empática. Considero que o cultivo dessa disposição subjetiva seja, provavelmente, um aspecto essencial na formação do analista. Sua preservação, ao longo do tratamento, é um dos elementos fundamentais de uma cura.

O caso clínico

Alexandre é misteriosamente encaminhado por um psiquiatra cujo nome é bastante complexo e não imagino quem possa ser. Como é véspera de um período de férias, arranjo um horário para vê-lo no mesmo dia em que sua entrevista fora solicitada. Chega pontualmente acompanhado da esposa – que conheço na sala de espera – e sorridente entra na minha sala.

Alexandre relata que após três encontros com o psiquiatra, que receitou neuroléptico conjuntamente com antidepressivo, foi recomendado que procurasse tratamento psicanalítico, indicando meu nome. Não sabe como se conduzir na entrevista, pedindo instruções e diretrizes, já que nunca teve contato com um psicanalista. Tímido, acanhado, vai respondendo às poucas perguntas que faço: por que será que o psiquiatra teria recomendado que procurasse por mim? Alexandre acha que a recomendação pode estar relacionada com a maneira com que lida com suas emoções e sentimentos ou, possivelmente, com não lida com estes aspectos da sua vida. A este respeito, declara não conseguir sentir nem emoções nem sentimentos e não considera que isto seja uma forma de anestesia, mas, a hipótese que apresento disto ser uma maneira de se defender, parece-lhe plausível. Sugiro, então, que esta estratégia defensiva possa ser considerada como o “feitiço que se virou contra o feiticeiro”.

Como exemplo disto relata que seu pai não consegue entender como é possível que fique impassível perante a conclusão rentável de alguma intermediação imobiliária, ramo no qual atuam conjuntamente. Para Alexandre isto não é “nada demais”, meramente seu trabalho, que desempenha eficazmente como gerente de operações, que inclui uma equipe de aproximadamente vinte pessoas. Na função de gerente diz “não misturar as coisas”, mantendo distância de seus subordinados para garantir o bom andamento do negócio.

Alexandre diz ter 33 anos, ser casado faz quatro anos e do matrimônio ter um filho de três anos (que, às vezes, na conversa, diz serem quatro). Está considerando uma separação, pois sua esposa acredita que ele comporta-se estranhamente, não consegue compreendê-lo, “mesmo sendo psicóloga”. E se ele for estranho, então, não quer atrapalhar a vida de sua mulher; aliás, a vida de ninguém. Mas, como saber se é ele que é estranho ou, se é o mundo que o é? Neste momento da sua vida encontra-se disposto a investigar – até as últimas conseqüências – se é ele que tem uma visão de mundo (*weltanschauung*) distorcida ou se o mundo que é distorcido. Se chegar a conclusão que é ele quem apresenta problemas terá que, então, arcar com as conseqüências disto através do seu tratamento, independentemente do tempo que seja necessário. Mas, se não for assim, então, irá decidir como conduzir o resto de sua vida. Aparentemente, esta dúvida constitui sua demanda de análise.

À partir desta primeira entrevista descubro que durante sua infância os pais de Alexandre brigavam constantemente e separaram-se quando tinha sete anos: “por causa das traições do meu pai”. A mãe casou novamente e teve outro filho um ano após a separação. Relata nunca ter se dado bem com a mãe, mesmo antes da separação, com o meio irmão ou com o pai deste. O breve relato descritivo da sua vida é totalmente desprovido de qualquer vestígio de manifestação emocional; é só quando se refere à mãe do seu pai que seus olhos lacrimejam e surge o primeiro e único traço de emotividade. Alexandre relata não lembrar quase nada do seu passado, exceto do fato de ter permanecido freqüentemente com a avó paterna, pois ambos seu pai e mãe trabalhavam fora. Identifica o momento do falecimento desta avó – quando tinha sete anos – como um marco no tempo a partir do qual possivelmente suas características emocionais tenham se acirrado. Momento crítico na sua vida uma vez que no lapso de um ano seus pais separam-se e seu esteio emocional falece. A entrevista é concluída quando combinamos que Alexandre irá me procurar no retorno das suas férias.

No momento que sai da minha sala noto que encerrei nosso encontro um pouco antes dos cinqüenta minutos que costumo despende com cada atendimento e sou inundado por uma avalanche de sensações e pensamentos. O primeiro destes – embora entenda que possa limitar futuramente minha percepção – gira em torno de um possível diagnóstico preliminar: a aparente incapacidade de reconhecer ou sentir emoções e sentimentos seriam indícios que estaria perante um caso de alexithymia¹ ? E se fosse este o caso, surge o questionamento se Alexandre não conseguiria reconhecer seus sentimentos por causa de uma incapacidade de identificá-los, ou como resultado de uma defesa eficaz – uma espécie de blindagem – contra o que ele de fato sente. Seria, então, um caso de ignorância emocional ou de defesa afetiva? Ou, ainda, ambas possibilidades atuando concomitantemente ?

Pensando neste caso, recentemente, tive a oportunidade de dirigir estes questionamentos para a Dra. Aisenstein² que respondeu que a diferença entre defesa ou ignorância emocional dependia da intensidade e precocidade do traumatismo ao qual o indivíduo tivesse sido exposto. Quanto mais precoce e intenso o traumatismo, maior a possibilidade de estarmos lidando com psiquismos rudimentares que não teriam tido a possibilidade de constituir-se e, conseqüentemente, se trata de indivíduos que sofrem de ignorância emocional, produzindo fenômenos psicopatológicos nosograficamente classificados de desordens psicossomáticas.

¹ Alexithymia: Termo introduzido na psiquiatria por Peter Sefnos em 1972 que literalmente quer dizer não ter palavras para expressar emoções (a = falta, lexis = palavra, thymos = emoção). Não se trata de um diagnóstico, mas, de uma construção útil para caracterizar indivíduos que parecem não compreender os sentimentos que experimentam tendo dificuldade de por em palavras aquilo que sentem.

² Aisenstein, M. Membro efetiva de L'École Psychomatique de Paris.
Workshop: *Fenômenos psicossomáticos, borderline e a psicanálise contemporânea*. SBPSP, 09/08/06

Nos casos em que o impacto traumático for menor, se trata de uma constelação psíquica defensiva, resultando em distúrbios *borderline*, caracterizados pela destrutividade nas relações objetais e com o próprio *self*. Como hipótese diagnóstica inicial, Alexandre parecia acomodar-se melhor na segunda alternativa.

Mas para que procurar referenciais diagnósticos? Embora acredite que todo saber é “suposto”, defensivo e essencialmente paranóico, considero que a pesquisa diagnóstica é uma característica inevitável do trabalho investigativo do psicopatólogo. É o aspecto Logos que compõe o vocábulo psico-pato-logia. Sem dúvida que como psicopatólogos cabe-nos resistir ao máximo à tentação de diagnosticar, essencialmente durante as sessões, mas, seria possível compreender o fenômeno clínico abstendo-se, peremptória e radicalmente, desta atividade? Defendo a idéia que temos que evitar uma espécie de *furor diagnosticantis* – taxonômico e classificatório – compreendendo que trata-se de “um mal inevitável”, dada a incapacidade da mente humana de deixar-se afetar por fenômenos de qualquer índole sem metabolizar-os simbólica e representacionalmente. Acredito que seja possível fazer uso de referenciais diagnósticos sem que isto seja uma atividade reducionista, limitante e sintetizadora, mas, que, ao contrário, se tornem uma ferramenta que possibilite aventar hipóteses que ampliem a miríade de possibilidades de aproximação e compreensão dos fenômenos psicopatológicos. Trata-se de adotar uma perspectiva instrumental e heurística, segundo a qual os discursos metapsicológicos cumprem a função de instaurar um campo de inteligibilidade, no qual se torna possível dar sentido ao material clínico e manejá-lo.

Outra série de indagações que o encontro com Alexandre suscitou em mim gira em torno de questões técnicas relacionadas à minha capacidade contratransferencial de poder estar *psicoempaticamente* presente com um sujeito que se diz incapaz de reconhecer e por em palavras suas próprias emoções e sentimentos: seu *pathos*.

Com intuito elucidativo, a escolha do termo *psicoempatia* resulta de minha identificação com a posição adotada pela Psicopatologia Fundamental diante do sofrimento psíquico dos seres humanos. Esta, como sabemos, propõe que aquilo que fundamenta o sujeito é seu *pathos*, seu modo particular de ser e estar no mundo ante o sofrimento psíquico inerente à condição humana. A subjetividade humana é *páthica* por natureza e fundamenta-se nesta característica. Logo, como psicopatólogo, procuro instrumentos que possam aproximar-me deste fenômeno humano da maneira mais imparcial possível para, a partir desta posição, tentar operar terapeuticamente. A psicoempatia fundamental pode definir-se, então, como um operador psicoterapêutico, um recurso que considera a empatia — *em pathos* — com o psiquismo de outrem como o instrumento que fundamenta sua *praxis*.

Para a segunda entrevista Alexandre encontra-se na sala de espera, silencioso e retraído. Ao ser chamado, sobe com aquele mesmo sorriso e após um silêncio constrangido, relata novo episódio caracterizado pela falta de emoção. Durante o aniversário do filho (serão três, quatro ou cinco anos?), Alexandre conversa com sua mãe em tom de cobrança sobre acontecimentos do passado. A conversação termina quando a mãe diz não suportar mais esse tipo de afronta e retira-se da festa. Sua mulher fica pasma ao ver como ele age friamente, sem emoção; não tenta contemporizar para que sua mãe não abandone a festa. Ele diz não saber o que sentiu no momento da circunstância, nem o que sente a este respeito no momento que o relata; só sabe de uma coisa: não sabe discutir, pois quando isto acontece, “vai embora e demora demais para voltar”.

Com o objetivo de investigar a extensão da incapacidade de entrar em contato com seus sentimentos, pergunto a Alexandre por que casou, o que teria sentido pela futura esposa que o levou a contrair núpcias. A resposta é surpreendentemente coerente com suas dificuldades afetivas:

“Pelo que dizem, casei apaixonado e, pelo que dizem, agora estou na fase do amor, bem menos interessado”.

Pelo que dizem! Chamo a atenção para esta frase e ele a reitera, confirmando-a. Afinal, como é possível saber o que se sente se não for a partir do que os outros consideram — objetivamente — que esteja se sentindo. Ao tomar notas sobre este encontro, me pergunto como será possível exercer alguma capacidade empática com alguém que não tem noção do elemento subjetivo do seu *pathos*, com alguém que parece ser ou, pelo menos, estar *apáthico*? Percebo, também, que me resulta extremamente difícil ficar com ele durante os encontros; sinto como se o tempo não passasse. Fico surpreso com o que está acontecendo comigo, começo a me questionar de que forma os encontros com Alexandre estariam me afetando. Quais seriam as dificuldades contratransferenciais que estariam impossibilitando minha capacidade empática?

Para pesquisar esta enigmática circunstância e compreender melhor a relação entre contratransferência e empatia considero esclarecedor, neste momento, utilizar as duas principais diferenças entre estes conceitos formuladas por Berger³ (1987) assim como a definição de Hinshelwood (1989) a respeito da empatia:

Empatia: estado emocional vivido pelo analista em contato com o paciente como sujeito.

Contratransferência: estado emocional vivido pelo analista em contato com o objeto do mundo interno do paciente

³ Berger, D.M. (1987): *Clinical empathy*. Northvale, NJ and London. Jason Aronson.

Estas primeiras duas definições correspondem, essencialmente, aos conceitos de “identificação concordante” e “identificação complementar” propostos por Racker⁴ (1957) em seus escritos sobre técnica psicanalítica.

Empatia: origina-se em um setor sem conflito da personalidade do analista.

Contratransferência: origina-se, em contraposição, em um setor conflituoso.

Para Hinshelwood (1989) a empatia é o produto de uma identificação projetiva normal, uma forma benigna deste fenômeno mental. Sua simples e clara elucidação da empatia é a seguinte:

“Quando se fala em ‘colocar-se no lugar de outrem’, estamos fazendo uma descrição da empatia, mas ela é também a descrição de um processo de inserir uma parte de si próprio, alguma capacidade de autopercepção, na posição de alguém mais; particularmente, trata-se de uma parte em experiência de si próprio que é inserida a fim de ganhar-se, em fantasia, a experiência desse outro... Um dos aspectos importantes desta intrusão em outrem é que não se dá perda de realidade, nem confusão de identidade”.

À partir do último conjunto de diferenciações posso, então, considerar que o contato com Alexandre não é ainda da ordem do empático por existirem questões contratransferenciais que precisariam ser elaboradas para, eventualmente, atingir esse objetivo. É importante ressaltar que como analistas podemos cometer graves erros tentando deixar de lado nossas próprias reações contratransferências na expectativa de mitigar as tensões presentes na relação analítica, forçando, assim, uma disponibilidade empática não autêntica. Este tipo de busca forçada de comunhão empática com o paciente pode conduzir o analista à negação de uma realidade não prazerosa e traumática resultando no uso dos mesmos mecanismos que o paciente procura para amortecer o impacto com a realidade psíquica ou externa.

Com a finalidade de compreender a diferença e interligação entre os conceitos que estamos pesquisando e entender melhor a dinâmica intersubjetiva do caso clínico em questão, apresento algumas idéias contidas em um esclarecedor artigo de Grotstein⁵ (1994). O artigo discorre sobre a relação entre contratransferência e identificação projetiva descrevendo a comunicação empática entre analista e paciente como um processo no qual o paciente comunica uma identificação projetiva parcial e limitada para o analista e este a recebe e assume-a em seu próprio interior, através da identificação introjetiva. Por outro lado, quando

⁴ Racker, H. (1957): The meanings and uses of countertransference. *Psychoanaly. Quart.*, 26: 303-357

⁵ Grotstein, J. (1994): Projective identification and counter transference. Brief commentary on the relationship. *Contemp. Psychoanal.*, Vol. 30.

a emissão projetiva do paciente é extremamente intensa, o analista perde sua capacidade receptiva/empática e é obrigado a ocupar-se com a contratransferência. Seria esta a dinâmica operante no começo do tratamento de Alexandre ?

Em um livro anterior, Grotstein⁶ (1981) afirma categoricamente que — quando considerada em seu aspecto positivo — a identificação projetiva possibilita a compreensão daquilo que ocorre ‘com e no outro’; sua forma mais sublimada é a base da empatia. Retomando Kohut (1971), o autor insiste que, mediante as interpretações, o analista deve tentar que seu paciente empatize com as partes cindidas de si mesmo. A idéia de empatizar plenamente consigo mesmo é o ideal Kohutiano⁷ de saúde mental: trata-se de tentar possibilitar que o paciente integre, através da empatia de si mesmo, os aspectos mais negados e cindidos do seu self.

Para possibilitar a capacidade empática do paciente consigo mesmo, espera-se do analista identificações introjetivas, continência e capacidade de metabolização simbólica. Há, porém, a possibilidade das identificações projetivas produzirem no analista contra-identificações projetivas, processo no qual o analista se defende devolvendo as projeções que lhe foram endereçadas em estado bruto ou enviando as suas próprias sobre o paciente. Poder considerar estas hipóteses como possibilidades daquilo que estaria acontecendo no meu vínculo com Alexandre, não limita o elemento fenomênico nos nossos encontros; amplia-os.

Considero que a diferença entre os dois conceitos em questão pode resumir-se, brevemente, da seguinte maneira: enquanto a empatia é o resultado final harmonioso de um processo, a experiência contratransferencial é um estágio muitas vezes necessário, mas não suficiente, por si mesmo, para se obter acesso à condição empática. O que estou dizendo é que a concordância e a complementaridade são, em geral, necessárias para estabelecer o "sentir com o paciente e pensar sobre o paciente" de maneira integrada. A tendência de equacionar empatia apenas com a concordância é algo que pode ser atribuído aos seguintes fatores, bastante precisos:

(1) o desejo de simplificar as coisas e de evitar a dor e o esforço de elaboração cognitiva e emocional da contratransferência

(2) a esperança onipotente de ser capaz de se tornar empático "pelas próprias atitudes".

Esta tendência é encorajada pela experiência comum que a empatia algumas vezes (ainda que raras) pode ser vivenciada em poucos minutos, às vezes mesmo com a imediatez da intuição; isto pode levar à ilusão de um processo do tipo *cito, tuto et iucunde* (rapidamente, com segurança e agradavelmente). Habitualmente, no entanto, a empatia pode ser

⁶ Grotstein, J. (1981) *Splitting and projective identification*. New York: Jason Aronson.

⁷ Kohut, H (1971): *Análisis del self*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

conseguida apenas depois de um trabalho prolongado e complexo.

Assim, é de crucial importância compreender que a empatia é um tipo de experiência intrasessão relativamente raro, totalmente imprevisível mas, ao mesmo tempo, notável. É caracterizado por um eficaz contacto emocional e uma clareza representacional durante a qual a vivência consciente do paciente é bem experimentada e compartilhada mantendo, ambos paciente e analista, uma sensação de separação e de válida individuação pessoal.

Pois, não é só o “olhar” psicanalítico (compreender intelectualmente, poder explicar, o “*erklären*” jaspersiano), como também a experiência *in toto* do “compreender e sentir” (na forma bem integrada do compreender / “*verstehen*”) que deveriam se estender um pouco mais profundamente, até áreas menos egosintônicas para que as malhas do eu defensivo se alarguem ocasionalmente e o “calado” (profundidade) de nossos sensores internos gozem de um aceso mais amplo ao nosso pré-consciente e ao dos outros. Agora, quando falo em um pouco mais de profundidade, não estou referindo-me a qualquer ultrapoder introspectivo, a um delírio de clareza ou a um fenômeno de hiper-visão, mas a uma condição de bom funcionamento complexo que simplesmente não se verifica muito frequentemente. Apesar disto, registrei, com certo desconforto, o cultivo implícito dentro de mim de fantasias onipotentes de “competência empática” especial e inata, como se pudesse ter, secretamente, um recurso especial para sintonizar-me com os pacientes; o reconhecimento destas ilusões foi narcisicamente penoso!

Retomando o caso, Alexandre quer falar daquilo que denomina como seu “colapso”, fenômeno que o levou a procurar ajuda psiquiátrica. Relata que, nesses momentos, sua sensação é a de ficar “encasulado” numa espécie de refúgio: nada o interessa, nada o atinge, é como se fosse um grande vazio. Este episódio não é único já que viveu circunstâncias iguais em outros momentos da sua vida, nas quais sente uma grande vontade de:

“Não estar aí. Vontade de nada, nada, nada, nada”.

Continuando com minhas aproximações diagnósticas, considero que Alexandre pode apresentar traços esquizóides uma vez que parece manifestar um ego com riqueza de atributos (inteligência, talento, capacidade, relativo sucesso), porém, é pessoalmente despojado e triste, sem estar clinicamente deprimido, embora durante os “colapsos” fique profundamente retraído. Como sabemos, o quadro esquizóide é caracterizado por situações de retrair-se e voltar ao mundo sucessivamente sem que esse ciclo possa ser superado, o que significa, também, uma ruptura com a vida real; retira-se do agora e da possibilidade da experiência futura manifestando dificuldades de manter relações com seres humanos e com o mundo. A experiência de vida assimilada não é internalizada perdendo, assim, a oportunidade de imaginar o futuro; a possibilidade de *ser em devir*. Dadas minhas sensações

contra-transferenciais nas entrevistas iniciais em relação ao estancamento do tempo, considero interessante abordar este possível quadro esquizóide pela dimensão da temporalidade. Acredito que, periodicamente, Alexandre retira-se do mundo e do futuro, vivenciando uma regressão profunda na qual constrói um lugar de refúgio atemporal; como se seu mundo interno, embora caracterizado pela vacuidade, adquirisse características do ventre materno.

Alexandre tem dúvidas e rumações compulsivas que giram em torno da pergunta se seu problema de fato existe ou se fora criado por ele mesmo. Será que ele “adoentou” a si mesmo, ou a doença o “pegou”. Suas dúvidas tautológicas são múltiplas, considera parar a medicação, pois não sabe se está bem por causa da ingesta medicamentosa, ou por si mesmo. Relata que enquanto estava de férias na casa da mãe sem sua família, falou com ela sem entrar no mérito da briga entre eles; “quis ser objetivo”. Considera poder ser objetivo um ideal a ser atingido e fica surpreso quando falo na possibilidade de ser SUBJETIVO. O que seria isto? Este desconhecimento origina-se no fenômeno de não experimentar seu espaço psíquico interno como sendo próprio de si mesmo. Isto é bem representado pela narrativa despersonalizada, sempre se referindo a sua pessoa como “você”.

*“Quando você está confuso, quando você está com seu filho,
quando você se sente vazio ...”*

Obsessivamente ruma sobre inúmeras questões: seu novo emprego: ficar ou não ficar, seu casamento: ficar ou não ficar, seu futuro: será possível ter um ou não. Alexandre declara temer reduzir tudo a círculos repetitivos de pensamento que tenham como resultado uma esterilidade paralisante. Teme que isto aconteça com seu novo trabalho e inclusive, com o nosso trabalho também. Eu avento a hipótese de poder aumentar o perímetro dos círculos tautológicos do seu pensamento, mas ele declara-se totalmente incapaz de vislumbrar esta possibilidade. Porém, fica aliviado ao saber que olhar para o funcionamento do seu mundo mental já é, de certa maneira, uma tentativa de ampliar este perímetro. Sai da sessão satisfeito, pois conseguimos “tirar leite de pedra” que é seu mundo mental.

Como resultado da minha sugestão que tente lembrar sonhos, surge sua primeira produção onírica: relata um sonho no qual encontra-se numa situação erótica, conjuntamente com sua esposa e ex-namorada. Olha para mim após o relato e pergunta qual é o significado do sonho e, quando convidado a associar, declara estar vazio. Inquirio se o vazio é impenetrável ou se é possível introduzir alguma coisa, alguma associação, mas, sua associação “livre” restringe-se a uma descrição comparativa dos dois relacionamentos, concluindo com o comentário que o relacionamento com a ex-namorada terminou porque esta não conseguia conviver com seus “colapsos”.

Um dia Alexandre chega à sessão dizendo que todo mundo deveria fazer análise, “lugar onde se conta tudo”. No decorrer da sessão surge uma discrepância entre meu entendimento da sua história de vida e aquilo que ele considera ter relatado. A sua avó paterna não teria falecido quando ele tinha sete anos, mas aos 25 anos! Quando coloco para ele que sua história de vida muda cada vez que abordamos o tema responde que, na verdade, ele não sabe muito bem o que foi que lhe aconteceu na vida. Proponho, então, fazermos uma tentativa de reconstrução biográfica, idéia que acolhe com grande entusiasmo.

Uma segunda tentativa de reconstrução da história da sua vida trouxe como resultado o seguinte:

Nasceu em São Paulo em 1973 e do período em que morou com ambos progenitores até os sete anos, não lembra praticamente nada, a não ser ter ficado muito só, pois os dois trabalhavam fora. Acredita que os pais se separaram, essencialmente, por causa de três razões:

Primeiro: considera que eles casaram “precipitadamente” aos 22 anos (o que me leva a considerar a possibilidade de ele ter sido um filho acidental, não desejado; que sua mãe tenha cuidado dele apaticamente, sem poder ser “suficientemente boa”). A este respeito, considero que o conceito de *rêverie* de Bion⁸ (1962) aplicá-se muito bem no contexto do caso em questão. O fenômeno de *rêverie* designa a função materna de receber, conter, elaborar, modificar e restituir de maneira transformada as projeções e identificações projetivas do bebê, desempenhando um trabalho de transmutação de elementos beta (sensoriais) em elementos alfa (oníricos), assim contribuindo para a constituição do aparelho mental da criança. Bion considera que a *rêverie* é um estado mental que o bebê exige da mãe, um estado de calma receptividade que possa dar significado aos seus acontecimentos mentais e físicos. Mediante a introjeção desta mãe (analista) receptiva e empática o bebê (paciente) pode começar a desenvolver sua própria capacidade de reflexão sobre seus conteúdos mentais. Considero ser este o longo e laborioso esforço que me espera como analista deste paciente.

Segundo: a mãe reclamava constantemente, pois o pai era muito “rueiro”, o que o leva a pensar na possibilidade de traição conjugal.

Terceiro: A mãe trouxe vários irmãos adolescentes para morarem juntos com o casal. Viviam sem intimidade e passavam dificuldades financeiras.

Alexandre não consegue lembrar com quem morou logo após a separação dos pais. Refere-se a este período da sua vida como um grande ENIGMA. Embora a mãe insista que foi

⁸ Bion, W. (1962) A theory of thinking, *Intl. Journal Psychoanalysis*, 43.

morar com ela, considera mais provável ter morado com sua avó, o pai e a namorada deste. Consegue lembrar de ter morado com a mãe, o novo marido dela e o filho deles, oito anos mais novo que ele. Nessa época ia e voltava da escola sozinho e quando chegava em casa estava incumbido de cuidar do seu meio irmão que, naquela época, tinha apenas alguns meses de vida: dava mamadeira e botava para arrotar, trocava as fraldas, dava banho e, finalmente, punha para dormir. Isto durou, aproximadamente, um ano no qual Alexandre lembra de sentir-se totalmente limitado na sua possibilidade de brincar. Lembra de olhar através da janela para as pipas coloridas empinadas por outras crianças; queria brincar, mas, não podia. Segue-se a esta lembrança um período bastante confuso que relata sem certeza alguma.

Quando tinha doze anos, a mãe e o padrasto mudam de estado e levam Alexandre, que fica com eles por, aproximadamente, dois anos. No retorno a São Paulo mora com a avó e o pai, tendo também um quarto na casa da namorada deste, que tinha três outros filhos; seu padrasto vem a falecer neste momento. Embora relate que dos quatorze aos vinte anos morou novamente com a mãe em São Paulo, se contradiz sugerindo que aos dezoito anos entrou no quartel e morou sozinho. Ficou no quartel durante três anos e durante o último ano morou com o pai e a avó até ela falecer, aproximadamente, cinco anos depois. De 1996 a 1997 trabalhou com o pai e aos vinte e três anos passou um ano surfando, morando com a mãe no litoral. Lembra-se de ter morado dos vinte e quatro até os vinte e nove anos com o pai e desde então com a esposa e filho.

Todo este relato biográfico é descrito como uma mera aproximação do que poderia ter acontecido durante sua vida. Termina seu relato expressando grande surpresa por não conhecer seu passado e fica empolgado com a possibilidade de poder reconstruí-lo:

“Vou adorar quando terminarmos. Quero saber o que foi que me aconteceu”.

Após uma interrupção de duas semanas provocada pela minha ausência de São Paulo e seu cancelamento da sessão posterior, Alexandre relata que o fato de ter me ausentado por uma semana e ele ter perdido a hora para a sessão do meu retorno, assim como eu ter dito quando ligou para se desculpar pela sua ausência: “Tudo bem, acontece”, está deixando ele menos rigoroso consigo mesmo. Durante o lapso de tempo em que não nos encontramos conversou com a mãe sobre seu passado, mas ainda não quer relatar o que foi descoberto, pois quer comparar versões com seu pai. Sua reconstrução biográfica tornou-se uma atividade lúdica na qual participam seu filho, seu irmão, sua mãe e sua esposa.

Visivelmente menos perturbado, Alexandre retoma suas dúvidas em relação a interromper a medicação. Pede minha opinião: “Parar ou não parar” é uma questão a ser abordada com seu psiquiatra, nós dois podemos “pensar” a respeito, pesquisar suas emoções, pensamentos e

sentimentos. Desde que começamos seu tratamento, Alexandre desligou-se do trabalho com o pai e arranhou emprego fixo em um banco para trabalhar na área de processamento de dados. Parece muito aliviado, menos atormentado por dúvidas em relação a tudo. Minha capacidade de recebê-lo menos exaustivamente está crescendo. Quando Alexandre sai não sinto mais um grande alívio por ter acabado a sessão. O que teria se operado em mim?

Ao tomar notas sobre a sessão decido não dar tanta importância ao detalhamento da biografia de Alexandre. Além de continuar a mudar de sessão para sessão tenho, também, o sentimento de que é praticamente irrelevante. Pareceria como se sua biografia estivesse sendo construída durante e a cada sessão.

Ao falar sobre a iminência do seu aniversário, que não será trinta e quatro mas trinta e três anos, Alexandre diz conseguir ter uma idéia como estes foram na sua infância graças às fotos que sua mãe guarda. Não é capaz de lembrar de nenhum deles mesmo olhando para as fotos. Parece que seu passado foi apagado. De qualquer maneira, sente vontade de celebrá-lo.

Estou aprendendo com Alexandre que se esperamos empatizar rapidamente com a subjetividade de um paciente possivelmente esquizóide através da "concordância" — que já é muitas vezes fragmentada por natureza, além de representar apenas uma pequena parte de seu psiquismo tão precária e errática quanto uma folha ao vento — estaremos a caminho de rápida desilusão: justamente quando acreditamos que estamos “segurando sua mão na nossa”, descobrimos que é apenas um toco artificial; justamente quando pensamos que está conosco em algum lugar, descobrimos, desanimados, um momento depois, que ele se cindiu e se retirou para dois ou três lugares diferentes, espalhados "por aí". Considero que a visão de Pao⁹ (1984) a respeito destes pacientes é substancialmente realista: a empatia com eles pode aparecer algumas vezes, após longo tempo, mas como fruto de um processo cognitivo prolongado, estruturado, complexo e extenuante, que pode resultar da construção paciente de uma rede de comunicações interconectadas, de trocas mútuas e contínuas, da observação de um campo muito expandido e de alterações mentais dentro de cada um dos protagonistas, e não de uma “atitude empática” (isto é, de uma “disposição concordante”, acima mencionada). A aquisição do que poderíamos chamar de empatia "integrada" depende, a meu ver, da percepção sensível das identificações projetivas tendo em vista fazê-las re-introjetáveis pelo paciente, quando e de qualquer forma possível. Creio que se pode, então, empatizar progressivamente com pacientes gravemente perturbados, que recorrem à cisão ou à fragmentação, o que não se daria pelo uso de uma aproximação baseada na concordância metódica e subjetiva, que no mais das vezes se mostra apenas um castelo de cartas. Devemos estar alertas para lidar com certas incongruências teóricas e clínicas (que

⁹ Pao, P.N. (1984): *Therapeutic empathy in the schizophrenics*. Empathy II, Hillsdale, Analytic Press.

podem ser atribuídas a ilusões residuais narcisistas-onipotentes) que podem surgir da distorção e do abuso da noção de empatia, o que tenderia à sua degeneração, levando ao que poderia ser chamado de **empatismo**. Emprego esta palavra para descrever a situação em que, por excesso de intencionalidade e supradeterminação dogmática, o analista pretende ser empático além do nível de seu envolvimento nas vicissitudes da transferência e da contratransferência, correndo o risco de perder a liberdade de associar, a postura de neutralidade e a capacidade de suspensão e de espera com respeito ao desenvolvimento natural de sua relação interna e externa com o paciente e com o processo analítico como um todo.

A base de todas estas considerações sobre teoria da técnica reside, na verdade, no conceito de neutralidade. Esta compreendida não como frieza desconectada de parte de um analista desligado e anestesiado, mas como capacidade de suspensão temporária do julgamento e capacidade de se impedir de fazer uma avaliação prematura de apenas uma das partes do paciente, a neutralidade — num analista consciente da complexidade da situação — permite o contato progressivo tanto com aspectos ego-sintônicos quanto com os egodistônicos. Temos que nos precaver para que a empatia não se transforme no objetivo ideal do analista, um tipo de pedra filosofal potencialmente capaz de resolver qualquer dificuldade clínica e de influenciar profundamente o curso de uma série de controvérsias teóricas — de tal forma que, se o analista estiver "empatizando", já terá meio caminho andado em seu trabalho.

Em minha opinião, se não quisermos simplificar e empobrecer a sutileza e o alcance deste instrumento psicanalítico — adquirido a duras penas no curso de um século de experiência — temos que tomar cuidado para que a empatia, devidamente desejada e procurada por qualquer psicanalista, possa reter seu caráter mais realista como **objetivo**, ao invés de se transformar num **método** dentro de um processo terapêutico. O analista não só deve ter livre acesso à compreensão empática como também deve ser capaz de abandoná-la. Se o analista não estiver dotado da capacidade empática, não poderá perceber e receber os elementos necessários à análise, mas, se não souber ir além da empatia, não terá a capacidade de estabelecer hipóteses e teorias para compreender os dados observados.

Afinal, não se trata de endeusar a capacidade de empatia, que nada produziria sozinha em um trabalho analítico. Mas tampouco se trata do oposto. Se pensarmos na compreensão da experiência analítica como algo muito além do uso de uma técnica para a análise e investigação do psiquismo de um paciente focalizado como objeto, temos que reconhecer e ter mais sensibilidade à dimensão dos aspectos intersubjetivos e empáticos presentes em uma análise. A esta dimensão devemos grande parte das inovações técnicas que possibilitaram e continuarão possibilitando à psicanálise um campo de atuação para além do trabalho clássico

com pacientes reconhecidos como neuróticos.

Referências Bibliográficas

Berger, D.M (1987): *Clinical empathy*. Northvale, New York & London. Jason Aronson.

Bion, W. (1962): “A theory of thinking”, *Int. Journal Psycho-Analysis*, 43.

Grotstein, J. (1981): *Splitting and projective identification*. New York: Jason Aronson.

(1994): “Projective identification and counter transference. Brief commentary on the relationship”. *Contemp. Psychoanal*, Vol. 30

Hinshelwood, R. (1992): *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kohut, H. (1971) : *Análisis del self*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Pao, P. N. (1984) : *Therapeutic empathy in the schizophrenics*.
Empathy II, Hillsdale, Analytic Press

Racker, H. (1957) : The meanings and uses of counter transference. *Psychoanal. Quart*, 26