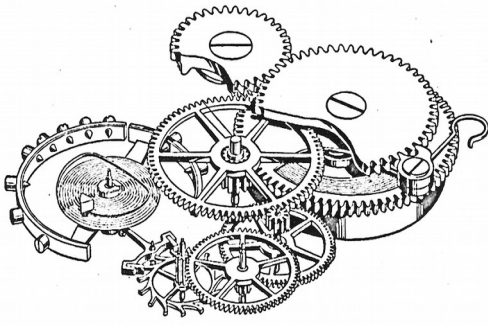




“ SOU A MESMA E UMA OUTRA ”

(Maria de Deus Luís de Brito)*

Resumo

Apresenta-se uma reflexão sobre as manifestações do sofrimento mental e as mudanças psíquicas que podem ocorrer num processo terapêutico psicanalítico.

Sublinha-se a ideia de que as transformações psíquicas decorrem da elaboração da dor mental, elaboração resultante da interação entre analista e paciente e da relação contínua consciente/inconsciente.

Salienta-se o valor primordial da interpretação, da transferência e da contra-transferência e, principalmente, da relação real e presente como factores que constroem as mudanças.

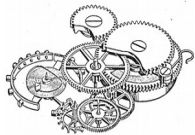
Summary

The author elaborates on the manifestations of mental suffering and the psychic changes that may occur through a therapeutic psychoanalytic process.

The idea that such psychic transformations derive from the elaboration of mental pain is underlined, a circumstance that results from the interaction between the patient and the analyst and also from the conscious/unconscious interconnection.

The primordial value of interpretation is pointed out, as well as transference and countertransference and, most of all, the real and present relationship between analyst and patient as a ground to promote psychic changes.

* (Psicóloga Clínica, Psicanalista)



“Quando procurei a minha analista sofria de uma dor aguda, julgava saber porquê, mas existia uma dor mais velha e abrangente, consolidada, de que eu não conhecia a razão de ser... Tinha a certeza de que precisava de comunicar profundamente com alguém. E só esse desejo e a possibilidade de o realizar constituíam um alívio.”

Penso que é assim, sem saber porque sofrem, que nos procuram a maior parte dos nossos pacientes. Ou têm um problema, pálida expressão intelectualizada para nomearem o sofrimento ou justifica-se o pedido de ajuda com uma “cover story” que rapidamente perde fulgor em face da magnitude de uma história de vida repleta de experiências, agora memórias, que carecem de escuta, compreensão profunda e significado.

“Não sei bem porque estou aqui mas penso que será capaz de me compreender e ajudar” disse a Bion um seu paciente no primeiro encontro. Bion comentou: “Se soubesse porquê não estaria aqui, não teria gasto tempo a vir. Veio precisamente porque não sabe porque veio”.

Na Antiguidade, quando o Homem sofria, sofria de alguma coisa. O Homem de hoje sofre simplesmente. Ehrenberg (1998) diz-nos que o Homem sofre e vagueia numa depressão profunda porque não tem alternativas para a responsabilidade que sente como sua, sofre à força de se ver como uma totalidade solitária, não integrada, numa globalidade social que, na realidade, o absorve, o comprime e o ataca. Destruidas as suas raízes sociais, vive dominado pela ideia de ser autónomo, sentindo que tem de ter respostas para tudo o que ocorre na sua vida, ficando doente da sua própria insuficiência, doente de uma idealidade mortífera que o priva dos laços necessários à vida psíquica, cultural e social. Embora polémicas as reflexões de Ehrenberg, sobretudo na sua generalização das causas da depressão, têm o mérito de sublinhar o isolamento em que vive, frequentemente, o sujeito que sofre, seja o sofrimento causa ou consequência dele.

A tendência actual, quando alguém procura uma ajuda terapêutica não é resolver questões específicas, descobrir significados ocultos, reencontrar afectos que pareciam destruídos, mas, mais do que isso, parece ser tentar sentir-se com alguém, acompanhado. O Homem de agora quer salvar-se da sua solidão narcísica que o confronta muito mais com uma ausência de objectos do que com o objecto ausente.

É preciso, por vezes, tempo para saber do que se sofre e, mesmo sabendo-o, nem sempre é fácil traduzi-lo em palavras para o comunicar. A ausência de palavras ou gestos reveladores da dor a um outro encerram o sujeito em si mesmo. A revelação não intencional, porém, pode surgir sem palavras: no corpo que dói, no corpo que se oferece como possibilidade de tradução da dor e que organiza a repetição e se impele para a renovação incessante da queixa somática expressando o que não se sabe, o que não se pode dizer de outro modo; ou a saída é a passagem ao acto; ou a violência como expulsão de uma dor insuportável de conter

internamente; ou toda a infinitude de modos de dizer a dor que ainda não tem um nome.

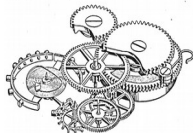
Em “Futuro de uma Ilusão” (1927) Freud falou do terror do homem primitivo a braços com uma natureza desprovida de significado, do mundo em pedaços com que continuamos a debater-nos. Também o mundo interno é feito de pedaços. O abismo interno pode ver-se reflectido no mundo externo. Procuramos a causa da dor porque é difícil suportar um efeito de causa desconhecida. Em si mesmo, o vazio entre efeito e causa é fonte de dor. O absurdo, o sem-sentido, traz sofrimento, des-subjectiviza e prejudica a vida psíquica. Contudo, conhecer a causa do sofrimento parece não ter qualquer efeito curativo. Algo de fundamental, que faz atenuar a dor, tem de acontecer no caminho terapêutico.

O mundo interno é feito de pedaços mas o Homem necessita sentir-se uno. É trabalho da psicanálise reunir os pedaços do mundo interno e organizá-los num todo coerente com significado. Como é que isto se consegue? Primeiro que tudo, sendo o analista capaz de suportar a ansiedade do paciente que mantém desligadas as partes do seu mundo interno. Atenuada essa ansiedade, depois de contida e transformada pelo terapeuta, as partes podem reunir-se mais facilmente. É pela interpretação que retira ansiedade, liga os pensamentos e os sentimentos contraditórios. Todo este processo não teria efeito se não ocorresse uma experiência emocional nova em que analista e paciente estão ligados num forte vínculo de confiança.

Os diferentes modelos teóricos psicanalíticos não reúnem uma resposta única e abrangente dos aspectos mais importantes das mudanças que acontecem no processo analítico. Contudo, a todas as teorias é comum a ideia de que as transformações psíquicas resultam da elaboração de uma dor mental excessiva que, só por si, constitui uma barreira ao desenvolvimento emocional.

De qualquer modo, saúde mental é uma ideia presente quando se pensa numa terapia, seja qual for o ponto de partida teórico. E o que se entende por saúde mental? Karl Menninger (1958) descreveu-a como a adequação dos seres humanos ao mundo e uns aos outros, com um máximo de eficácia e felicidade... é a capacidade de manter um temperamento sereno, uma inteligência viva, um comportamento socialmente reconhecido e uma disposição feliz. Isto, dizia, é uma mente saudável. ..

Na actualidade, esta descrição de saúde mental, concebida há 5 ou 6 décadas, não tem o mesmo valor e para todos nós, vivendo num mundo que nos aperta em tantos constrangimentos e tanto desrespeita a vida individual, não é seguramente uma descrição suficientemente empática. O conceito de saúde articula-se com os valores sociais e morais vigentes. Roy Schafer (1994) entende que: “Saúde pode ser vista como uma ideia repleta de valores morais que a controlam enquanto ideia e enquanto prática.” E questiona: ... “E de quem é a ideia de saúde sobre a qual falamos? E de quem é a saúde que interessa? Quanto do que se considera saúde deve ser seguido e que consequências sociais terá?... Tal como na sociedade em geral, na psicanálise encontram-se muitas conjecturas sobre o que é saúde, sobre quem é saudável, que saúde interessa...” (1994; p. 275).



Evidentemente existem patologias que o são em qualquer cultura e sociedade (depressão grave, neurose obsessiva, por exemplo).

A ideia de que o paciente que procura ajuda terapêutica é doente e que o terapeuta representa o lado da saúde mental, da sociedade sadia, é uma ideia perigosa. O sofrimento do paciente pode ser precisamente contra um elemento louco da nossa sociedade. Como disse Erich Fromm não há só uma “folie à deux” mas também uma “folie à millions”(1972b). O paciente pode ser quem está sadio e é a sua sanidade que precisa ser fortalecida para enfrentar a insanidade no exterior.

Desde o início da psicanálise, contudo, a aspiração à saúde mental ou normalidade não era tida como uma finalidade da terapia. Recordemos o conhecido comentário de Freud a um hipotético paciente: “Muito se terá ganho se formos bem sucedidos em transformar o seu sofrimento neurótico numa infelicidade comum”.

Saúde mental é uma noção flexível e multidimensional, tal como o são os propósitos da psicanálise, que engloba uma multitude de critérios. E ao longo dos anos muito se têm alterado os fins de uma psicanálise: o que em tempos foi ideal deu lugar ao que é possível. .

Ao longo do processo analítico, analista e paciente trabalham em critérios que representam um estado de saúde mental específico para aquele paciente na sua situação particular de vida, com as suas limitações pessoais e peculiaridades e o seu contexto sócio-cultural. Para uma pessoa pode consistir em deixar de ser auto-destrutiva, para outra pode ser ultrapassar inibições no trabalho e para outra melhorar a capacidade de se relacionar com os outros, para outra ser capaz de amar. Não se pode decidir previamente o que será, no fim de uma análise, esse estado de saúde mental mas é seguramente o resultado da interacção entre analista e paciente e da relação contínua entre o consciente/inconsciente de cada um.

Freud considerava que a finalidade da psicanálise enquanto terapia era curar o paciente dos sintomas ou doença que o tinham levado até ela. Nem sempre os sintomas desapareciam o que levou a uma reformulação: concebeu o processo analítico diferenciado do objectivo terapêutico. A finalidade da psicanálise era aplicar o método analítico - analisar, portanto - e pela aplicação do método a “cura” era considerada como um produto acessório expectável. A investigação deveria ser conduzida sem objectivos específicos, à excepção daquele de tornar consciente o inconsciente e aceite pelo paciente.

Nas décadas mais recentes, atitudes mais humildes têm levado a que raramente se fale de “cura” em psicanálise: o conflito psíquico não se erradica, as transferências não se eliminam em absoluto, o *insight* não é mais visto como um requisito na ausência do qual uma análise não pode prosseguir mas sim como uma meta - que significa auto-conhecimento - a atingir, a recuperação das memórias recalcadas de infância deixou de ser aspiração principal e um processo terapêutico não se considera nunca completo. Apesar de tudo isto, a psicanálise é vista como bem sucedida porque provoca mudanças psíquicas que resultam numa

resolução melhorada dos principais conflitos do paciente e numa melhor qualidade de vida.

No princípio, Freud considerou que a mudança em psicanálise ocorria tomando consciente o inconsciente a que acrescentou (na 2ª tópica) o objectivo de uma mudança estrutural: a interligação do funcionamento das diferentes instâncias – “fortalecer o Eu, torná-lo mais independente do Supereu, ampliar o seu campo de percepção, expandir a sua organização de modo a assenhorear-se de novas partes do Id...” (Freud 1933), transformações estas possíveis devido ao papel determinante da transferência.

Para Klein e seus seguidores as mudanças psíquicas consistem na integração em objectos totais dos objectos parciais projectados ou clivados e na construção da posição depressiva.

Para Winnicott, o sucesso da análise é relativo à diminuição das tendências de falso *self*, à integração do Eu e à capacidade de crescimento do paciente em juntar tudo isto na área de controlo pessoal. Mesmo que não livre de sintomas, que o paciente se sinta mais livre.

Meltzer entende a mudança como aumento da tolerância à frustração resultante de um maior contacto com a parte mais verdadeira do *self*.

Para Bion a procura da verdade interna é o propósito de uma psicanálise, verdade que produz crescimento: “sem uma verdade própria a mente não se desenvolve, morre de inanição”. A finalidade é ajudar o paciente a ser quem verdadeiramente é, o que requer a vivência de uma experiência emocional profunda.

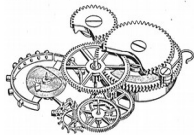
Kernberg vê como mudança psíquica as transformações da qualidade e natureza das relações de objectos internos particularmente através do desenvolvimento da transferência. E a mudança significativa resulta das interpretações e da tomada de consciência dos aspectos clivados, projectados ou reprimidos dos conflitos intrapsíquicos.

Cooper considera que “o papel do analista é ser um benigno intérprete da realidade, que, através das interpretações, é internalizado como um novo objecto temporariamente, ajudando a que o inconsciente se torne consciente e modificando o Supereu. ”

Loewald pensa que o amor do analista pelo seu paciente é o agente fundamental da mudança, representando o analista o papel dos pais, através da transferência, na sua função contentora e transformadora. É ainda sua responsabilidade a transmissão ao paciente da imagem de um futuro positivo.

Assentes nestas formulações, ao longo das últimas décadas, foram surgindo variantes sobre o que se considera transformação psíquica.

Resumidamente, as mudanças psíquicas dependem da aliança terapêutica, da transferência e da contra-transferência, da interpretação e, primordialmente, na visão de alguns e minha, da relação presente e real: o contexto da relação psicanalítica disponibiliza ao paciente a voz do analista mas priva-o de contacto visual, o que contribui para a criação de condições que facilitam a ligação afectiva ao analista como um objecto real bem como possibilita a transferência de sentimentos e fantasias vindas das primeiras relações significativas. Desempenham, pois, um papel



fundamental na mudança psíquica a experiência emocional vivida no presente e o *insight* (a capacidade do analisando saber o que antes não sabia sobre si). O momento do *insight* ocorre muitas vezes em paciente e analista simultaneamente. Insight é o produto de um processo e não a sua causa, um produto de mudanças prévias, e a mudança psíquica é um produto do *insight*, o resultado de mudanças ocorridas num nível mais profundo.

Insight e experiência emocional constroem-se com palavras. Com silêncios, gestos e, por vezes, actos também. O analista dá significado através da palavra às palavras do paciente, interpretando. Mas a interpretação efectiva é a do analisando que, tocado na sua subjectividade pela fala do analista, constrói a sua própria interpretação e o seu próprio sentido. As palavras do analista, por vezes, desvanecem-se e a interpretação perde-se. Pode acontecer, então, um acto sem intenção consciente do analista, como alternativa à palavra, e que faça sentido na subjectividade do analisando. A culposa passagem ao acto do analista pode ter uma razão oculta e, por vezes, tem um efeito favorável. Mas de entre todas as formas de expressão a palavra falada é o material mais psíquico e menos tangível. Por caminhos misteriosos as palavras iluminam a escuridão e, parece, todos sentimos isso.

É comum as mães falarem alto com os bebés quando ainda estão dentro da sua barriga. Quando assim acontece, as crianças preferirão o som da voz da mãe a qualquer outro (Kolata, 1984; cit. por Rizzuto). A linguagem falada pela mãe, a sua voz e palavras, produzem no bebé um efeito profundamente prazeroso. A maior parte das mães sabe isso e mantém o bebé “banhado em som” (Mowrer, 1952; cit. por Rizzuto) durante os seus cuidados. Aquilo que o bebé ouve, sente, percebe da voz da mãe é reconhecido como emparelhado com o seu mundo interno. “Recebo (como um rosto visto num espelho) a evidência, de que eu preciso, que fui reconhecido como pessoa”. Winnicott (1965) imaginou estas palavras sentidas por um bebé. Ana-Maria Rizzuto (2003) acrescentou a estas palavras do bebé o valor do poder afectivo da voz que toca a criança em profundidade, somaticamente, visceralmente. Rizzuto crê ser este prazer de ser tocado internamente pela voz da mãe, muitas vezes anunciando a satisfação de necessidades, precedendo o prazer, que produz a esperança de ser encontrado quando se está perdido e acredita que é esta esperança, pré-consciente, que leva as pessoas a aceitar as peculiares condições do tratamento analítico. Esta será a segunda oportunidade na vida em que o paciente usa a sua experiência subjectiva como exclusivo objecto de atenção de um outro, o terapeuta, que tenta persistentemente verificar as experiências e o modo de as transmitir e ouvir as necessidades do sujeito numa espécie de preocupação maternal. Nunca uma tal atenção tinha sido dada ao seu modo psíquico de funcionar. O nomear as experiências subjectivas, descrevê-las, e interpretá-las através das palavras emitidas no tom pessoal de cada um, transmissoras de atitudes e emoções, constitui-se como uma melodia que, por vezes, só por si, atinge o mundo interno. Cito André

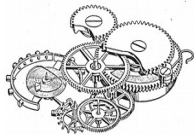
Green (1986): “Sem afecto não há linguagem eficaz. Sem linguagem não há afecto eficaz”.

Os efeitos transformadores da psicanálise dependem da articulação feita, através da palavra, da experiência psíquica: o “mim” desconhecido transforma-se através da mediação de trocas verbais conscientes na situação analítica, no “Eu” subjectivamente conhecido do paciente, ou seja, transforma-se o sujeito.

Fonagy (1991) sublinha que a mentalização é um pré-requisito para desenvolver a capacidade de brincar, de acreditar, e acima de tudo para o uso completo de todas as possibilidades que a linguagem oferece, incluindo a capacidade de prever as intenções do interlocutor, os seus estados afectivos, através de palavras, tal como a capacidade de criar metáforas emocionalmente significativas. A mentalização não é possível sem objecto. Fonagy ainda (1996) : “...a criança precisa de um adulto ou criança mais velha com quem *brincar*, e assim ver a sua fantasia ou ideia representada na mente do adulto, depois reintrojectá-la e usá-la como representação do seu próprio pensamento”. Também esta necessidade antes insuficientemente desenvolvida tem a segunda oportunidade de se melhorar num processo terapêutico.

A relação presente, no aqui e agora da sessão, é construída pelo desejo de contacto intersubjectivo e, nesse movimento, em que o campo intersubjectivo se amplia, surge um novo modo de estar com o outro que se vai instalando lentamente, silenciosamente e progressivamente. O psicanalista apresenta-se como o objecto necessário que facilita a retomada do desenvolvimento interrompido. Evoco aqui o comovente comentário de uma paciente minha depois de se referir aos seus progressos perto do fim da sua análise. “Tenho a dizer-lhe que a Maria também mudou. Também está muito melhor. As suas interpretações fazem-me agora mais sentido”. Pensei que me dizia que eu me tinha tomado na analista que ela precisava que eu fosse, para ela ir crescendo no meu “útero mental”. O analista é, sim, um objecto transformador quando emite interpretações que emanam do seu eu, quando oferece a sua pessoa. Restaura o modelo do crescimento normal onde existem objectos benignos e contentores que protegem, apoiam e ajudam a modificar intensas angústias primitivas e proporcionam ao sujeito um narcisismo saudável e positivo. A mãe satisfizera outras necessidades directamente, o analista satisfaz a necessidade de dar sentido à dor. Importante é, porém, referir que não é só a dor que surge num encontro terapêutico. Também surge a alegria, o humor, a vida nas suas dimensões mais divertidas, produzindo momentos profundamente consolidadores da construção do prazer das relações humanas.

No encontro terapêutico vive-se, assim, um movimento em que se desfaz a relação interiorizada no passado, vivida em sofrimento, e se descobre uma relação de liberdade de afectos e de pensamento que promove o renascimento psíquico. Partilhar é um modo que as pessoas têm, universalmente, de recuperar da dor do passado transformando o afecto que lhe está associado. A partilha feita nas condições muito especiais e peculiares do *setting*



analítico chega a transformar o medo em confiança, o agir em pensar, a clivagem em pensamento integrado, a identificação projectiva patológica em capacidade introjectiva, o recalamento patológico em desenvolvimento da empatia e da identificação ao objecto, a redução da culpa em responsabilidade. A confiança no mundo objectal não adquirida na infância tem mais esta oportunidade na relação terapêutica. E um dia o paciente experimentará viver no exterior o novo modo relacional.

Stern (2004) entende que “o trabalho de interpretar, fazer sentido e construir narrativas pode considerar-se como um veículo conveniente e quase não-específico, em que o doente e o terapeuta fazem alguma coisa juntos”(p.153). É este fazer-juntos que enriquece a experiência e provoca a mudança nas formas-de-estar-com-os outros.

Evocando os meus autores, os meus mestres, os meus analisandos e a minha experiência pessoal, direi que, seja qual for a compreensão teórica que é convocada para fundamentar cada interpretação, instrumento imprescindível a esta actividade de analisar, ela não será útil e eficaz se não existir uma confiança, uma espécie de fé, no tratamento daquele paciente, confiança vivida por via de uma contra-transferência positiva. São igualmente determinantes momentos de contra-transferência negativa mas porque eles nos levam a procurar o que no outro nos produz essa contra-transferência, e a procurar em nós próprios, a buscar sentidos para alcançar a compreensão emocional, única saída para o sofrimento mental e a imaturidade psíquica.

O contacto emocional e a compreensão alimentam e só assim se pode crescer. São os momentos de compreensão emocional que tratam, que transformam e que promovem uma genuína integração feita a partir de instantes de verdade emocional e afectiva. Symington (1986) acentua que a psicanálise é um método de investigação da verdade. Ela emerge no diálogo com outro(s), no entre ambos, no entre duas pessoas que a procuram. Não se mede mas existe. A psicanálise não a possui mas pode lançar luz sobre ela. Quando surge entre paciente e analista, uma mudança acontece e o complexo processo psicanalítico avança momento a momento. A mente é tratada pela verdade. Verdade interna, claro. Por vezes são óbvias e simples verdades mas vale a pena constatar o óbvio e o simples.

A confiança do analista nas partes sadias do paciente, ainda capazes de curiosidade, sonho, ilusão, esperança e paixão, e o seu fortalecimento, são determinantes para o acesso a e transformação - a possível - das partes doentes e para o êxito do processo psicanalítico.

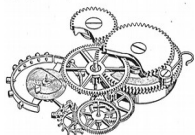
A função psicanalítica é alimentada pela curiosidade, na sua intenção de querer saber e conhecer, e o amor, esse “contínuo, imperecível e humano desejo de criar”, como o descreve Coimbra de Matos (2002). A função psicanalítica é um elemento imprescindível para o resto da viagem pela existência quando se chega ao término de uma análise no ali e então das sessões terapêuticas. Espera-se que vá servindo pela vida fora.

É certo que as sociedades estão em constante mudança mas é nas mudanças actuais que estamos a viver. Em sociedades governadas por tiranos surgem poucas pessoas criativas. Corremos riscos de os tiranos invisíveis que nos governam deixarem um deserto emocional povoado por um colectivo de mortos-vivos. É uma luta para alguém em qualquer sociedade adquirir o estatuto de pessoa, ou seja, alguém que reuniu todas as partes de si num todo coerente, num ser coeso. Neste tempo em que vivemos isso está à vista.

Se as pessoas que passam por uma experiência terapêutica, e também elas traçam as orientações das mudanças na sociedade e na cultura, forem seres coesos, mais fortalecidos, apaixonados, esperançosos, criativos e tenham desenvolvido a empatia, o conhecimento do valor dos vínculos e do afecto, o valor da estima saudável por si mesmos, a importância da cooperação, tenham ressuscitado a possibilidade de sonhar, construirão o destino para um mundo menos doente e para um futuro positivo que, embora sempre incerto, continue a acolher os humanos. Com esperança, porque sem ela não se vive, acredito que seremos capazes de transformar um tempo que está a passar, ou já passou, preparando e ajudando os mais novos a viver um futuro que, tudo leva a crer, se vai reger por novos paradigmas, por outros modos de viver, muito diferentes daqueles que sonhámos para eles e lhes transmitimos. Vistas daqui, as circunstâncias do futuro parecem bastante insegurizantes. Mas, ao longo da história do mundo, sempre o Homem foi lutando para encontrar alternativas para melhorar a sua existência. Tenho a convicção de que assim será enquanto houver lugar para o conhecimento, para o afecto e para a utopia.

BIBLIOGRAFIA

- Coimbra de Matos, A. (2002). *O Desespero*. Lisboa: Climepsi.
- Ferro, A. (2009). Transformations in Dreaming and Characters in the Psychoanalytic Field. *International Journal of Psychoanalysis*, 90(2), 209-222.
- Freud, S. (1923). *The future of an illusion*. In *SE, Vol 21*, 34-63.
- Green, A. (2000). The intrapsychic and intersubjective in psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 69, 1-39.
- Loewald, H. W. (1960). On the Therapeutic Action of Psycho-Analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 16-33.
- Marty, F. (2004). *Ce que souffrir veut dire*. Paris: In Press Ed.



Meissner, W. W. (2000). The Many Faces of Analytic Interaction. *Psychoanalytic Psychology*, 17(3), 512-535.

Menninger, K. A. (1958). *Theory of Psychoanalytic Technique*. London, Imago.

Rizzuto, A. (2003). sychoanalysis: The transformation of the Subject by the Spoken Word. *The Psychoanalytic Quarterly*, 72(2), p.287, 37p

Sandler, J. & Dreher, A. U. (1996). *What Do Psychoanalysts Want?* London: Routledge.

Stern, D. (2004). *O Momento Presente*. Lisboa: Climepsi.

Symington, N. (1996). The Patient Makes the Analyst. *Psychoanalytic Inquiry*, 16, 362-375.

Trinca, W. (2001). Dreams, Psychic Mobility and Inner Being, *Free Associations* 8D(4), p562, 14p

Winnicott, D. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.