

## O Fim da Análise / O Termo da Análise

*Ao Dr. Aucíndio Valente que se disponibilizou a viajar, de comboio, até Lisboa, com partida do Porto,  
para nos oferecer os seus saberes.*

*E que esteve ali para nos ouvir, mesmo quando as nossas suposições não tinham a força da certeza...*

*E também ao meu Pai, o meu Farol para a vida, ao meu Pai que me abraça sempre, mesmo  
fisicamente ausente, e que me ofereceu esta força anímica.*

Quando o Dr. Aucíndio Valente nos pediu que escrevêssemos um texto sobre o nosso “sentir”, relativamente às aprendizagens feitas neste espaço de partilha de ideias, sobre a realidade, ou dor, “do fim/termo da análise”, a primeira memória, aquela que me encheu a alma, foi a de um pequeno excerto da autobiografia que escrevi em 2010:

*“... No final do curso decidi que gostaria de perceber/viver a doença mental. Tive esta experiência, durante 18 meses, no Hospital Miguel Bombarda, onde, para além de fazer consultas no Hospital de Dia, também acompanhei um grupo de doentes crónicos. Foram estes homens que me ensinaram a linguagem da dor escondida, o código dos gritos, a falta de sentido com sentido dos sorrisos que surgem sem motivo aparente. E em cada um destes homens vi a história do Petit Prince. Conheciam os embondeiros e cuidavam deles. Conversavam durante horas esquecidas com a Raposa, sabiam ser solidários e solitários...”*

E um dia o estágio acabou, e senti que “este era o primeiro dia do resto da minha vida”.

...e agora, no silêncio da minha casa, e com a alegria e a dor destas memórias, reflecto sobre o que vivi nos dias 15 de Janeiro e 5 de Fevereiro de 2011, ora como única aluna, ou já na companhia da Cristina e do Edgar, numa sala da SPG, com vontade de experienciar novos saberes, novos pensamentos, com a vontade de ouvir o “saber” do Formador, o criador do “Ecoponto”.

Sei que “A aprendizagem está directamente relacionada com a nossa capacidade de lidar com o que é novo<sup>1</sup>.”

E o novo incomoda, assusta, agride, se não estivermos preparados e disponíveis para a mudança.

Para que esta troca de “saberes” acontecesse foi necessário investir na leitura de quatro artigos, três de Glen O. Gabbard<sup>2</sup>, e o quarto de David Zimmerman<sup>3</sup>.

Passo a apresentar os resumos destes textos, e de seguida, vou apresentá-los de forma mais “vívida”.

---

<sup>1</sup> Waldemar Fernandes

<sup>2</sup> Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo, capítulos 5, 8 e 9

<sup>3</sup> Fundamentos Básicos das Grupoterapias, capítulo 22

### Resumo do sentir I

*"...Como já disse era um anjo safado  
O chato dum querubim  
Que decretou que eu estava predestinado  
A ser todo ruim  
Já de saída a minha estrada entortou  
Mas vou até o fim"<sup>4</sup>*

O Fim da Grupanálise é o final do processo grupanalítico "daquela" pessoa (com o grupo). No processo grupanalítico, há momentos em que temos que interpretar o grupo como um todo (ex: hoje sinto o grupo muito agressivo). O fenómeno da análise é a análise das relações que existem num grupo, como um todo. A interpretação deve ser feita no momento, não em diferido. O processo de transformações dá-se através da matriz (dinâmica matricial fomentada pelo padrão) em que o indivíduo está integrado. Quando a matriz muda, o indivíduo também muda. A matriz grupal está implícita na matriz familiar, e é influenciada pela sociedade.

O importante é o que se vive no grupo e o conhecimento implícito.

Sente-se que o indivíduo está a mudar quando não se importa de ser eco-ponto!

O FIM é a parte terminal do processo grupanalítico. É o período em que o indivíduo está a tomar consciência de que vai sair. Está a fazer o seu processo de luto.

### Resumo do sentir II

*"...Mesmo com o nada feito, com a sala escura  
Com um nó no peito, com a cara dura  
Não tem mais jeito, a gente não tem cura  
Mesmo com o todavia, com todo dia  
Com todo ia, todo não ia  
A gente vai levando, a gente vai levando..."<sup>5</sup>*

O insight processa-se de acordo com uma sequência temporal, em cinco modos distintos: *Insight intelectual, Insight cognitivo, Insight afectivo, Insight reflexivo e Insight pragmático*.

---

<sup>4</sup> Chico Buarque, Até o Fim

<sup>5</sup> Chico Buarque, Vai Levando

*"A patologia resulta de um mau relacionamento. É "eu" pôr coisas no outro, que o outro não tem, são minhas! O relacionamento melhora quando eu percebo o que é "meu"”<sup>6</sup>*

A Elaboração consiste na aquisição de um *insight* total e definitivo, conseguido através de *insights* parciais.

Para se entender melhor o conceito de cura, Zimerman propõe que os resultados terapêuticos sejam subdivididos em benefícios terapêuticos e resultados analíticos, ie, 1) Os benefícios terapêuticos abrangem três níveis distintos: a) a resolução de crises situacionais agudas, b) remoção de sintomas, c) melhoras adaptativas e 2) Os resultados analíticos confirmam que se processaram as mudanças estruturais, com evidentes modificações caracteriológicas e na conduta do indivíduo. E falando em Critérios de Cura, para Zimerman a expressão mais adequada para cura seria crescimento mental

### Resumo do sentir III

*"Nada  
nem o branco fogo do trigo  
nem as agulhas cravadas na pupila dos pássaros  
te dirão a palavra  
Não interrogues não perguntes  
entre a razão e a turbulência da neve  
não há diferença  
Não colecciones dejectos o teu destino és tu  
Despe-te  
não há outro caminho”<sup>7</sup>*

Os objectivos da terapia psicodinâmica variam de acordo com a) a orientação teórica do terapeuta, b) as suas motivações inconscientes, c) os problemas e interesses do paciente. As metas podem adequar o tipo de acção terapêutica. As características individuais do paciente também têm peso nas estratégias terapêuticas, e não existe nenhum caminho de mudança terapêutica que "sirva" todos os pacientes. Nada garante que as metas de tratamento, facilitadoras de mudança, referidas neste texto, estejam livres de factores conflituais, ou de propósitos opostos, assim como não se

---

<sup>6</sup> Dr. Aucíndio Valente, em discurso livre

<sup>7</sup> Eugénio de Andrade, in "Véspera da Água"

pode garantir que as motivações das pessoas sejam lineares, sem conflitualidade. As técnicas menos activas de exploração podem, por vezes, inibir alterações nas redes associativas, alterações que poderiam acontecer se o paciente fosse encorajado a enfrentar uma situação que lhe provoca medo, de uma forma mais directa. Por outro lado, as técnicas mais activas, que promovem mudanças em redes associativas, podem, por vezes, intervir na exploração, impedindo a autonomia do paciente e activando dinâmicas oposicionais.

#### Resumo do sentir IV

*“Os amigos amei, despido de ternura  
fatigada;  
uns iam, outros vinham,  
a nenhum perguntava  
porque partia,  
porque ficava;  
era pouco o que tinha,  
pouco o que dava,  
mas também só queria  
partilhar  
a sede de alegria —  
por mais amarga”.*<sup>8</sup>

A contratransferência é um fenómeno omnipresente que não deve ser considerado com sentido depreciativo. Os sentimentos contratransferenciais envolvem uma “obra” conjunta, com contribuições do paciente e do terapeuta.

Identificação projectiva e representação contratransferencial são dois termos com origens teóricas diferentes e que descrevem a forma utilizada pelo paciente, com subtilidade, para transformar o terapeuta numa aproximação da representação interna do paciente.

Existem diversas técnicas distintas que podem ser utilizadas pelo terapeuta para manobrar a contratransferência: 1) tolerar a contratransferência, 2) utilizá-la para desenvolver a compreensão interpretativa, 3) empregar auto-revelação judiciosa.

---

<sup>8</sup> Eugénio de Andrade, in "Coração do Dia"

Existem variedades usuais de contratransferência, que incluem as fantasias de "libertação", enfado ou sonolência, sentimentos eróticos e sentimentos de impotência ou de incapacidade.

Nota: Fiquei responsável por estudar o capítulo 8 de Glen Gabbard

Por constrangimentos alheios ao formador e aos colegas de curso, mas decorrentes de um atraso da CP, só agora terei oportunidade de partilhar, de forma mais tranquila, o resultado do meu trabalho, assim como o meu “sentir”- resumido sobre as aprendizagens somadas/adquiridas nestes seminários.

### Sentir I

Vou optar por começar pelas aprendizagens decorrentes do discurso entusiasta do formador e, no final do trabalho, apresentarei o resumo do capítulo que me foi atribuído.

E estas são “notas soltas”, notas que decorrem de um pensamento e de um discurso com o carimbo de “ao correr da pena”, e “ao sabor de uma conversa” com o Dr. Aucíndio, no dia 15 de Janeiro/11.

*Ela canta e as suas notas soltas tecem  
Penumbras de sentir no (...) ar...  
Em torno as coisas todas entristecem  
Só para que ela lhes possa ser luar.<sup>9</sup>*

O Fim da Grupanálise é o final do processo grupanalítico “daquela” pessoa (com o grupo).

No processo grupanalítico, há momentos em que temos que interpretar o grupo como um todo (ex: hoje sinto o grupo muito agressivo).

Contudo, para haver grupanálise não é obrigatório que aconteçam interpretações.

O fenómeno da análise é a análise das relações que existem num grupo, como um todo. “Faço” a interpretação no momento, não em diferido.

O processo de transformações dá-se através da matriz (dinâmica matricial fomentada pelo padrão) em que está integrado. Quando a matriz muda, o indivíduo também muda. É esta dinâmica (matriz) que faz com que “ele” mude.

Conceito Gestalt – “o todo é mais que a soma das partes”. O grupo é como um ser vivo. É como um sistema – um conjunto de subsistemas. “Eu” também sou feito por conjuntos de subsistemas (orogenital, cardio-respiratório...). Há uma dinâmica dos sistemas pelos quais “sou composto”.

---

<sup>9</sup> Livro do Desassossego, Bernardo Soares - Fernando Pessoa

A matriz grupal está implícita na matriz familiar, e é influenciada pela sociedade.

O importante é o que se vive no grupo e o conhecimento implícito.

O FIM é a parte terminal do processo grupanalítico. É o período em que o indivíduo está a tomar consciência de que vai sair. Está a fazer o seu processo de luto.

*"...Oh, pedaço de mim  
Oh, metade exilada de mim  
Leva os teus sinais  
Que a saudade dói como um barco  
Que aos poucos descreve um arco  
E evita atracar no cais<sup>10</sup>..."*

8

Finalidade e fim são, por vezes confundidos!

Quando Freud começou a falar de fim da neurose de transferência, o fim era a cura. O fim acontecia quando ocorria a resolução da neurose de transferência.

Zimerman refere que só existe um fim/termo quando há mudança.

É por isso que alguns autores referem que o processo grupanalítico é uma constante sucessão de fins.

"É como descascar uma cebola, vamos tirando casca, chorando, recomeçando, etc."<sup>11</sup>

"O fim começa quando se inicia a grupanálise".

Há sinais premonitórios que podem indiciar ao grupanalista que a pessoa está a mudar. São os relacionamentos dentro e fora do grupo e são os sonhos. O indivíduo começa a estar menos depressivo. Não se importa de ser ECOPONTO!

Quem propõe o TERMO?

De acordo com o Dr. Aucíndio, é a própria pessoa que transmite que sente que está em condições de sair.

---

<sup>10</sup> Chico Buarque, Pedaço de mim

<sup>11</sup> Dr. Aucíndio Valente, em discurso directo



Depois de referir uma data, é habitual perguntar: “o que é que o Dr. acha?”. “Devolvo a questão ao grupo, perguntando qual a opinião dos seus membros. Só depois de todos se manifestarem, é que falo. Normalmente digo que sim”<sup>12</sup>. Começa o período de luto.

Verifica-se o reconhecimento e acentuação do processo de separação e maturação (Mahler).

É a estruturação de uma vida autónoma e de uma identidade.

## Sentir II

E no dia 5 de Fevereiro, já com a Cristina e o Edgar, apresentámos os trabalhos que preparámos.

O Edgar falou sobre Insight, Elaboração e Cura. Estes processos são trabalhados em conjunto porque a aquisição de *insight*, o processo de elaboração e os resultados terapêuticos são indissociados entre si.

O insight processa-se de acordo com uma sequência temporal, em cinco modos distintos:

1. *Insight intelectual*, que pode conduzir à racionalização (mais nos obsessivos ou narcisistas);
2. *Insight cognitivo* – refere-se à aquisição, por parte do paciente, de conhecimento e de atitudes, assim como as suas características, que até aí eram egossintónicas. O *insight* cognitivo facilita uma egodistonia, que vai proporcionar o passo seguinte.
3. *Insight afectivo* – é aqui que começa o verdadeiro *insight*!
4. *Insight reflexivo* – já representa um passo de gigante. Acontece a partir das inquietações que foram accionadas pelo *insight* afectivo e que levam o analisando a reflectir, a questionar-se e a estabelecer correlações entre os paradoxos e as contradições dos seus sentimentos, pensamentos, atitudes e valores, entre aquilo que ele diz, o que faz e o que, de facto, ele é! É passar da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva.

*A patologia resulta de um mau relacionamento. É “eu” pôr coisas no outro, que o outro não tem, são minhas! O relacionamento melhora quando eu percebo o que é “meu”.*<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Falando livremente sobre o que há muito sabe, Dr. Aucíndio Valente

<sup>13</sup> Dr. Aucíndio Valente

5. *Insight pragmático* – aparece quando o comportamento muda do afectivo para o pragmático.

Elaboração – consiste na aquisição de um *insight* total e definitivo, conseguido através de *insights* parciais.

#### Mecanismos da Acção Terapêutica do Grupo. Critérios de Cura

Para se conseguirem os melhores resultados analíticos é fundamental ter em atenção a qualificação do terapeuta.

Como meio para se entender melhor o conceito de cura, Zimerman propõe que os resultados terapêuticos sejam subdivididos em benefícios terapêuticos e resultados analíticos.

- 1- Os benefícios terapêuticos abrangem três níveis distintos: a) a resolução de crises situacionais agudas, b) remoção de sintomas, c) melhoras adaptativas.
- 2- Os resultados analíticos confirmam que se processaram as mudanças estruturais, com evidentes modificações caracteriológicas e na conduta do indivíduo.

#### Critérios de Cura

Segundo Zimerman, a expressão mais adequada para cura seria crescimento mental.

E refere que um processo de terapia analítica, com êxito, deve ser extensivo a vinte e oito aspectos de mudanças psíquicas (ex: diminuição das ansiedades paranóides e depressiva, uma modificação na qualidade das relações objectais (internas e externas), uma renúncia às ilusões de natureza simbiótico-narcisistas...)

***“...mesmo quando as nossas suposições não tinham a força da certeza...”***

#### Sentir III

E segue-se a Cristina, com “Objectivos e acção terapêutica” de Glen Gabbard,

O autor começa por referir as dificuldades em medir o curso de uma psicoterapia, e como podemos determinar quais os mecanismos da acção terapêutica que estão implicados no processo psicoterapêutico.

Nos últimos anos constatou-se que o *insight* e o relacionamento, como mecanismos de mudança, actuam em sinergia.

### Metas

O caminho terapêutico tem um vasto leque de destinos, dependendo do paciente e da perspectiva teórica do terapeuta.

Efectivamente as metas são moldadas pela teoria do psicoterapeuta, com base no funcionamento da mesma.

11

### Algumas metas de psicoterapia psicodinâmica:

- 1- Resolução de conflito – perceber a natureza dos conflitos inconscientes, com o objectivo de resolver os sintomas que eles produzem
- 2- Busca da Verdade – autoconhecimento. Os terapeutas desta linha convidam os seus pacientes a olharem para si, perceberem quem são, por oposição a quem desejam ser.
- 3- Maior capacidade de buscar *self*-objectos apropriados – ajudar os pacientes a deixarem de utilizar os *self* objectos de forma imatura ou desadaptada, e passarem a dar-lhes um uso maduro e adaptado.
- 4- Relacionamentos melhores como resultado de maior compreensão sobre as relações objectais internas – obtenção de compreensão de como o nosso self interno e outras representações moldam as interacções com as outras pessoas do mundo externo. Um dos objectivos seria ajudar os pacientes a reintegrarem aspectos pessoais, que habitualmente projectam nos outros.

*... “No desenvolvimento foi impresso um cunho que tem que estar adaptado em termos sócio-culturais. É a mudança de conceitos numa matriz grupal, que se supõe que vai funcionar de uma forma adaptada. Está implicado na teoria de relação de objecto. Relacionamo-nos através de uma matriz relacional interna. No grupo esta matriz relacional interna vai ser actualizada – ECOPONTO. Passa a ser uma matriz relacional externa e vai agir.”<sup>14</sup>*

---

<sup>14</sup> Ao “correr da pena”, in conversas com Dr. Aucíndio Valente

*"...mesmo quando as nossas suposições não tinham a força da certeza..."*,

- 5- A geração de significado dentro do diálogo terapêutico – ao tornar consciente o que era inconsciente há um maior conhecimento dos significados que antes eram fugidios e estavam fora da consciência.
- 6- Funcionamento reflexivo aperfeiçoado – o paciente deveria ser capaz perceber o mundo interior de outra pessoa, e de ter noção de como é diferente do seu.

12

A par e passo com estes conceitos teóricos conscientes, que ocorrem no processo psicoterapêutico, é fundamental reforçar que os terapeutas transportam dentro de si, as suas próprias "agendas inconscientes", ie, as suas metas e objectivos. É desejável/aconselhável que o terapeuta possa ter um acompanhamento (tranche, e até a própria supervisão pode ajudar a estar consciente do que se passa consigo), de forma a estar muito bem preparado para o duro trabalho que realiza.

#### Metas do paciente vs metas do terapeuta

Quando procuram uma terapia, os pacientes podem vir com metas específicas que são totalmente irrealistas do ponto de vista do terapeuta. Enquanto os terapeutas podem estar mais inclinados a pensar em termos de metas intrapsíquicas, tais como "fortalecimento do ego" e "modificação do superego", os pacientes são mais propensos a pensar as metas em termos de mudança de vida. Na formulação das metas, é importante que se façam concessões mútuas.

Ao longo do processo terapêutico, as metas devem ser reavaliadas, de tempos a tempos.

É fundamental manter a relação terapêutica em níveis adequados. Quando o analista interpreta em demasia, "está a defender-se".

Há que ter cuidado com a excessiva preocupação do terapeuta em realizar metas porque pode promover um impasse transferencial-contratransferencial, em que o paciente vai frustrar os esforços do terapeuta. Também é importante referir que quando um terapeuta insiste no cumprimento de metas específicas pode promover uma obediência do falso-*self*, e o paciente defende ter mudado apenas para agradar ao terapeuta.

## Estratégias Técnicas para promover mudança terapêutica

### Promover o *Insight*

“*Insight* sem mudança não é terapia. Pode levar à racionalização. Arranjou um falso carácter, mas não mudou. É como um actor, está a representar um papel. Não há uma mudança interna. A comunicação é sempre uma identificação projectiva.

“Ao interpretar de mais estou a defender-me, estou a dizer “estou farto”. Ele (paciente) está à espera que eu tenha um comportamento igual ao pai.

O terapeuta começa a ficar angustiado. O que faz? Corta a relação!

É uma forma de o pai não querer falar com o filho (“toma lá 100 euros”). Racionalizou e mostrou o seu poder. O importante é a relação, e os seus contornos<sup>15</sup> – amores, desamores, colorido, música, raízes, crescimento, desvios, portas e janelas, mais ou menos fechadas....<sup>16</sup>

Na prática psicanalítica tradicional a livre associação e a interpretação são as principais técnicas utilizadas. A primeira estabelece uma maneira de ver as defesas em acção, e pontualmente obter um indício do que existe para além das mesmas. Já que as defesas surgem como resistência no ambiente psicoterapêutico, o terapeuta obtém muitas informações sobre quais os assuntos que conduzem a uma interrupção do processo ou a uma mudança de tema.

A segunda, a interpretação, é direccionada para uma vasta gama de eventos mentais interligados (medos, fantasias, desejos, expectativas, defesas, etc).

*...“Começa a pôr no ECOPONTO “x” o irmão, no “y” o pai, e permite que faça as interpretações – devolver ao outro o que ele sente, em relação grupal. Vai aprender, de facto, uma nova forma de se relacionar, baseado numa transferência. Ali pode aprender, porque o que cura não é apenas o que “eu digo”, é a relação de que “gosto dos dois igual”. É como se tivesse que provar aquela comida para mostrar que não está envenenada.”<sup>17</sup>*

---

<sup>15</sup> Com o entusiasmo de quem “vive”, Dr., Aucíndio Valente

<sup>16</sup> Ao som do pensamento, Helena Anjos

<sup>17</sup> Ao ritmo das memórias, em discurso directo, Dr. Aucíndio Valente

Tenho que aceitar ser recipiente e aceitar o lixo. A interpretação é trazer-lhe à consciência que me deu o lixo. Para ele, mudar é aceitá-lo, metabolizá-lo, reciclado, e dar-lhe outras coisas. Aqui a matriz é importante. Ali há a reformulação de uma nova relação. Os ecopontos agora são diferentes.”<sup>18</sup>

## “O que cura é a relação”

### Sentir IV

#### **Identificando e Trabalhando com a Contratransferência”, in Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo**

14

Estou a tomar como base de trabalho o meu caderno de estudo, onde resumi o texto que li:

*A Dr.ª Q., psiquiatra, com 29 anos, recebeu uma nova paciente, a Sr.ª R. A paciente era uma mulher de 54 anos, com um ar jovem e com uma forma de falar dramática. Tinha tendência a utilizar um processo de pensamento circunstancial, divagando enquanto contava a sua história. Tinha inúmeras queixas sobre os a) os seus sentimentos e b) a sua situação. Dizia que o marido trabalhava pouco, que as filhas, já adultas, eram ingratas e estava sempre com problemas financeiros. Também referiu que tinha passado por uma clínica de tratamento (catarse) da raiva. A primeira reacção da terapeuta foi sentir-se sufocada e impotente. Estava com sérias dificuldades em acompanhar o pensamento da sua paciente, mas também lhe era difícil interrompê-la, ou fazer qualquer comentário. A sessão terminou e a Dr.ª Q teve a certeza que não seria capaz de ajudar esta paciente. As queixas sobre o marido, as filhas e a mãe eram permanentes, e falava como se a terapeuta já conhecesse a sua história. A terapeuta começou a sentir-se como se fosse uma caixa de ressonância para a Sr.ª R. A Dr.ª Q começou a sentir-se “usada”. Sentia que a paciente queria, não a psicoterapia, mas sim alguém que a aceitasse sem crítica e que fosse solidário com os maltratos que sofria por parte da família, e até de outras pessoas. A Dr.ª Q começou a “temer” cada sessão com a Sr.ª R, e defendia-se fugindo para pensamentos “fora” dali. Uma das vezes em que “voltou” à sessão, sentiu e percebeu que a Sr.ª R lhe lembrava a forma como a sua mãe lhe tinha falado ao telefone na véspera. Isto inquietou-a e desviou de imediato a sua atenção para a sessão.*

Uma das noções centrais da terapia psicodinâmica é a de que existem duas subjectividades (“dois pacientes”) na sala de consulta.

---

<sup>18</sup> O homem do leme? Sim, o homem do ECOPONTO, Dr. Aucíndio Valente

Os dois seres humanos complexos, em interacção na psicoterapia, estão a influenciar-se mutuamente, e estão a trazer lembranças/sentimentos um relação ao outro.

A contratransferência é, portanto, ubíqua! A contratransferência é considerada e legitimada como parte útil do trabalho do terapeuta. A versão original de Freud da contratransferência, chamada visão estreita, tem uma conotação um pouco pejorativa, ie, o terapeuta tem contratransferência porque tem conflitos pessoais não resolvidos (passado).

A perspectiva dominante é que os sentimentos de contratransferência envolvem uma criação conjunta, com contribuições do paciente e do terapeuta (Gabbard), ou seja, o terapeuta traz o seu passado para a díade, mas o paciente também induz sentimentos no terapeuta.

***"...mesmo quando as nossas suposições não tinham a força da certeza..."***

E voltemos ao *case-study*:

*A Sr.ª R controla a sessão, não facilitando que a Dr.ª Q fale. Divaga livremente, sem estrutura, sobre o sofrimento que lhe infligiram, e obrigatoriamente pressiona a terapeuta a aceitar o seu ponto de vista, sem crítica. A Dr.ª Q começa a sentir-se impotente e frustrada porque se vê incapaz de fazer algo de útil. Não tem espaço!*

Como muitos pacientes com uma organização narcísica, a Sr.ª R tem um emissor, mas não um receptor. O facto de a Dr.ª Q temer as sessões e ir perdendo o interesse, é compreensível. Além do mais, a contratransferência da Dr.ª Q sugere que o mundo interno da Sr.ª R foi recriado no campo interpessoal, entre a Sr.ª R e a Dr.ª Q. As filhas e a mãe, que não lhe davam qualquer atenção, esses objectos internos, são representados no seu interior, e através de identificação projectiva, aparecem na terapia. A Dr.ª Q identifica-se com esse objecto desinteressado projectado e começa a sentir-se e a comportar-se como a representação na mente da Sr.ª R. A Dr.ª Q também traz o seu passado para o setting: mesmo que fugazmente fez uma associação com o telefonema da sua mãe, e que as duas tem algumas particularidades em comum. A Dr.ª Q pode querer não estar sintonizada com a Sr.ª R, como às vezes não o quer estar com a sua mãe.

### Identificação Projectiva e Representação Contratransferencial

A Identificação projectiva e a representação contratransferencial são dois termos que passaram a integrar o discurso corrente entre psicanalistas e terapeutas psicodinâmicos.

A identificação projectiva envolve duas etapas:

- 1) Uma representação do *self*, ou objectal, é massivamente repudiada, de forma projectiva, e colocada noutra pessoa – transferência
- 2) O projector exerce pressão interpessoal que leva a outra pessoa a experienciar, ou a identificar-se inconscientemente com o que foi projectado – contratransferência

No entanto, se a situação for um contexto psicoterapêutico, acontece uma terceira etapa. O terapeuta, que funcionou como receptor da projecção, é contentor e tolera a representação do self (ou objecto), assim como do afecto que o acompanha e “processa os conteúdos projectados, permitindo que eles sejam retomados, ou reintrojectados pelo paciente que os projectou”.<sup>19</sup>

O constructo de identificação projectiva pode ser visto como uma defesa intrapsíquica e como uma comunicação interpessoal.

Pode também ser percebido como terapêutico porque o paciente vê que o terapeuta é capaz de tolerar estados internos difíceis, que pareciam insuportáveis para o paciente.

A resposta contratransferencial do terapeuta deve ser vista como uma estrutura latente que foi desencadeada pelo estímulo do paciente.

Symngton (1990) descreveu a contratransferência como sendo algo em que o paciente “provoca” o terapeuta a pensar os pensamentos do paciente, em vez de pensar os seus próprios pensamentos.

Os terapeutas percebem que a identificação projectiva está a acontecer quando começam a sentir que não estão a agir como habitualmente.

Quando o sentimento de “não sou eu...” surge, os terapeutas devem tentar perceber, de forma cautelosa, o que poderá estar a acontecer entre eles e os seus pacientes.

Por vezes, as manifestações de contratransferência são mais ténues. Assim como a transferência, a contratransferência é inconsciente, fundamentalmente na fase inicial.

Deste modo, os terapeutas podem perceber a sua contratransferência através do agir: podem esquecer uma sessão; sentir que estão com o punho cerrado enquanto o paciente fala, etc.

---

<sup>19</sup> Glen Gabbard



A identificação projectiva pode envolver a projecção de uma representação do *self*, ou do objecto. Quando o terapeuta se identifica com um aspecto do *self* que é projectado, esse processo, que é chamado contratransferência concordante, está intimamente relacionado com a empatia.

Mas se o terapeuta se identifica com a representação objectal que foi projectada, estamos perante a contratransferência complementar (Racker).

O desafio para o terapeuta é perceber, de forma clara, a mistura de contribuições do paciente e do terapeuta, que constitui uma determinada contratransferência. A identificação projectiva pode efectivamente ser muito forte. De tal modo que o terapeuta se pode sentir invadido pelas projecções do paciente, e perder alguma clareza de raciocínio. Por vezes só se entendem estes sentimentos tão fortes, no espaço entre as sessões.

17

### ***“Pensar os Pensamentos...”***

Contenção – o processo pelo qual as identificações projectivas são metabolizadas, ie, caminha-se desde o pensar os pensamentos do paciente para um lugar onde pensamos os nossos próprios pensamentos. Durante este processo o terapeuta vai fazendo diversas actividades: ao não suportar os ataques inconscientes do paciente ao seu pensamento, procura separar as suas contribuições das do paciente e observa como estão a recriar as relações objectais deste. Pode também fazer uma auto-análise, no decurso da qual reflecte sobre os seus conflitos e como os mesmos estão a ser reactivados por um determinado paciente.

Pode pensar em interpretações silenciosas para explicar o que está a acontecer antes de falar. Pode pedir ao paciente que esclareça algo que lhe permita entender a sua experiência no âmbito da transferência e contratransferência.

As respostas contratransferenciais dos terapeutas são distintas de terapeuta para terapeuta. Para Ogden “a identificação projectiva é uma característica universal de exteriorização de um relacionamento objectal interno, ie, de transferência”.

Por vezes a mudança de um terapeuta para outro melhora a situação terapêutica, porque o segundo pode ter uma subjectividade totalmente diferente do anterior, e poderá, por exemplo, não ser tão impulsivo como o anterior...

A ideia de contratransferência, como criação conjunta, é apoiada pelos constructos da: 1) identificação projectiva e 2) representação contratransferencial.

O comportamento do terapeuta vai influenciar a transferência do paciente, enquanto o comportamento do paciente influencia a contratransferência do terapeuta.

### Utilização da contratransferência

Antes de mais, tem que ser identificada como CT.

As representações podem ser os primeiros sinais de sentimentos que ainda estão inconscientes (ex: sonho com um paciente).

**Quando a contratransferência passa para a percepção consciente do terapeuta, começa o processo de contenção.**

Opções de utilização por parte do Terapeuta:

#### 1 – Tolerar a contratransferência

Por vezes o terapeuta não precisa de fazer mais do que acolher os sentimentos, contê-los e, por fim, compreende-los para um impacto poderoso sobre o paciente.

#### 2 – Utilizar a contratransferência para informar a compreensão interpretativa

Outra forma de mexer com a contratransferência é utilizá-la para formular uma interpretação sobre o mundo interior do paciente

Na história da Dr.<sup>a</sup> Q e da Sr.<sup>a</sup> R, há um momento em que a Dr.<sup>a</sup> Q poderia ter feito uma interpretação baseada na sua experiência contratransferencial, como: *"Notei que não me dá espaço aqui para poder partilhar as minhas ideias. Será que as suas filhas e mãe não a ouvem porque a Sr.<sup>a</sup> não se esforça por as ouvir?"*. Nesta interpretação, o ponto de partida é a experiência de contratransferência da terapeuta de ser excluída, e não poder falar. Este tipo de interpretação tem que ser feita no tempo certo, para não ter efeitos nefastos.

Alguns pacientes podem não estar preparados para ouvir uma interpretação caso a identifiquem como um modo de o terapeuta tentar descarregar os seus próprios sentimentos sobre ele próprio, o paciente.

#### Emprego judicioso da auto-revelação

A revelação conscienciosa dos sentimentos do terapeuta, feita por este ao paciente pode ser terapêutico. E falamos essencialmente dos sentimentos gerados no “aqui e agora” da situação terapêutica. Podem ajudar o paciente a entender o impacto que tem sobre os outros. No entanto, é um método a utilizar com cautela porque os terapeutas podem enganar-se e pensar que estão a dizer algo terapêutico, quando na realidade estão a exercer uma represália contra o paciente, ou a tentar que este se sinta culpado. Sempre que decidimos revelar algo sobre nós aos pacientes, o ideal é “suspeitar” das nossas motivações.

#### Variedades da Contratransferência

Fantasia de libertação – o desejo de salvar o paciente é comum no mundo da terapia. Queremos ser Heróis, deixar a nossa marca! Mas se este esforço de libertação ganha proporções descontroladas, existem sérias dificuldades contratransferenciais. A melhor forma de lidar com essa fantasia é identificá-la no início dos inícios, para não agir a fantasia.

O processo do luto não deve ser esquecido. Mais cedo, ou mais tarde, o paciente tem que fazer o luto do que não teve na infância, e do que não pode receber agora do terapeuta.

#### O terapeuta entediado ou sonolento

Alguns pacientes, mais do que outros, podem induzir uma contratransferência de tédio ou sonolência. Os terapeutas com menos prática podem sentir-se culpados. Assim, sentem que devem estar mais alerta para não ter esses sentimentos. Como se fosse um castigo merecido!

Existem diversos motivos que levam, por um lado, os pacientes a revelarem-se entediados, e os terapeutas a sentirem-nos como tal. A atitude de um paciente com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva é distinta da de um paciente com transtorno de personalidade narcísica. O terapeuta sente-se como câmara de ressonância e o sentimento de não-existência pode conduzir à sonolência.

### Contratransferência erótica

Terapeutas sem experiência podem projectar os seus sentimentos eróticos como brotando apenas do paciente. O terapeuta, para se defender, pode rotular a paciente de "sedutora", e retira o problema de si.

Há situações em que a contratransferência erótica permanece inconsciente, mas o terapeuta vai percebendo alguns sinais de interesse pelo doente.

Curiosamente a contratransferência erótica pode, em alguns casos, manifestar-se em fantasias de "libertação".

### Contratransferência incapacitante

Explosões de raiva, sedução exacerbada, sentir-se fisicamente ameaçado, podem ser circunstâncias que levam o terapeuta a sentir-se incapacitado, e a pôr em causa o seu papel de terapeuta.

*"Não cantes alegrias a fingir  
Se alguma dor existir  
A roer dentro da toca  
Deixa a tristeza sair  
Pois só se aprende a sorrir  
Com a verdade na boca  
Quem canta uma alegria que não tem  
Não conta nada a ninguém  
Fala verdade a mentir  
Cada alegria que inventas  
Mata a verdade que tentas  
Pois e tentar a fingir  
Não cantes alegrias de encomenda  
Que a vida não se remenda  
Com morte que não morreu  
Canta da cabeça aos pés  
Canta com aquilo que és  
Só podes dar o que é teu"<sup>20</sup>*

---

<sup>20</sup> José Mário Branco, Fado da Tristeza

Obrigada,

Maria Helena Anjos

Lisboa, 18 de Fevereiro de 2011, no silêncio da sala de estar, mas rodeada e habitada de boas memórias, e de objectos com histórias.