

## Quanto à modificação da técnica psicanalítica<sup>12</sup>

### *Regarding the modification of the psychoanalytic technique*

*Anna Kattrin Kemper*

Freud considerava como tarefa principal do trabalho terapêutico da psicanálise, tornar consciente o que é inconsciente. Não há dúvida de que esta concepção permanece, até hoje, plenamente válida. Isto não significa, entretanto, que não tenham ocorrido e não ocorram na psicanálise, como em qualquer outro campo dinâmico do conhecimento científico, modificações no terreno da pesquisa e da aplicação, apesar da decisiva validade de seus conceitos básicos. Nas décadas mais recentes, por exemplo, em contraposição ao “período clássico” da psicanálise no qual eram quase unilateralmente considerados como responsáveis pelo desenvolvimento patológico, os conflitos edípicos, ganham a mais intensa acentuação: os fatores pré-edípicos, como determinantes básicos da estrutura. (Ver, a respeito, entre outros, os trabalhos de Melanie Klein (1), R. Spitz (2), D. Winnicott (3).

Em minhas experiências, especialmente na análise infantil, em *borderline cases* e psicóticos, pude também experimentar e verificar, de maneira cada vez mais convincente, a importância da relação com o primeiro objeto (mãe). A relação primária, quer dizer, a da criança pequena para com o primeiro objeto, em suas imagens, percepções e vivências específicas no plano arcaico, têm decisiva importância para a gênese dos distúrbios dos contatos ambientais na sequência da vida, especialmente, para os limites grandes na convivência (“*Mit-erleben*”) do indivíduo.

Se aceitarmos que a origem das formações patológicas reside nas percepções, imagens e vivências remotas, isto é, a partir do nascimento (e provavelmente já no estado intrauterino) (4), (5), nos primeiros meses e até o primeiro ano de vida, teremos, em consequência, que admitir, pelo menos em determi-

1. Considero a presente contribuição um extrato de um tema a que pretendo dedicar-me, no futuro, mais extensamente.

2. Relatório para o 1º Encontro do Círculo Brasileiro de Psicologia Profunda, 13-15 de novembro de 1971, em Belo Horizonte.

nados casos e em certos períodos da análise, modificações no procedimento terapêutico.

Sei que estas concepções provocam, nos meios psicanalíticos rigidamente ortodoxos, discordância absoluta, ou na melhor das hipóteses, apenas consegue concordância parcial. Sei também que tais concepções representam um perigo para os analistas que não conseguem dominar e respeitar, suficientemente, a dinâmica do processo transferencial e contratransferencial, havendo mesmo a possibilidade de consequências negativas, no caso de aplicação irresponsável. Movimentos progressistas sempre encontram antagonismo perigoso. Acho, porém, para o presente objetivo, especialmente válidas as concepções de Fairbairn (6) de que a libido está muito mais na busca do objeto do que na satisfação do impulso. Isto não invalida as concepções de Freud. Schultz Hencke (7), evidenciando uma certa correspondência com Fairbairn, fala de uma “fase intencional” no tempo remoto da vida do indivíduo, isto é, nos primeiros meses, que ele descreve em referência a Husserl (8) no sentido de ser jogado, exposto no mundo, “*Geworfenheit in der Welt*”. As referidas concepções parecem válidas, de maneira especial, para o presente tema.

Nos casos referidos, que justificam a modificação da técnica psicanalítica, era a relação para com o primeiro objeto de tal maneira limitada e perturbada, que o indivíduo, vítima de dúvidas fora do comum, em falta de confiança inaugural “*Urvertrauen*” (9) mal conseguem entregar-se ao processo terapêutico, ou não conseguem absolutamente. A meu ver, estes pacientes precisam perceber – por uma atitude terapêutica que não se apoia em regras técnicas no sentido de aplicação materialista e mecanicista – que o analista o acompanha e está a seu lado como presença concreta real (10), (11), (12). Para que o paciente consiga mergulhar em sua pré-história arcaica, sempre muito fora do comum, reprimida, de modo a que consiga na análise o retorno da memória sentida e a revivência de atmosfera de acontecimentos traumáticos dos primeiros meses de vida, é necessário que o analista não seja apenas a “tela em branco” onde se construam as projeções, mas que corresponda também a “um novo”, que o faça curioso e o leve para encontrar algo que, de certa maneira, equivalha ao objeto bom. Em outras palavras: é indispensável que o analista ofereça ao paciente o espaço em branco onde este construirá suas projeções, mas ao mesmo tempo é imprescindível que o terapeuta seja também vivenciado, de certa maneira, como objeto bom. O “ser-com” o paciente – no sentido do *Mitsein* de Heidegger (13) – se nos afigura em longas experiências de alta importância no processo terapêutico (ver Kattrin A. Kemper 1966/1969), (14), (15), sendo esta, também, a posição de Balint (1968) (16). O “ser-com”, além

do mais, reforça e aprofunda a disposição do terapeuta de, em muitos casos, suportar bem determinadas análises. Não podemos deixar de considerar, principalmente no que diz respeito à cura, que o paciente transfere também as experiências feitas na análise. Neste sentido, e como referência muito próxima especialmente válida para o tema que estamos tratando, considero que a pessoa do analista é um fator decisivo na evolução do processo terapêutico.

Acho que, na tarefa de tornar consciente o que é inconsciente, o processo rememorial e revivencial necessita estar principalmente em função de percepções sentidas, mesmo que prevalentemente difusas e vagas. Que as referidas condições terapêuticas se desenrolem no paciente no plano alógico e não possam ser atingidas por um *insight* que se baseie prevalentemente na razão, no intelecto, e que compreende-se por si mesmo.

Verificamos por exemplo na história clínica de Freud – “Uma neurose infantil” (homem dos lobos) (17) de que maneira a focalização excessiva do conflito edípico, que era naquele tempo a revelação de grande importância para a fundação e existência da psicanálise, bem como o interesse intensivo de reconstruir acontecimentos traumáticos do passado através de interpretações lógico-discursivas, além de apelos especiais feitos ao paciente, não resultaram na cura. O mesmo caso foi, anos mais tarde, tratado por Ruth Mack Brunswick, como Mania de Perseguição (18).

No processo de evolução da psicanálise, verificou-se o seguinte: as descobertas pioneiras de Freud foram e continuam sendo a matéria-prima a partir da qual se vão modelando novos conhecimentos. Os colaboradores e discípulos que os formulam partem, de qualquer forma, das grandes vias abertas pelo gênio de Freud, capazes sempre de inspirar futuros e fecundos desdobramentos. Acho que a melhor maneira de respeitar a grande obra freudiana consiste em tratá-la com absoluta seriedade e liberdade criadora.

No presente trabalho não vamos nos referir, minuciosamente, às diversas variações da técnica psicanalítica, aos parâmetros, etc., tais como foram, por exemplo, tratados no Congresso Psicanalítico de Paris, em 1958, por K. Eissler (19), R. M. Loewenstein (20), A. Reich (21). Segundo o que sei, estas contribuições progressistas tiveram pequena repercussão na literatura psicanalítica. Mesmo Winnicott e Spitz, a meu ver os mais profundos observadores das vicissitudes e vivências que compõem o mundo arcaico da criança na sua relação com o primeiro objeto, consideravam que só os *borderline cases* justificam um procedimento terapêutico diferente daquele que se aplica às neuroses. Embora concordemos, de certa maneira, com esta concepção, consideramos que, de modo geral, os casos submetidos à análise, para chegarem a uma elaboração

satisfatória dos níveis arcaicos, devem manifestar reações de/ou transformar-se passageira e episodicamente, em *borderline cases*. Nesta medida, torna-se justificável a tese de que é necessário modificar, numa ampla faixa de casos, o procedimento terapêutico, de modo que venha a atingir as determinações remotas do desenvolvimento patológico. A técnica analítica deve, a meu ver, aceitar modificações quando, durante o processo terapêutico, se chega a uma fase em que se produzem intensificação e pormenorização da memória sentida. Tais modificações visam a uma melhor elaboração do material analítico. Levanta-se a questão de como consegui-las.

Tenho como certo que uma atividade interpretativa numa forma só e de maneira especial predominantemente lógico-discursiva, não permite, em certas fases da análise, uma satisfatória mobilização da memória sentida, tão importante no processo terapêutico. Esta memória é mais acessível às interpretações mutativas aludidas (22) ou às comunicações e ações simbólicas interpretativas de tipo paramétrico. Tornar consciente o inconsciente através de exclusivas interpretações lógico-discursivas significa limitar sensivelmente a eficácia e a profundidade do trabalho terapêutico. A tarefa de supervisão, por mim exercida durante anos e anos, reforçou e confirmou minha convicção. Uma preponderante atitude intelectualista do terapeuta limita ou mesmo impossibilita o paciente de elaborar suas vivências primitivas arcaicas. A meu ver precisam ser focalizadas com constante frequência as experiências arcaicas para se conseguir abalos no “reprimido” e assim, com o tempo, a suficiente elaboração. Mesmo que o material do paciente se refira prevalentemente às experiências secundárias, temos de interpretá-lo no máximo possível, em sua determinação primária. Muitos pacientes são capazes de fugir das mais sofridas experiências vividas no plano arcaico, através do material aparentemente edípico. Sabemos que a relação bipessoal sempre se reflete nas situações tripe-soais. Da mesma maneira como se constrói um edifício numa sólida base, temos que partir, na focalização do trabalho interpretativo, de tudo que indica experiências primárias. Em outras palavras: quanto mais conseguirmos a elaboração dos problemas arcaicos, tanto mais temos chance de que o paciente resolva suas fixações intensificadas ou adquiridas nas fases posteriores. Além disto, pude observar que, em diversos casos que interromperam a análise com colegas, existia da parte do terapeuta uma preocupação quase exclusiva de abordar aspectos transferenciais através de interpretações lógico-discursivas. Alguns pacientes, com frequência, exprimiam sua compreensível resistência a essa forma de focalização, perguntando, ao fim das interpretações: “e daí?”. Este protesto se dirigia contra a intelectualização excessiva do processo tera-

pêutico e, ao mesmo tempo, visava a atingir a monotonia inevitável que se instaura na análise, na medida em que todo material é interpretado transferencialmente. Em trabalhos científicos e em congressos cheguei também a verificar, pelas posições defendidas por colegas de correntes analíticas que consideram as interpretações transferenciais e mais outras unilateralmente aplicadas, como únicas válidas, como o processo terapêutico corre o perigo de ser limitado pela monotonia da constante repetição.

Nas supervisões de casos que, antes de receberem minha orientação, eram terapeuticamente trabalhos dentro de uma linha intelectualista e transferencialista, pude verificar um fenômeno curioso. Na medida em que o candidato, percebendo meus pontos de vista terapêuticos, dirigindo-me intencionalmente ao “alógico”, se desintelectualizava, permitindo que o mesmo ocorresse ao paciente; surgiram neste novas experiências vivenciadas e novas dimensões na função imaginativa, após um primeiro estágio de perturbação e perplexidade.

A interpretação, tanto na forma quanto no conteúdo a ser focalizado, deve adaptar-se aos diferentes níveis vivenciais do paciente. Se este, por exemplo, durante muito tempo, se exprime de maneira lógica, sem manifestações de angústia e sem mobilização intensa de afetos, encontrando por parte do terapeuta uma atitude interpretativa lógico-discursiva constantemente, se estabelece uma situação em que a defesa intelectualizadora do paciente se reforça, ao invés de abalar-se e diminuir. Isto, sem dúvida representa um obstáculo ao processo terapêutico, uma vez que a intelectualização é a mais frequente e a mais insidiosa das defesas contra um real progresso da análise. Por exemplo: é frequente, em focalizações desse tipo, que a angústia de perda do objeto seja apenas referida na conscientização intelectualmente imaginada, ao invés de ser vivenciada e sofrida. Com isto, deixa o paciente de mergulhar na memória sentida do problema, com suas atmosferas e experiências traumáticas, muitas vezes de coloração pré ou mesmo francamente psicótica. A ausência dessas manifestações empobrece a análise, tirando-lhe melhores chances curativas.

A memória sentida conseguida através de interpretações de caráter alógico, também focalizadas no nível pré-verbal, atinge camadas primitivas, onde é precária a distinção entre a realidade externa e a interna. Este fenômeno é nitidamente observável na função transferencial, de tal forma que o paciente confunde o presente com o passado, através da projeção maciça de sensações e imagens de “naquele tempo” (primeira infância) no “aqui e agora” da situação analítica. Não há dúvida de que a ênfase dada no trabalho interpretativo à memória sentida pode levar as vivências transferenciais do paciente a um grau de extrema dramaticidade, havendo risco de que o pro-

cesso analítico se torne insuportável. Para que o paciente possa ter êxito em sua tarefa de suportar e elaborar o material arcaico interpretado, é necessário que ele não fique totalmente exposto às projeções transferenciais referentes à primeira relação do objeto. Para que não ocorra *inundação projetiva transferencial* na análise, torna-se imprescindível, como já foi dito, que o analista seja vivenciado, não apenas como tela em branco, mas também como algo de novo e real, existente ao seu lado.

Esta condição terapêutica se consegue, a meu ver, principalmente através da criteriosa, flexível e livre aplicação da contratransferência. Temos que “*ser com*” o paciente, embora devamos evitar – a não ser em fases passageiras – nos tornar seu único objeto de relação. Com esta concepção, nós não afirmamos dedicação de caráter materno e paterno, que pode limitar ou impossibilitar que as projeções de ódio arcaico sejam transferidas no aqui e agora da situação analítica ou que se manifestem em outras relações íntimas atuais. A contratransferência, analiticamente aplicada principalmente através da criação de atmosfera favorável e medidas paramétricas, nos parece muito mais eficaz, terapêuticamente, do que a “posição neutra” mantida de forma mecânica e monótona. Esta acaba por tornar-se artificial e perturba a fluidez do processo analítico. A não aplicação da contratransferência no trabalho analítico, bem como o uso repetido de interpretações semelhantes ou análogas, acarreta sensíveis limitações no rendimento terapêutico.

Considero o estabelecimento do contato terapêutico – obtido, principalmente, através de comunicações mudas e transmissões atmosféricas – como condição *sine qua non* para melhora e cura do paciente. Devemos levar em conta que este, devido às relações traumatizantes e extremamente insuficientes com o primeiro objeto, padece sempre de limites grandes na sua confiança inaugural (9) e, por tal motivo, na primeira parte da análise, monologa mais do que é capaz de entrar num diálogo. Cumpre a nós, através de comunicações atmosféricas e mesmo através de discretas palavras de estímulo (corresponde a parâmetros), lançar a base indispensável para um futuro e fecundo diálogo. Para que o contato terapêutico possa ser conseguido sem prejudicar a relação para com o analista, tanto precisamos observar, de maneira especial, que o paciente possa estabelecer, na primeira parte da análise, uma determinada dependência dele, como também controlar que esta dependência não se desenvolva durante a análise, numa dependência infantil, no sentido de Fairbairn (6).

Em referência a este aspecto, como também a mais outros, posso dizer, nos limites do presente trabalho, apenas o seguinte: que a dosagem das interpretações, bem como seu “*timing*”, quer dizer, o “como”, o “quanto” e o “quan-

do” da interpretação devem medir-se a partir da sensibilidade, do tato e da intuição do terapeuta. À semelhança do escultor, atento e aberto às possibilidades criativas do material com que trabalha, o psicanalista deve estar sempre pronto a intervir “artisticamente”, escolhendo, a partir dos dados totais do caso, o momento adequado da interpretação e a sua frequência. A meu ver, seria produtivo para o processo terapêutico que o analista pudesse sentir, semelhante a um escultor, o material com o qual trabalha sua matéria-prima, para ser capaz de intuir e perceber que toques preparatórios ou aspectos criativos o paciente possibilita. Numa linguagem mais analítica: precisamos captar a possibilidade das partes sãs do ego do paciente, aproveitando-as e afirmando-as constantemente nas interpretações. Se, num material determinado se mesclam aspectos saudáveis e patológicos do paciente, é necessário, no interesse do bom contato terapêutico, focalizar a interpretação, em primeiro lugar, na parte sã do seu Ego. Com isto, vamos permitir-lhe melhor aceitação de suas dimensões patológicas, uma vez que já ficaram afirmados os seus traços construtivos.

O contato terapêutico – como já assinalamos – encontra na intelectualização, especialmente pela monotonia das focalizações, seu principal fator restritivo, uma vez que tal defesa impede a memória sentida, tão importante para o êxito do processo terapêutico. A nosso ver a intelectualização é a mais eficaz das defesas contra a emergência do “reprimido”. A intelectualização pode funcionar como uma camada de gelo que recobre a vida emocional e pulsional, bloqueando os sentimentos temidos e limitando severamente a comunicação afetiva. No processo interpretativo, com respeito à forma das interpretações e aos pontos focalizados, precisamos evitar tudo aquilo que favoreça a intelectualização.

Resumindo e repetindo, em virtude da importância decisiva dos problemas colocados: a compreensão intelectual, puramente lógica, tanto por parte do analista, como por parte do paciente, dos fatores de sua pré-história que foram capazes de gerar consequências patológicas, mostra-se insuficiente e pode causar sensíveis limitações no processo terapêutico. No interesse do amadurecimento do paciente, a fim de que ele possa libertar-se, gradativamente, de suas angústias e inibições, é indispensável permitir-lhe memorizar e revivenciar, através de uma atividade interpretativa focalizada na reconstrução, – quer dizer, perceber e imaginar aquilo que está atrás da repressão. Esta volta do reprimido, para efetivar-se, tem que transcender à pura e simples compreensão intelectual dos problemas, de maneira que o material arcaico, rompendo as defesas, surja na consciência como alógico e absurdo. É necessário, para o êxito deste processo, que as interpretações, quer dizer, a maneira de

conscientizar como já foi dito, não se restrinjam apenas às formas lógico-discursivas da atividade defensiva do paciente. Se houver tal barreira, a eficácia do trabalho terapêutico ficará sensivelmente limitada e enfraquecida. Nas situações analíticas em que, por exemplo, o paciente precisa tomar contato com seu ódio e culpa arcaicos, as interpretações lógico-discursivas nas quais o aspecto monótono prevalece, se mostram muitas vezes insuficientes para abalar as defesas do paciente, ao passo que a interpretação que favoreça a memória sentida se torna mais apta para abalar e dissolver a resistência, quer dizer, atinge mais profundamente aquilo que era evidenciado naquele tempo (primeira infância) como existencialmente insuportável e que precisa tornar-se, durante a análise, suportável e, pouco a pouco, superável. Para que o paciente rememore e revivencie de maneira sentida e sofrida, caindo assim, para o êxito da análise, na indispensável regressão (12), é necessário que o trabalho interpretativo leve o paciente a tomar contato vivo com suas experiências pré-verbais e alógicas, de maneira a poder assimilá-las.

Em seguida, apresentamos um exemplo de interpretações cuja forma não é usual por não corresponderem a uma abordagem lógico-discursiva do material em foco. Tais interpretações podem, a nosso ver, mobilizar e comover os pacientes de maneira intensa.

A paciente (28 anos) era um *borderline case*. Criança não desejada, foi desde a primeira infância colocada em segundo plano pela existência de um irmão 1 ½ anos mais velho, obviamente predileto dos pais. Como a paciente comunicou diversas vezes, disseram-lhe que seu aspecto foi, desde o nascimento, o de uma criança fraca, feia e chorosa, enquanto o irmão era considerado forte, alegre e inteligente. Algumas semanas antes da sessão a que vou me referir, lembrou a paciente, que, quando tinha 4 anos, colheu flores da grama do jardim para levar para a mãe, que fazia aniversário. Já em dúvida se seria bem recebida, escondida perto da porta viu o irmão entrar no quarto da mãe com a cabeça erguida, com uma cesta de rosas. A paciente fugiu imediatamente, porque sentiu vergonha de suas flores, “tão mixurucas” em comparação com as do irmão. Nem se arriscou ao confronto, pela certeza da rejeição. Naquela noite, quando os seus pais a recriminaram por ter esquecido o aniversário, podemos imaginar o grau da angústia e rejeição que sofreu, pela inibição que apresentou – foi incapaz de lhes comunicar o que houve.

Na sessão da qual extraí o material que se segue, que exemplifica de maneira evidente os pontos de vista apresentados neste relatório: havia no consultório uma cesta de rosas recebidas de um cliente anterior. Este fato provocou, de maneira muito intensa, a projeção do que aconteceu “naquele

tempo” no “aqui e agora” da situação analítica. A paciente habitualmente reclamava, de maneira indireta, da existência de flores no meu consultório, na sua imagem, dadas pelos “irmãos”. Nesta sessão, sua reação foi muito mais intensa e direta. A fuga por causa da angústia de rejeição de “naquele tempo” se projetou na situação analítica pela mudança de posição no divã, virando-se para a parede. Neste momento, interpretei de forma aludida, mais ou menos da seguinte maneira:

“A cesta de rosas daquele aniversário da mãe... hum... como a menina pequena sofria nessa ocasião... e como ela tinha saudade de ser também recebida pela mãe... hum... fugiu, quando viu entrar o irmão... hum... como agora, quando me vira as costas... hum... mais uma vez a imagem como se nada tivesse para dar... hum... mais uma vez convicta como se fosse rejeitada... hum...”

Depois de prolongado silêncio em que a paciente expressou através do sistema motor, intensa mobilização (o corpo tremia como se tivesse soluços secos), continuei as interpretações aludidas, desta vez mais focalizadas na presença terapêutica da seguinte maneira:

“Você reage como se estivesse só... hum... ninguém está a seu lado, como naquela situação... hum... as flores da grama que colheu com as mãos pequenas... hum... reage como se nada tivesse para dar... hum..., mas, quem procurou análise... hum.... a mim.... hum está dentro do quarto... hum... e eu presente... hum.... quem sabe as flores do jardim e o que quis pedir com elas, poderiam ser compreendidos aqui...?”

A paciente, percebendo de maneira difusa o que aludidamente comuniquei, reagiu com um choro de tal maneira intenso, que precisei prolongar a sessão, atrasando o outro cliente. Acabei-a com a seguinte alusão:

“Desta vez, aqui, o “outro” não foi “imediatamente atendido”.

Podemos ter certeza de que a paciente percebeu o que se passou na referida sessão em função da memória sentida daquela situação traumática, em que se manifestou temerosa, nas sessões posteriores, de que o paciente seguinte, um homem, imaginado como o irmão predileto, poderia estar com raiva dela porque atrasou a hora dele. A revisão da referida revivência traumática se manifestava pelo fato de que a paciente, 4 semanas mais tarde, no Natal, identificando-se com o rival, o predileto, me trouxe uma cesta de rosas.