

# Recuperando aparelho psíquico<sup>1</sup>

Altamirando Matos de Andrade Junior

Revista Brasileira de Psicanálise  
volume 49, n. 1, p. 85-98  
2015

## Resumo

A partir da análise de um paciente psicótico, o autor busca discutir a construção de um aparelho mental capaz de simbolizar, pensar e se relacionar com os objetos. Questões técnicas que apoiam as ideias desenvolvidas pelo autor são consideradas. Também são abordadas as ideias de Bion sobre a função alfa, bem como sobre *reverie* e desenvolvimento do pensar. Alguns autores pós-bionianos que também escreveram sobre a capacidade de pensar pensamentos e criar símbolos foram considerados e discutidos pelo autor. A recuperação de experiências passadas através da construção de um aparelho psíquico permitiu ao paciente ter acesso ao pensamento simbólico. O relacionamento transferencial e contratransferencial é discutido para que se possa compreender o desenvolvimento das ideias apresentadas e a evolução do processo analítico.

## Palavras-chave

pensamento; aparelho psíquico; transferência;  
contratransferência; simbolismo.

ALTAMIRANDO MATOS DE ANDRADE  
JUNIOR é membro e analista  
didata da Sociedade Brasileira de  
Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ).

## A Vera Amendoeira

**P**retendo descrever, neste texto, o trabalho de recuperação do aparelho psíquico de um paciente como meio de se alcançar a elaboração de partes psicóticas e de tornar possível o desenvolvimento da capacidade de pensar e sentir. Esta recuperação, que na verdade foi quase a construção de um aparelho psíquico, permitiu o desenvolvimento da capacidade de pensar simbolicamente e de estabelecer relações objetais. Farei um relato do caso detendo-me no que importa em relação ao tema abordado e deixando de fora outros elementos presentes no processo de análise.

Procurarei ater-me ao uso dos instrumentos psicanalíticos de que dispomos hoje em dia, quando, em pleno século XXI, nos deparamos com os desafios propostos por pacientes que nem sequer conseguem informar o que sentem ou pensam. Estes pacientes vivem num mundo onde a ação predomina, onde o conflito não é experimentado e onde pouco se estabelecem relações, o que torna necessário ajudá-los a construir um aparelho psíquico capaz de simbolizar e, conseqüentemente, de pensar e estabelecer relações. No presente caso, estas características se radicalizam pelo estado psicótico que o paciente apresentava.

Freud diferenciou-se dos psiquiatras de sua época por ser capaz de escutar o que diziam e mostravam suas pacientes histéricas, levando, com esta escuta, a ver além do que era dito e conhecido. Escutar permitiu entrar em contato com todo um mundo de sentimentos e emoções que até então não

era compreendido. Acredito que hoje em dia temos que tomar esta lição de Freud como exemplo para escutar os pacientes que nos procuram com as mais diversas queixas ou até mesmo sem saber do que se queixam ou sentem. A escuta psicanalítica segue sendo um grande instrumento psicanalítico.

Bion (1962) chamou de função alfa a transformação de emoções rudimentares em elementos alfa, ou seja, a função que o objeto tem de conter experiências e emoções rudimentares que são projetadas pelo sujeito, para que possam, aos poucos, ser metabolizadas psiquicamente e pensadas pelo objeto, sendo posteriormente devolvidas ao sujeito. Em seu modelo de conteúdo/continente, Bion nos chama a atenção para o objeto que recebe as projeções do bebê, metaboliza-as e as devolve para o bebê, dando um sentido diferente do projetado. Neste modelo, o bebê introjeta um objeto que o acolhe e entende suas angústias. Estas experiências, comuns aos seres humanos, formam um padrão de relação objetal que se desenvolve pela vida do indivíduo. Este padrão de relação é o que surge no contexto transferencial de uma análise.

Concordo com R. Levy (2012) quando afirma que a grande contribuição de Bion para o entendimento da formação de símbolos foi a ideia de que ela ocorre numa relação vincular:

Bion examined the entire process of symbol formation from its very beginning to its functioning in the thinking apparatus. However,

---

Bion's greatest contribution was his asserting that the entire symbol-forming process occurs, and only occurs, within the heat of a link (Levy, 2012, p. 838).

Mas se no nosso modelo encontrarmos situações de desencontro entre o bebê e a mãe, seja por dificuldades de um ou do outro, ou mesmo dos dois, teremos um modelo de relação objetal que pode se tornar perturbador. Certamente teremos experiências diferentes na relação transferencial com um modelo ou outro. Estas diferenças são fundamentais para a compreensão da relação entre analista e paciente.

Temos aqui elementos para dizer que a constituição da mente de um bebê pode ocorrer através da combinação de características próprias do bebê com aquelas experimentadas como vindas dos objetos. Neste sentido, penso ser de fundamental importância separar uma relação real com o objeto, ou seja, uma percepção realística, de uma fantasia que um sujeito tem sobre o que experimenta com o objeto, uma percepção permeada pelo excesso de identificação projetiva. Nem sempre é possível distinguir uma experiência de outra, o que exige uma atenção do analista na interação com o paciente. Esta riqueza de experiências entre o sujeito e o objeto é bem descrita por Brenman: "As I understand it, there is an intercourse between the mother and the baby, physical and psychological that results in a new creation, the relationship" (2006, p. 41).

Rosenfeld, em seus trabalhos mais tardios (1987), postulou que para os pacientes traumatizados seria de muito valor reconstruir a experiência traumática para que pudessem dar novos sentidos à experiência emocional do trauma. Considerava que o analista deveria estar atento para não repetir o trauma através de suas interpretações. Estas ideias de Rosenfeld trouxeram muitas discussões entre os analistas kleinianos. Para alguns houve um excesso, por parte de Rosenfeld, ao apontar o trauma como fator constitutivo da patologia do paciente, sem considerar de igual valor os aspectos subjetivos do próprio paciente, colocando assim mais ênfase no analista do que na subjetividade do paciente. Essa discussão é encontrada nos comentários de Steiner (2008) aos trabalhos de Rosenfeld, no livro *Rosenfeld in retrospect*:

he became concerned that some analysts, particularly some Kleinians, interpreted in a manner which traumatized their patients. He believed that when patients had been deprived or traumatized in their childhood, they were likely to be re-traumatized in their analyses unless the analyst took special care to avoid this (Steiner, 2008, p. 59).

Em minha experiência com pacientes severamente perturbados, percebo muito do que Rosenfeld postulou como trauma repetido na experiência analítica quando o analista insiste em certo modelo de interpretação cuja ênfase fica no mundo subjetivo do paciente. O paciente tende a tomar as interpretações como acusações e ataques por parte do analista, recriando então as experiências traumáticas.

Em relação ao trabalho interpretativo e às dificuldades do paciente em receber e compreender interpretações transferenciais, pode-se perceber uma dificuldade de interação entre analista e paciente que está presente no modelo de dar e receber interpretações. O analista pode dar interpretações e não se sentir sobrepujando o paciente, mas este pode entender as interpretações como uma forma de o analista mostrar superioridade e até mesmo humilhá-lo. Diversas interações são possíveis entre o analista e o paciente em relação ao dar e receber, e podemos encontrar uma detalhada descrição delas em Spillius:

One crucial factor seems to me to be the conscious and unconscious feelings of the giver about giving, and the way these feelings are perceived or misperceived, consciously or unconsciously, by the receiver” (Spillius, 2007, p. 159).

Estas dificuldades estão na raiz da impossibilidade que certos pacientes têm de tolerar interpretações transferenciais. Examinar as fantasias inconscientes passa a ser percebido como uma acusação ao paciente e também como uma maneira de o analista mostrar superioridade.

Alguns autores como Rocha Barros e Rocha Barros (2011), têm estudado dificuldades de compreensão e comunicação que certos pacientes possuem devido a perturbações na capacidade de pensar e formar símbolos. Esses autores postulam a ideia de um ataque, por parte do paciente, às estruturas ou formas da representação mental antes ou enquanto elas se constituem em símbolos. Eles dizem: “Symbols can lose

their plasticity and thus silence the emotions and therefore cut off the patient from their meanings” (p. 879). Ainda, esses autores descrevem como a função simbólica possui características que podem servir na recriação ou restauração de objetos perdidos. Esta última afirmação é de suma importância para o caso que apresento a seguir.

O paciente em questão queixava-se de não ter lembranças de fatos importantes e traumáticos de sua vida e atribuía a esta dificuldade em recordar a causa dos problemas que o afligiam. Pude examinar com o paciente que havia lembranças que não puderam ser recordadas porque não foram reprimidas nem representadas, isto é, se mantiveram num nível pré-simbólico e mesmo pré-representacional. Acredito que estas dificuldades surgiram devido ao fato de o paciente possuir um aparelho psíquico precário, que não o ajudava a processar suas experiências. As experiências não representadas ficam na mente de uma pessoa como um corpo estranho, sem sentido e sem representação, mas com um alto grau de perturbação. Esta perturbação tende a ser expelida nos objetos e principalmente no analista, que a recebe e tenta decodificá-la, devolvendo-a ao paciente sob a forma de uma interpretação que faça sentido para suas experiências e sentimentos. Joseph nos mostra em seu trabalho “Transferência: situação total” (1985) que muito do que os pacientes comunicam durante uma sessão não está no conteúdo representacional das palavras, mas aparece através do uso das palavras tentam

---

provocar algo no analista para que este reaja, fazendo alguma coisa por eles.

Ogden em diversos trabalhos (1980, 1994, 1995, 1997) descreve de maneira muito clara as relações entre a subjetividade do analista e a do paciente, e enfatiza o papel da *reverie* do analista durante a sessão. Ogden se baseia no conceito de Bion sobre *reverie*, entendendo por esse termo tudo o que se passa na mente do analista durante a sessão. Avzaradel (2011), com base em Ogden (1994, 1997), escreve:

Ogden emphasizes the role of *reverie*, which he considers to be everything that goes on in analyst's minds during sessions. He includes all kinds of daydreams and fantasies, not just those that seem to be related to their patient's material. He even takes into account analysts' physical sensations during sessions and considers them to be manifestations of *reverie* (Avzaradel, 2011, p. 850).

A proposta de Ogden é escrutinar em detalhe a *reverie* do analista a fim de alcançar as reflexões inconscientes da mente do analista e, com isto, sintonizar o que se passa no relacionamento analítico com certos pacientes.

### **Caso clínico**

O paciente a quem chamarei de Peter me procurou cinco meses após seu segundo surto psicótico. Foi encaminhado pelo psiquiatra, que o estava tratando à base de

medicamentos. Em nosso primeiro contato, Peter se mostrou muito assustado e desconfiado durante toda a entrevista; pouco falava e permanecia atento aos meus movimentos, bem como aos barulhos que vinham da rua. Comentei que parecia que ele estava muito amedrontado pelo fato de estar ali comigo. Disse-me que estava com medo das vozes que o atormentavam com frases acusatórias quanto a sua honestidade e a sua sexualidade. Pediu-me que conversasse com sua mãe, pois dependia dela para tomar uma decisão quanto ao tratamento comigo. Na segunda entrevista, veio acompanhado da mãe e, por ela, eu soube de sua história.

Peter, aos 4 anos de idade, estava passeando de carro com os pais e ocorreu um brutal acidente, em que o pai morreu, a mãe ficou seriamente machucada e ele teve poucas escoriações. A mãe informou que ele sofreu muito nesta época: não conseguia dormir, gritava pelo pai e se desesperava por qualquer coisa. Contou que ele era uma criança alegre e sadia, mas que depois do acidente se tornou angustiado, insone e medroso. Teve muitas dificuldades no aprendizado escolar e um comportamento descrito como estranho, em que se isolava ou ficava muito agressivo. O paciente interrompe a mãe e me diz que não se lembra de nada e que tem um pedaço de sua vida que está faltando. Também diz que as vozes que ouve lhe dizem que ele perdeu um pedaço de si. Neste momento percebi o desespero estampado na face do paciente e me senti impelido a ajudá-lo.

Comentou ainda que se perdia no tempo, não conseguindo concatenar fatos ocorridos em diferentes períodos de sua vida – parecia haver uma séria descontinuidade. Sofreu

um primeiro surto aos 17 anos, tendo sido internado num hospital psiquiátrico e tratado somente com medicação. Ao iniciar sua análise, Peter estava com 19 anos.

Após cerca de quatro meses de análise, chegou para uma sessão de segunda-feira muito angustiado, aparentando estar sendo perseguido. Falou-me que escutou vozes durante o fim de semana e que teve umas visões estranhas, resolvendo fazer uma tatuagem nas costas para se acalmar. Falei que ele colocava na tatuagem a angústia que sentia devido a minha ausência no fim de semana, o que o levou a temer me perder. Ele então se levanta, tira a camisa, mostra a tatuagem de uma águia e diz que se acalmou, mas que ao vir para a sessão ficou achando que alguém o estava seguindo na rua.

Compreendi através deste material e de outros semelhantes que tatuar era uma maneira de controlar a angústia de perseguição e os temores que sentia. Sempre que recorreu a tatuagens, isso se deu em fins de semana, feriados e férias. Examinamos que ele precisava me tatuar em seu corpo para que eu não desaparecesse, deixando-o sozinho com seus medos e temores. A tatuagem no corpo não se separa dele, acompanha-o sempre. Eram muito frequentes os temores de que iria desabar ou morrer aos pedaços.

Creio que o uso de tatuagens como uma expressão dos afetos mostra que Peter possuía severas dificuldades de simbolização e só podia expressar seus afetos, neste momento, através de uma ação concreta. Avzaradel (2011) também descreve algo semelhante:

Matters of clinical importance become paramount because in the case of patients with

severe pathologies their thought is clearly prejudiced. It is concrete, with no symbolic content. We can see this in compulsive behavior where symptoms involve something concrete, for example, food, alcohol, and drugs. Such patients spring into action without thinking (p. 834).

Avzaradel (2011) propõe uma técnica interpretativa em que se deve tentar interpretar, em pequenas doses e em níveis sensoriais, o que se percebe do material do paciente, a fim de ajudá-lo a desenvolver uma capacidade simbólica que o faça compreender a comunicação do analista.

A compreensão de Peter carecia de um desenvolvimento simbólico que lhe permitisse colocar em palavras os sentimentos e pensamentos. Comunicava-se por uma linguagem de ação no corpo, como as tatuagens, e em sua compreensão os acontecimentos e as palavras eram experimentados como concretos. O fato de se experimentar como tendo uma parte de si oca, vazia, com um pedaço que falta, fez com que Peter não encontrasse meios de se expressar por palavras e pensamentos, o que o levou a condensar seus afetos nas tatuagens, por exemplo, fazendo com que elas tivessem um caráter de concretude.

Nos primeiros anos, trabalhamos intensamente seus temores persecutórios em relação a mim, bem como sua intensa ligação e dependência de mim. Foi um período muito difícil por causa do alto grau de angústia que o paciente experimentava

quando examinávamos sua relação comigo e com seus objetos internos.

Um fragmento de sessão:

Peter: *Tudo estranho... Parece morrer, dói tudo, medo e as vozes não param. Sábado ruim! Sozinho!*

Altamirando: *É como se eu tivesse sumido e você ficasse sem ajuda e também sem quem o protegesse das vozes.*

P: *Você se acha muito importante para mim... Mas pouco me ajuda. As vozes mais fortes e assustam. Não entendo por que você se acha tão importante para mim. Você sempre diz que fico sozinho no fim de semana sem você. Fico com medo de tudo e não tem ninguém, não é só você.*

A: *Quando falo que você sente minha falta, você entende que estou me fazendo de importante para você, que estou dizendo que não consegue ficar sem mim. Desta forma, você sente que eu é que te persigo, que sou uma voz atormentando-o.*

P: *Entendi... Mas é tudo tão confuso. Como pode você me ajudar?*

A: *Ajudando-o a entender o que se passa e o que você sente.*

(Silêncio.)

P: *As vozes não são claras, mas acusam. Tenho medo de ser assassino e ser preso.*

A: *As vozes acusam você de ter assassinado alguém e isto o atemoriza.*

P: *É... Fico assustado e não durmo... Medo de morrer.*

A: *Entendo que você sente temor de sentimentos e pensamentos que experimenta e que receia que eu não possa ajudá-lo. Sempre que mostro a*

*relação destes sentimentos comigo, você sente que estou colocando estes sentimentos em você.*

*E isto o deixa assustado.*

P: *Não entendo certas coisas e fico achando que você quer se aproveitar de mim.*

A: *Como?*

P: *Fazendo com que eu pense certas coisas.*

A: *Como o quê?*

(Silêncio.)

P: *Medo de que o seu pensamento entre na minha cabeça.*

A: *Se você tem pensamentos que incomodam, você tem que colocar eles para fora. Se eu falo algo sobre isto com você, estou então colocando estes pensamentos de volta na sua cabeça.*

P: *Você pode fazer com que eu me sinta louco, sem cura e com a cabeça cheia de coisas.*

A: *Quando falo sobre o que você sente.*

P: *Quando diz que eu penso certas coisas.*

A: *Então você sente que estamos numa relação em que você tenta me comunicar algo e eu boto coisas na sua cabeça.*

P: *Sim, é isto mesmo que acontece. Acontece com outras pessoas também, eu falo e colocam coisas na minha cabeça.*

A: *Entendo o que quer dizer. Talvez possamos tentar entender por que estes sentimentos estão presentes em você.*

P: *Porque falta um pedaço na minha cabeça, sempre achei que falta um pedaço.*

A: *Qual?*

P: *Não sei... Falta.*

A: *Um pedaço que ficou perdido, talvez evacuado.*

P: *A tatuagem me acalma.*

A: *Dá um sentido.*

P: *Só faço tatuagem quando estou agoniado.*

A: *E geralmente sempre esteve relacionado com minhas férias, feriados, algo assim.*

(Pausa.)

A: *Quando está agoniado, coloca a agonia para fora e fica um vazio, faltando um pedaço.*

P: *Falta um pedaço.*

Minhas interpretações eram, a princípio, sentidas como ataques de minha parte ou mesmo rejeição. Foi necessário trabalhar a forma como o paciente se sentia e se relacionava comigo e com os outros, tentando com isto estabelecer um *setting* e uma confiança que permitisse avançar no trabalho. Passei também a não interpretar longamente, sendo mais preciso, e ainda a dosar as interpretações transferenciais, modelo proposto por Avzaradel (2011).

No terceiro ano de análise, o paciente estava menos tenso, já dormia sem remédios e havia uma grande diminuição do temor paranoide. Por esta época, sua mãe submeteu-se a uma cirurgia para reparar sequelas do acidente. Peter teve um novo surto, caracterizado por um forte temor de sair à rua; trancava-se no quarto, recusando contatos com a mãe e também comigo. Após umas duas semanas, aceitou retornar ao consultório e retomamos a análise. Pensei na possibilidade de atendê-lo em casa, mas não aceitou e queria somente que o psiquiatra fosse a sua casa.

Na primeira sessão de volta ao consultório, chegou com uma tatuagem nova: o desenho de um caixão de defunto. Falei do temor de perder a mãe e ele me contou que ouviu vozes dizendo que sua mãe iria morrer durante a cirurgia – o pavor estava mais uma vez estampado no seu rosto e voltou a falar que perdeu um pedaço de sua vida. Quando discutimos o acidente em que morreu o pai, disse que não conseguia se lembrar de nada: sua cabeça era um branco, repetia

continuamente. Tentei ver com o paciente o que levava ao novo surto e pudemos compreender que ele tinha perdido, de algum modo, a análise dentro de si e, sozinho diante da ameaça que sentia, de a mãe morrer na cirurgia, entrou em desespero. Disse que ouvir vozes e ver coisas ainda era bem melhor do que se sentir um vazio, um morto vivo, e que preferia ficar exaltado a se experimentar morto ou quase morto (Andrade Jr., 1991).

Um dos seus delírios era a ideia de que deveria seguir uma passagem da *Bíblia* em que, segundo ele, os humildes serão exaltados e atingirão os reinos do céu. Para ele, a pior humilhação pela qual um homem poderia passar era ser homossexual e ter relações com outro homem. Desta fantasia surgiam os temores homossexuais, as vozes acusando-o de ser homossexual e o medo de se relacionar comigo e ter que ser sodomizado por mim para se curar.

Passei a compreender que o que ele dizia que tinha esquecido estava vivo, ameaçando-o internamente. Qualquer abordagem neste sentido era refutada pelo paciente, que chegou a fazer menção de abandonar o tratamento se eu tocasse em algo referente ao acidente, a sua falta de memória e, até mesmo, a sentimentos homossexuais. Uma vinheta:

P: *Acho que só vou me salvar se for humilhado da maneira que te falei. Se tiver relação sexual com homem.*

A: *Entendo que você tem o sentimento de que precisa passar por uma grande humilhação*



- para se salvar. Parece que tem que ser punido por algo que aconteceu.*
- P: Não tem nada disto. Você fica inventando coisas, me acusando de ser ruim e assassino.
- A: Você entendeu o que eu disse como botando algo de ruim em você.
- P: Você me acusa mesmo. Eu não sou uma pessoa ruim.
- A: Talvez possamos entender como é que você entende o que falo, que significado está sendo dado ao que falo com você.
- P: As vozes me acusam. Eu tenho medo de ficar doente mental.
- A: Você teme o sentido que você dá ao que sente e teme que eu esteja colocando ideias em você que não são suas. Então recusa a examinar o que falo por medo de que eu esteja acusando-o. Você já percebeu que o que você diz que eu coloco na sua cabeça tem a ver com o que você sente?
- P: Acho tudo muito estranho. Acredito que você não queira me prejudicar, mas tenho medo. Não entendo muitas coisas. Tudo fica faltando na minha cabeça.
- A: Você tem razão, fica faltando um sentido claro ao que experimenta.
- P: Acho que você só pode me ajudar se controlar as vozes.
- A: Se controlar a minha voz.
- P: Eu não sei se conversei com você ou se pensei, mas acho que sou ligado a você, venho aqui todos os dias. Preciso ser mais eu mesmo.
- A: Entendo que você precisa se sentir mentalmente separado de mim e que seu contato comigo o deixa sem saber quem é quem aqui. Como um bebê que mama no peito da mãe e fica sem discriminar quem é ele e quem é o peito.

P: Causa confusão.

A: Sim, causa confusão entre o que você sente e pensa e o que eu te falo.

P: Às vezes, fico sem saber se foi você ou eu quem disse certas coisas.

No retorno de umas férias que eu havia tirado, ele chegou para a primeira sessão com uma sacola cheia de recortes de jornais, fotografias e cadernos escolares, os quais depositou no chão perto de minha poltrona. Disse que ia me mostrar uma série de coisas, mas que eu não deveria falar nada, apenas olhar. Segui as ideias de Honigsztein (1990), baseadas em Klein (1952), quanto ao impulso à integração, segundo as quais o paciente precisa de um objeto que o ajude a se integrar. Achei que, quando Peter me pediu que apenas ouvisse e nada falasse, ele estava precisando passar pela experiência do contato com um objeto que funcionasse como continente e o levasse a integração.

Houve uma mudança no contato comigo: passou a me cumprimentar com um aperto de mão na chegada e na saída. Ocorreu uma grande diminuição do temor homossexual. O trabalho empreendido em relação tanto ao pavor de sentir-se morto-vivo quanto ao sentimento de que era preferível delirar e alucinar a se perceber vazio e morto deu um bom resultado. Isto fez com que o paciente pudesse ver o quanto se esvaziava através da identificação projetiva maciça (Almeida Prado, 1983).

Um fragmento de sessão deste período:

P: Você, quando fala do acidente, me acusa.

A: De quê?

P: *Não sei, mas me acusa como se eu quisesse ter tido este acidente. Eu não queria, entendeu?*

A: *Acho que quando falo algo para você estou dando voz a sentimentos que você tem, mas que não consegue pensá-los. Podem ser sentimentos em relação ao acidente.*

P: *Não gosto de pensar no acidente. Sinto um buraco grande na cabeça, fica faltando um pedaço.*

A: *O pedaço que falta é o que assusta você. É uma falta, mas também uma presença.*

P: *Tem um buraco grande e fico achando que pensar nestas coisas vai me deixar muito mal.*

(Silêncio.)

P: *Lembra que te falei que ficar ouvindo vozes e vendo coisas às vezes é melhor do que ficar sentindo vazio? Pois é o vazio, é a morte, vou cair e morrer não sei direito como, mas tenho medo de ficar todo partido, como você disse uma vez.*

A: *Medo de se fragmentar e cair no vazio. Então, ver coisas ou ouvir vozes dá um preenchimento do vazio, talvez um sentido a algo terrível. Quem sabe a algo imaginado.*

P: *É tudo muito perigoso. Tem muitas maneiras de morrer. Cair no vazio é morrer de desespero.*

(Pausa.)

P: *Sentimentos de morte.*

A: *Sentimentos quanto ao que experimentou em relação ao acidente, por exemplo. Sentimentos que surjam aqui na relação comigo e que o deixem com medo de que eu morra devido a seus pensamentos.*

P: *Nunca tive amigos, poucos, e sempre tive medo de relações. Ficava agoniado com os relacionamentos, com muitas ideias ruins na cabeça.*

A: *Como se ao ter uma ideia ruim na cabeça ela fosse acontecer. Se você se relaciona comigo e sente esta relação, pode acontecer algo comigo devido a suas ideias.*

P: *As ideias são sempre ruins...*

Nesse momento da sessão havia um sentimento depressivo no paciente, um pouco mais integrado e experimentando dor em relação ao que se passava com ele, dor esta que continuamos a explorar nas sessões seguintes. Penso que eu ter dosado as interpretações transferenciais e ter passado a ajudá-lo a pensar em sua experiência emocional contribuiu para um início de integração. Houve um interesse maior do paciente em conversar sobre os fatos de sua vida e um sentimento de poder juntar experiências que dessem sentido aos seus sentimentos de medo e confusão. Foi o início de uma relação objetal mais evoluída, em que ele me experimentava como alguém que já não o ameaçava tanto. Eu percebia o quanto era importante para Peter reviver os fatos traumáticos de sua vida. A princípio, tudo parecia se resumir ao acidente; posteriormente, surgiram outros temas.

Um fragmento de sessão deste período:

P: *Tenho vontade de ter amigos e fazer coisas que não faço.*

P: *Ter vida social sem medo. Hoje acordei achando que sonhei com um amigo que eu tinha – ele me chamava e eu respondia. Não fiquei apavorado, achando que ele queria me prejudicar.*

A: *Você percebeu que, as vozes diminuindo, diminuiu o seu medo de se relacionar?*

P: *É. Acho que tem um buraco, mas não é tão grande. No sonho, tinha uma ponte também. Não me lembro de mais nada.*

A: *Uma ponte que ligava o quê?*

P: *Não sei. Talvez tenha a ver com as vozes que diminuíram e então fico mais tranqüilo.*

A: *Quem sabe a ponte ligue diferentes aspectos seus – por exemplo, um sentimento de vazio a uma compreensão deste vazio; você a sua história.*

P: *Tenho conseguido falar mais das coisas que aconteceram comigo.*

Ao fim de uma sessão de sexta-feira, ele me entregou uma foto e foi embora. Ao examiná-la, eu o vi com uns 2 anos de idade, sentado no chão, brincando com um carrinho. No verso da foto, constavam seu nome e a idade: 2 anos e 2 meses. Chamou-me a atenção sua expressão de tristeza na foto. Na sessão de segunda-feira, me perguntou se vira a foto e disse que sua mãe falou que, na época em que a foto foi tirada, ela tinha tido um aborto e uma subsequente hemorragia, que a levou a se internar num hospital por alguns dias. Contou-me que sua mãe disse que ele ficou muito perturbado nesse período e que também reagira de modo estranho, isolando-se, quando ela falou que estava grávida. Comentei que talvez sua expressão de tristeza estivesse relacionada aos eventos relatados. Algumas sessões depois, reclamou que o paciente anterior a ele era muito mal-encarado e que saía da sessão com ares de dono da casa. Peter nunca tinha se referido a nenhum outro paciente com quem cruzava no consultório. Disse a ele que poderia estar se sentindo incomodado, com ciúmes da minha relação com

o outro paciente, e que o fato de o outro paciente parecer ser o dono da casa dava a impressão de alguma intimidade entre nós. Liguei este fato à gravidez de sua mãe e aos seus incômodos relativos a suas fantasias. Disse-me ter medo de que algo acontecesse comigo. Falei que ele temia que seus pensamentos pudessem fazer com que eu me machucasse e, mesmo, me acidentasse.

Começou então a falar do pai e, durante várias sessões, se sentia muito emocionado e angustiado, com dores pelo peito, achando que estava tendo um infarto, chegando até a buscar a emergência de um hospital para fazer exames, porque se sentia morrendo. Foi um período muito difícil, porque me acusava de querer levantar coisas mortas para provocar sua morte. Interpretei que ele tinha medo de pensar sobre a morte do bebê na barriga de sua mãe e também sobre o acidente, com receio de haver culpa, já que ele se sentia responsável pelo ocorrido. Vimos, além disso, o temor de se deparar com o acidente, que sentia que tinha dentro de si, ou seja, temor de perceber como atacou seus objetos internos e os danificou.

Entendi as vozes que ressurgiram, neste momento, como expressão de uma culpa persecutória que o assediava, acusando-o de ser assassino. Também pensei no receio de uma retaliação por parte dos objetos atacados. Quando interpretei para ele estas compreensões ao longo de algumas sessões, demonstrou alívio.

Numa sessão mais adiante, trouxe um carrinho de brinquedo e me disse que o ganhou quando tinha uns 2 anos e que estava com o carrinho quando ocorreu o acidente. Desde então, nunca mais tinha

brincado com ele, que ficava em sua gaveta, trancado. Percebi o impacto de seus sentimentos em mim e resolvi dizer que ele buscava resgatar os sentimentos em relação ao pai que ficaram trancados. Acredito que este tipo de experiência serviu para que Peter pudesse pensar e reviver o trauma comigo, ganhando assim *insight* sobre sua experiência emocional. Houve, no meu entender, uma recuperação da relação com o pai, que ficou prejudicada pelo temor de seus sentimentos ligados ao acidente. Este é um exemplo de construção de um aparelho psíquico que possa pensar e se relacionar.

Um fragmento de sessão desta época:

P: *Tenho muita pena de não ter ficado mais tempo com meu pai. Acho que eu não ficaria doente se ele fosse vivo.*

A: *Você quer me dizer que seu pai ficou com uma parte saudável sua e que você ficou privado dela e, sem ela, ficou doente.*

P: *Sei que não é assim, mas parece que é isto que eu sinto. Acho que, quando ele morreu, também morreu alguma coisa minha.*

A: *Você mostra que ficou com um pai morto dentro de você e que este pai morto pode ter ficado como um morto que perturba e te adocece, um morto que não foi enterrado. Ficou um morto mais vivo que morto.*

P: *Acho que ele não pode morrer.*

A: *Não pode ser considerado como morto por você. Então, não houve possibilidade de ter um luto e encontrar um lugar para o seu pai em você. Ficou um ódio pelo pai que morreu e te deixou. Um sentimento de que você e seu pai morto ficaram misturados em você.*

P: *Pode ser, mas agora estou falando de tudo isto e fico com medo de morrer, mas também*

*tenho vontade de falar sobre todas estas coisas. Nunca pensei que pudesse falar disto tudo.*

Nessa sessão é possível perceber uma mudança na linguagem e na compreensão de Peter: parece estar mais capaz de pensar e entender o que interpreto. Ao tomar contato com os sentimentos envolvidos na morte do pai e do bebê que a mãe abortou, Peter foi tomado por fortes angústias esquizoparanoides e depressivas. Havia angústia de morte e temores de um novo surto. Fiquei preocupado e tentei entrar em contato com os sentimentos de Peter, compreendendo o modelo de relação objetal que estava se estabelecendo, isto é, ele angustiado e eu preocupado com ele. Disse-me então que, segundo sua mãe, tanto no aborto quanto no acidente, ela tinha ficado muito deprimida e procurado ajuda psiquiátrica. Disse ainda que, na época, foi cuidado pelos avós maternos, o que intensificou os medos de que também tivesse perdido a mãe. Foi o que me pareceu que estava sendo experimentado comigo, transferencialmente, através de seu desespero e de minhas preocupações com ele.

Com a continuidade destes temas, ele me contou que, ainda de acordo com sua mãe, ela teve uma pequena depressão quando o amamentava ao seio devido a dores no mamilo. Disse que sua mãe entrou em pânico por medo de não poder amamentá-lo e que ele chorava muito. Foi preciso a intervenção do pediatra para que ela recuperasse a confiança e a amamentação prosseguisse. Penso

que as angústias presentes por esta época ficaram sem representação adequada; quando ocorreu o aborto da mãe e depois o acidente, houve um incremento destas experiências, levando-o aos estranhos comportamentos, isolamento e agressividade, que a mãe me descreveu quando, a pedido do paciente, veio conversar comigo no início do tratamento.

O fato de a mãe ter tido episódios depressivos em épocas precoces da vida de Peter se somou ao modo como ele experimentou e fantasiou estes fatos e, juntos, constituíram o núcleo das atividades delirantes e alucinatórias de Peter, assim como, no meu entender, deram origem a um modelo de relação objetal bastante perturbado. Estes fatos causaram a fragmentação de suas vivências psíquicas e a dificuldade de ter uma continuidade no tempo. As experiências eram vividas não só de modo ameaçador, mas como fatos concretos, que iriam destruir a ele e ao objeto com o qual se relacionasse.

Podemos conjecturar que é possível que sua mãe tenha projetado sua angústia em Peter e que estes elementos projetados tenham ficado como algo não digerido, sem condições de serem pensados ou compreendidos. Na verdade, os elementos projetados invadem a mente do paciente e se tornam perseguidores. Avzaradel (2011) descreve algo semelhante:

When mothers project their alpha elements they do it holding their babies in their arms, sheltering them, making them feel peaceful, loved, calm. All of this favors their babies'

healthy development. When mothers project beta elements, in a track contrary to what we normally study, they may not only fail to digest beta elements for their babies, they may also invade their babies' mind with something that cannot be digested since it has not undergone any thought process because none was available. (Avzaradel, 2011, p. 841))

Numa sessão por volta do décimo primeiro ano de tratamento, Peter apareceu com um relógio no braço, pela primeira vez. Parecia uma criança pequena quando está aprendendo a ver as horas. E estava, pois começou a tecer uma continuidade em relação aos fatos de sua vida. Sua fala era mais articulada e já pensava em termos de passado, presente e futuro.

Uma sessão dessa época:

P: *Tenho falado muitas coisas aqui que antes não era possível. Acho que o medo de morrer, de me partir em pedaços, passou. Mas é muito duro falar disto tudo, me dá tristeza.*

A: *Entendo o que quer dizer, mas apesar da tristeza você não parece estar desesperado em senti-la.*

P: *Verdade. Venho para cá sem aquele sentimento de que você vai me prejudicar e sei que isto me fez entender muitas coisas. Mas fico triste. Não desesperado, triste.*

A: *Parece uma tristeza que pode ser suportável e também pensada. Quem sabe tem algo a ver com a ponte do sonho.*

P: *Outro dia você falou de ligar fatos diferentes de minha vida, passado com presente. Acho que foi isto.*

A: *Foi isto...*

P: *Sinto que tenho uma vida e parece que na vida se sofre também.*

## NOTAS

- 1 O autor detém os direitos autorais deste artigo, que é de sua responsabilidade como palestrante do Congresso Boston IPA, sob o título *Mundo em mudança:*

*a forma e o uso de ferramentas psicanalíticas hoje*, que ocorrerá de 22 a 25 de julho de 2015. Inscrições disponíveis em: [www.ipa.org.uk/congress](http://www.ipa.org.uk/congress).

## Recuperando aparato psíquico

A partir del análisis de un paciente psicótico el autor busca discutir la construcción de un aparato mental capaz de simbolizar, pensar y relacionarse con los objetos. Serán consideradas cuestiones técnicas que apoyan las ideas desarrolladas por el autor. También se considera la idea de Bion sobre la función alfa, así como reverie y desarrollo del pensar. Algunos autores pos bionianos que también escribieron sobre la capacidad de pensar pensamientos y crear símbolos fueron considerados y discutidos por el autor. La recuperación de experiencias pasadas a través de la construcción de un aparato psíquico permitió al paciente tener acceso al pensamiento simbólico. Se discute la relación transferencial y contratransferencial, para que sea posible comprender el desarrollo de las ideas presentadas y la evolución del proceso analítico.

PALABRAS CLAVE: pensamiento; aparato psíquico; transferencia; contratransferencia; simbolismo.

## Recovering the psychic apparatus

From analysing a psychotic patient, the author seeks to debate how to form a mental apparatus that can symbolize, think, and relate itself to objects. Technical questions that support ideas developed by the author in the paper will be considered. Bion's idea of alpha function is also taken into account, as well as reverie and the development of thoughts. Some post Bion authors who have written about the capacity to think thoughts and to create symbols are also taken into consideration. Regaining past experiences by forming a psychic apparatus enables the patient to access symbolic thinking. Discussion about transferential and countertransferential relationship aims at enabling the understanding of the development of presented ideas and the evolution of analytical process.

KEYWORDS: thinking; psychic apparatus; transference; countertransference; symbolism.

## Referências

- Almeida Prado, M. P. (1983). *Psicanálise de psicóticos*. Rio de Janeiro: Plurarte.
- Andrade Jr., A. M. (1991). *Crise psicótica: uma defesa contra o sentimento de morte*. Trabalho apresentado no XIII Congresso Brasileiro de Psicanálise, São Paulo.
- Avzaradel, J. R. (2011). On the construction of thinking. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92, 833-858.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Brenman, E. (2006). *Recovery of the lost good object*. London; New York: Routledge.
- Honigsztejn, H. (1990). *A psicologia da criação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Joseph, B. (1985). Transference: the total situation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 66, 447-454.
- Klein, M. (1952). The origins of transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 33, 433-438.
- Levy, R. (2012). From symbolizing to non-symbolizing within the scope of a link: from dreams to shouts of terror caused by an absent presence. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93, 837-862.

- Ogden, T. (1980). On the nature of schizophrenic conflict. *The International Journal of Psychoanalysis*, 61, 513-533.
- Ogden, T. (1994). Projective identification and the subjugating third. In T. Ogden, *Subject of analysis* (pp. 97-106). Northvale, NJ: Aronson.
- Ogden, T. (1995). Analyzing forms of aliveness and deadness of the transference-countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 76, 695-710.
- Ogden, T. (1997). Reverie and metaphor: some thoughts on how I work as a psychoanalyst. *The International Journal of Psychoanalysis*, 78, 719-732.
- Rocha Barros, E. M. & Rocha Barros, E. L. (2011). Reflections on the clinical implications of symbolism. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92, 879-901.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and interpretation*. London: Routledge.
- Spillius, E. B. (2007). *Encounters with Melanie Klein: selected papers of Elizabeth Spillius*. London: Routledge.
- Steiner, J. (Ed.) (2008). *Rosenfeld in retrospect: essays on his clinical influence*. London: Routledge.

[Recebido em 12.11.2014, aceito em 26.11.2014]

Altamirando Matos de Andrade Jr.  
Rua Jardim Botânico, 674/617  
22461-000 Rio de Janeiro, RJ  
Tel: 21 2249-1241  
altandr@msn.com