

# De Y a X na e pela contratransferência

## *From Y to X in and through countertransference*

---

Bianca Bergamo Savietto \*

Luís Claudio Figueiredo \*\*

Nelson Coelho Junior \*\*\*

**Resumo:** Neste artigo, tomamos a contratransferência como instrumento principal para a compreensão dos processos psíquicos e experiências emocionais de uma hoje jovem paciente transexual, que chega à análise como um adolescente andrógino com histórico de internações psiquiátricas e envolvimento em processos judiciais. Descrevemos o campo transferencial-contratransferencial que vai se constituindo e desdobrando, examinando a passagem da predominância da projeção à prevalência da identificação projetiva no tratamento do/da paciente.

**Palavras-chave:** Contratransferência, agressividade, projeção, identificação projetiva.

**Abstract:** *In this article, we assume countertransference as the main tool for understanding the psychical processes and emotional experiences of a now young transsexual patient, who starts a psychoanalytical treatment as an androgynous teenager, with a history of psychiatric internments and of personal involvement in a number of lawsuits. We describe the transference-countertransference field that is being established and subsequently unfolds, by studying the passage from the predominance of projection to the prevalence of projective identification in the patient's treatment.*

**Keywords:** *Countertransference, aggression, projection, projective identification.*

---

\* Psicanalista, mestre e doutora em Teoria Psicanalítica/UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), pós-doutoranda/ Instituto de Psicologia/USP (apoio FAPESP), autora de diversos artigos publicados em revistas nacionais, do livro *Adolescência: ato e atualidade e organizadora*, da coletânea *Elasticidade e limite na clínica contemporânea* (São Paulo-SP-Brasil).

\*\* Psicanalista, prof. Instituto de Psicologia/USP (São Paulo-SP-Brasil) e da PUC-SP (São Paulo-SP-Brasil). Autor de dezenas de artigos publicados em revistas nacionais e estrangeiras e de diversos livros, entre os quais: *Ética e técnica em psicanálise*, *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*, *Melanie Klein: estilo e pensamento*, *As diversas faces do cuidar*, *Bion em nove lições* e *Balint em sete lições*.

\*\*\* Psicanalista, prof. e pesquisador do Instituto de Psicologia/USP (São Paulo-SP-Brasil), autor de dezenas de artigos publicados em revistas nacionais e estrangeiras e de diversos livros, entre os quais, *Ética e técnica em psicanálise*, *Dimensões da intersubjetividade*, *A força da realidade na clínica freudiana* e *Merleau-Ponty: a filosofia como corpo e existência*.

## Introdução

Neste trabalho, abordamos a contratransferência como instrumento principal para a compreensão dos processos psíquicos e experiências emocionais de uma jovem paciente há três anos em tratamento. Ela inicia a análise aos dezessete anos, levada pelo pai. A princípio, reside com a irmã mais velha e com a mãe, de quem o pai vive separado<sup>1</sup>. O que marca o discurso da paciente no início do tratamento são as afirmações de seu desejo de morar com o pai, “cozinhar para ele, cuidar dele e da nossa casa”, assim como o antagonismo em relação à figura materna.

É possível, à primeira vista, que pareça o atendimento inicial de uma adolescente em plena e típica revivência do Complexo de Édipo. Portanto, o tratamento de uma adolescente “cujos sintomas são de natureza neurótica”, em que “o trabalho da análise se faz por meio de interpretações verbais da transferência que emerge do inconsciente do paciente” e “não é difícil para o analista administrar o seu próprio ódio”. Não à toa, porém, essa breve “descrição do trabalho psicanalítico rotineiro” se apoia em citações retiradas do texto “O ódio na contratransferência” (WINNICOTT, 1947/2000).

No nosso caso, trata-se na realidade de uma jovem paciente transexual, que ao longo da análise assume a identidade de gênero e o nome (“X”) femininos, mas que chega ao tratamento como uma figura andrógina, ainda usando/apresentando-se com o nome masculino (“Y”). Seu antagonismo em relação à figura materna é caracterizado por ódio e agressividade radicais, expressos na situação analítica em frases como “quero acabar com ela, destruí-la”.

Não é de bom grado que Y dá início ao processo psicanalítico. Repete várias vezes que nenhum profissional psi jamais foi capaz de ajudá-lo em experiências de internação psiquiátrica e de envolvimento em processos judiciais anteriores ou em andamento; xinga com frequência uma psiquiatra que o diagnosticou como *borderline*, e deixa reiteradamente claro que só está ali porque gostaria que o pai conseguisse compreendê-lo e aceitá-lo, exigindo a presença do pai nas sessões como condição para a sua própria análise.

A carga emocional experimentada pela analista é extremamente pesada. Ódio, ansiedade paranoide e temor são os sentimentos que prevalecem no vivido contratransferencial ao começo da análise, em articulação com as frustrações de tipo ativo despertadas pela agressividade e rejeição diretas de Y. Frustrações que significam, para a analista, a “exposição a um predomi-

---

<sup>1</sup> O pai mora de favor na casa de um amigo, devido à complexa situação financeira ligada a um processo de separação litigiosa, calcado em desavenças quanto à divisão dos bens.

nantemente ‘mau’ objeto” (RACKER, 1953/1988, p. 192, tradução nossa). Aprofundaremos esse ponto adiante, buscando mostrar que tais sentimentos não deixam de marcar o vivido contratransferencial, apesar de, posteriormente, aparecerem também articulados às frustrações de tipo passivo, despertadas pela rejeição passiva, pelo retraimento. Configura-se assim, por parte da hoje paciente X, um modo de funcionamento marcado pelo abandono parcial, dentre outras defesas contra o vínculo com a analista e a dependência em relação a esta.

Indiquemos a formulação que poderia resumir o modo como a analista sente o então paciente andrógino no início do tratamento: “Que *mulher* intratável!”. Essa formulação contratransferencial configura-se como condição fundamental de possibilidade das transformações implícitas acima e da transformação da condição sexual/de gênero do adolescente Y em jovem X.

Antes que ele próprio possa assumir a identidade de gênero e o nome femininos, e antes de qualquer compreensão/concepção consciente da analista acerca da situação do paciente, a analista o sente, predominantemente, como uma mulher (‘má’). Isso coloca em evidência a máxima elaborada por Paula Heimann de que “o inconsciente do analista entende o do paciente” e de que as emoções despertadas no analista “estão mais próximas do coração da problemática que sua razão (...)” (HEIMANN, 1949/1950, p. 75, tradução nossa).

Antes de avançar, gostaríamos de assinalar a análise da própria analista como uma chave para o desenvolvimento do presente trabalho e para a condução do caso<sup>2</sup>. Afinal, a única posição que permite ao analista uma relativa ‘objetividade’ em relação ao paciente é aquela baseada em uma divisão interna que lhe possibilita fazer de si mesmo (da sua subjetividade e contratransferência) o objeto de sua constante observação e análise (RACKER, 1953/1988, *op. cit.*).

## Do geral sobre o transexualismo à especificidade do caso “Y/X”

Apesar de o atendimento às pessoas *trans*, nos serviços de saúde, estar vinculado a um protocolo de assistência que se apoia no diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero, entendemos que o transexualismo não está

<sup>2</sup> Não podemos deixar de também mencionar, nesses dois sentidos, as trocas com os demais autores do presente trabalho no âmbito da pesquisa de pós-doutorado que a analista Bianca Bergamo Savietto desenvolve no Instituto de Psicologia da USP, assim como as supervisões clínicas com Luís Claudio Figueiredo e Octavio Souza e as discussões em grupos de supervisão promovidos mensalmente pelo último.

atrelado a uma determinada estrutura clínica – nem a ele subjaz um modo de funcionamento psíquico específico. Ademais, em um tratamento psicoterapêutico, a questão da transformação corporal do sexo pode ou não aparecer como elemento central (ARÁN; MURTA, 2009).

No que diz respeito à temática da transexualidade, ainda sob uma perspectiva mais ampla, cabe notar que o termo ‘transexualismo’ foi cunhado em 1953, apesar de “sempre ter havido pessoas, homens ou mulheres, que recusam seu sexo de origem e querem viver como indivíduos do outro sexo” (CHILAND, 2008, p. 11). Novo, portanto, é o próprio termo, além do fato de o transexualismo, com reatribuição hormonal-cirúrgica do sexo, ser um fenômeno da nossa cultura, ligado às inovações científicas e técnicas que o possibilitam e ao lugar de reivindicação de direitos assumido pelo indivíduo em nossa sociedade.

Passando ao tema do transexualismo apenas no que ele concerne à singularidade do nosso caso clínico, é possível afirmar que um conjunto de elementos inerentes ao funcionamento mental de Y/X aponta para uma dominância da atividade da parte psicótica de sua personalidade. Indo além do que expusemos na introdução acerca da problemática contratransferencial, coloquemos que a formulação “Que mulher intratável!” também é fruto de uma dinâmica em que sentimentos, ideias e autorrepresentações inconscientes do paciente andrógino são inoculados na analista. O paciente se sente, se pensa, se representa não só como uma mulher, mas como uma mulher não amável e não tratável. A analista, por sua vez, o/a experiência em congruência e – também em congruência – experiência a si própria como (uma analista/mulher) “má” porque incapaz de amar e de tratar o/a paciente. É quando observa experienciar a si próprio de maneira congruente com a fantasia projetada de seu paciente, que o analista percebe estar diante de um funcionamento psíquico em excesso de identificações projetivas. Tal modo de funcionamento mental marca justamente aquilo que Bion (1957/2007) concebe como uma dominância da atividade da parte psicótica da personalidade.

Logo, não se trata aqui de um posicionamento apoiado na tese muito difundida, segundo a qual, o transexualismo representa uma forma específica de psicose. Trata-se de perceber e compreender aquilo que se configura como indício da atividade da parte psicótica da personalidade. Nesse sentido, Bion enumera outras quatro características essenciais: preponderância de impulsos destrutivos; ódio à realidade (externa e interna); terror de aniquilação iminente; precipitada e prematura formação de relações de objeto (BION, 1956/2007).

Quanto à questão da transformação corporal do sexo, esta oscila, no que se refere ao próprio teor da transformação (reatribuição hormonal, colocação de próteses, cirurgia de transgenitalização, etc.), e no que se refere ao estatuto de elemento central ao longo do tratamento. De todo modo, tal questão só entra em cena após uma passagem da predominância da projeção à prevalência da identificação projetiva e após significativo esforço da analista para conter as identificações projetivas de Y/X. Isto é, para tolerar a experiência de desesperança do/da paciente, em relação à análise e a si mesma, sem fugir dos sentimentos e sem agir sobre eles encerrando os atendimentos.

Esse esforço abarca: compreensão dos próprios sentimentos e daquilo que está se passando entre analista e paciente; equilíbrio entre uma suficiente abertura para receber as identificações projetivas de Y/X com seus aspectos femininos não amáveis e não tratáveis (*'intratáveis'* no duplo sentido do termo) e uma suficiente distância do processo; integração psíquica (por parte da analista) dos sentimentos engendrados com outros aspectos de si mesma.

Vejamos, a seguir, como se dá a mencionada passagem da predominância da projeção à prevalência da identificação projetiva, adentrando certos aspectos do histórico do/da paciente e fragmentos dos seus atendimentos, em articulação com elaborações teórico-clínicas. Tenhamos em vista que essa passagem põe em jogo a prevalência dos sentimentos de unicidade/‘ser um com’ e de conexão profunda em relação ao objeto da projeção (analista), em detrimento da predominância dos sentimentos de estranhamento e de distância em relação ao mesmo objeto (OGDEN, 1979).

Acrescentemos, ainda, que o recurso maciço, na situação analítica, ao mecanismo da identificação projetiva costuma denunciar uma privação da oportunidade de lançar mão de tal recurso ao longo do desenvolvimento do paciente. A privação via ataques destrutivos advindos de uma fonte externa (o seio) resulta em deterioração do processo de desenvolvimento, posto que o mecanismo em questão consiste no elo de ligação entre criança e seio e no principal método de que dispõe a criança para lidar com o turbilhão emocional da primeira infância (BION, 1959/2007).

## **Projeção e cocorporeidade**

A hoje jovem paciente X chega ao tratamento como um adolescente andrógino. Veste-se com calças jeans, camisetas mais largas e tênis, ao mesmo tempo em que mantém os cabelos lisos e escuros na altura dos ombros, as unhas compridas e os olhos discretamente maquiados. É uma figura bastante

corpulenta (em termos de altura e de peso) que usa (se apresenta) com o nome masculino Y.

Está terminando, aos trancos e barrancos, o ensino médio em esquema supletivo. Traz muitas queixas relacionadas a repreensões (dos profissionais da escola, dos colegas e de sua família) quanto a frequentar o banheiro das mulheres e as aulas em trajes mais femininos, queixas estas que se misturam a conflitos internos. Às tímidas tentativas censuradas por parte dos outros, Y responde com intensa agressividade, chegando à violência física. É nesse contexto que se inserem os dois processos judiciais em andamento no começo da análise.

Se a experiência no âmbito escolar é vivida de maneira extremamente penosa, a convivência com a mãe e a irmã no seio do lar é sentida como absolutamente insuportável. Y afirma não ter privacidade alguma e ser constantemente invadido, atacado e rejeitado, sobretudo pela mãe. Aventa, algumas vezes, a possibilidade de suicidar-se. A figura materna é trazida sempre em associação com qualidades como “detestável”, “desprezível”, “louca”, “mau caráter” e até mesmo “vagabunda”, quando entra em jogo o tema da separação dos pais. Y diz não saber se sempre experimentou a mãe dessa forma intolerável e afirma não ter lembranças de ternura nessa relação.

O pai costuma confirmar as qualidades atribuídas pelo filho à figura materna. Alega, em sessão sem a presença de Y, ter-se casado muito novo e muito rápido, sem conhecer bem a mulher com quem estava se unindo. Ademais, conta para a analista que as coisas já iam mal entre ele e a esposa na altura da gravidez de Y, a qual, diferentemente da primeira gravidez (de que é fruto a irmã mais velha de Y), não foi planejada nem desejada. Apesar de ter permanecido com a mulher durante ainda muitos anos e de justificar a permanência em razão da criação dos filhos, o pai de Y assevera sentir muita culpa vinculada a excesso de trabalho, que resultou na sua ausência da vida do filho.

Tenta, à época do início do tratamento, compensar essa ausência anterior e aliviar um pouco da culpa por meio da iniciativa de busca de tratamento e ajuda para Y, assim como por meio do cumprimento da exigência do filho quanto à sua própria presença nas sessões. Porém, afirma para a analista não ter intenção de residir com Y como este tanto deseja. Isso por conta da vergonha que sente e de outras questões internas suas, ligadas à condição sexual e de gênero do filho – sendo que a problemática de gênero só começa a se delinear com mais clareza ao longo das primeiras sessões conjuntas.

Até então, o que estava claro era que o adolescente Y gostava de garotos e começava também a gostar de se vestir como uma garota, o que é radical-

mente diferente da clareza de se sentir uma garota habitando um corpo masculino. Observe-se que as duas intenações involuntárias anteriores ao começo da análise são provocadas por episódios homossexuais diante dos quais os pais – em especial a mãe – rechaçam o filho e este reage com ataques verbais ou físicos à figura materna. Na ocasião do segundo episódio, Y chega a dizer para a mãe: “Acho que me sinto uma mulher”. Segundo o paciente, a mãe “surta” diante dessa declaração, mas é ele quem é novamente internado em instituição psiquiátrica.

Retomando a negativa do pai quanto à intenção de residir com Y, ela se dá principalmente porque, conforme o próprio pai, *Y é uma pessoa tão difícil e inconvivível quanto a mãe*. Após tanto esforço para desvencilhar-se desta última, o pai não quer se ver aprisionado a alguém *tão perturbadoramente semelhante*.

De acordo com Racker (1953/1988, *op. cit.*), o mecanismo de *identificação com o perseguidor* consiste em denominador comum de várias das atitudes do paciente que provocam no analista, dentre outras possibilidades, ódio, ansiedade paranoide e temor. Lembremos que esses são os sentimentos que afirmamos prevalecer no vivido contratransferencial ao começo da análise, em articulação com as frustrações de tipo ativo despertadas pela agressividade e rejeição diretas de Y. A identificação com o perseguidor ou agressor constitui defesa contra o temor de uma má conduta do objeto projetado, sentido como sádico, da qual a própria conduta do paciente é um equivalente.

Além do discurso do pai e das características prevalentes no vivido contratransferencial da analista, o próprio pensamento de suicídio, que Y exprime mais de uma vez no início do tratamento, também aponta para a presença do mecanismo de “identificação com o perseguidor” como defesa contra um objeto materno agressor – pois o suicídio pode representar uma espécie de ‘zombaria’ ou ‘deboche’ dirigido aos perseguidores fantasiados ou reais, pelo qual o sujeito anteciparia as intenções e desejos desses perseguidores, aniquilando a si mesmo.

Apresentemos uma ‘má conduta’ de Y que ilustra bem a predominância da projeção no primeiríssimo tempo do tratamento, o ataque direto a este e à analista, assim como os característicos sentimentos de estranhamento e de distância do paciente em relação ao objeto da projeção de sua própria agressividade. Em uma sessão conjunta com o pai, como que ignorando a existência da analista, Y afirma duvidar de qualquer possibilidade de ajuda via processo psicanalítico. Diversas vezes, nessa mesma sessão, aos berros, refere-se à analista como “essa merda de analista”, e à análise como “essa merda de terapia”.

A resposta da analista merece destaque no que diz respeito a uma virada no tratamento de Y, rumo à interação entre projetor e objeto, dentro de um campo constituído por estímulos basicamente não-verbais e pré-verbais, que operam por meio de um plano primordial de contato e experiência do outro (COELHO JUNIOR, 2012): em lugar de encerrar a “merda de terapia” ou de manter um “silêncio vingativo” (RACKER, 1953/1988, *op. cit.*) – o que significaria identificar-se complementarmente ao objeto “merda” interno e projetado que invade, ataca e rejeita o paciente – e, desse modo, perpetuar um círculo vicioso, a analista aceita identificar-se de maneira concordante ou homóloga com a própria agressividade de Y. Assim, interrompe o diálogo do qual está excluída com a frase: “Espera aí que a merda da analista quer falar!”. Consciente da reação contratransferencial provocada, ao invés de inconscientemente governada por ela, a analista integra a agressividade com outros aspectos de si mesma, oferecendo uma interpretação sobre a situação transferencial do paciente.

Diante dessa resposta, Y parece pela primeira vez reconhecer alguma possibilidade de ajuda por meio do processo psicanalítico. Tocado pela frase “Espera aí que a merda da analista quer falar!”, a ponto de se abrir para a interpretação sobre sua situação transferencial oferecida na sequência, exclama após as intervenções da analista: “Arrasou!”. Nesse sentido, Margaret Little (1956-1957/1991) sustenta que, em certos momentos, uma reação do analista de caráter mais primitivo e espontâneo às projeções e/ou comportamentos efetivos do paciente, longe de ser negativa, pode ser útil. Útil à medida que abre a via da interpretação por tornar o paciente a ela acessível, quer dizer, por estabelecer contato em um novo setor que ainda não havia sido tocado.

Mas isso só é possível se o analista puder manter uma abertura incondicional às dimensões emocionais agressivas e desamparadas do paciente. Não há lugar para encenações ou “faz de conta” nessas circunstâncias. Cabe ao analista oferecer seu corpo (e seu psiquismo) em sacrifício, à disposição das dimensões transferenciais ‘agidas’ do paciente.

Enxergamos o estabelecimento de contato nesse novo setor, então atingido como construção da situação analítica como “o lugar em que se vive” (nos termos de Winnicott), como o lugar em que Y pode vir a sentir, pensar e viver em contiguidade com a presença viva da analista. Trata-se de um campo específico de experiências sensoriais, afetivas e significantes, mesmo que protosimbólicas, designado por meio do conceito de “corporeidade”. “Corporeidade de paciente e analista, cocorporeidade, plano originário de relação em que



processos transferenciais e contratransferenciais são vividos e sentidos” (COELHO JUNIOR, 2012, *op. cit.*, p. 79).

É nesse campo calcado em uma dimensão inconsciente, atravessado pelas questões da pulsão (mensageira, como concebe René Roussillon, 2008) e do sexual, e enraizado na experiência da sensação, da sensorialidade, que a analista sente o paciente andrógino como uma *mulher* (“mã”). É nele que, aos ouvidos, olhos e nariz da analista, a voz de Y soa, a sua imagem reflete e o seu cheiro emana como femininos. É ele que, desse modo, possibilita à analista espontaneamente indagar, para a surpresa geral, como o paciente gostaria de ser chamado (a) e tratado (a) na situação analítica.

Assim, entra em cena o nome feminino X – sugerido pela professora de canto cujas aulas Y/X ainda frequenta nos primeiros meses do tratamento. O/a paciente havia estabelecido uma relação estreita com tal professora, a ponto de considerá-la como “uma mãe”. Essa relação é logo rompida de maneira abrupta, com base em alguma desavença que Y/X é incapaz de compreender para transmitir ao pai e à analista. As aulas de canto são encerradas.

Entretanto, após esse rompimento, Y continua sendo chamado de X na situação analítica, sentido e tratado como mulher. Dispensa a presença do pai nas sessões e, em uma relação com a analista que envolve contiguidade sensória e ritmicidade, pode estabelecer a organização de um rudimentar sentido de “eu-dade”/“si-mesmi-dade” feminina. É o que Tustin (1986) chamou de “ritmo de segurança”, algo ausente na experiência de indivíduos que não receberam suficiente *holding* (Winnicott) e *containment* (Bion) nos momentos iniciais de vida.

### **Identificação projetiva: “ser uma (*mulher*) com”**

A construção da situação analítica como “o lugar em que se vive” configura-se como condição essencial de abertura à prevalência dos sentimentos de unicidade/“ser um com” em relação ao objeto da projeção. Inaugurados os sentimentos de conexão profunda, instaura-se, então, a oportunidade de recurso maciço ao mecanismo da identificação projetiva, do qual, ao que tudo indica, o/a paciente havia sido privado/a até ali. Privado/a por uma mãe que repetidamente negou o ingresso de emoções filiais muito poderosas no seu próprio aparelho psíquico, devido à incapacidade de tolerar essas emoções e de, ao mesmo tempo, reter um confortável estado mental (BION, 1959/2007, *op. cit.*).

O seguinte evento, acontecido no primeiro ano de tratamento, reitera a hipótese de falta de receptividade materna às experiências emocionais do/da paciente: a mãe acusa Y/X de tê-la agredido fisicamente durante uma discussão e o/a expulsa de casa. Nessa situação específica, tanto o/a paciente quanto seu pai negam que a agressão física tenha ocorrido. Além disso, a mãe, com a ajuda de seu pai advogado, impõe restrição judicial que impede Y/X de dela se aproximar a uma distância menor que algumas centenas de metros.

Abandono radical, que jamais recebeu da parte da figura materna, ao longo dos dois anos seguintes de análise, qualquer tentativa verdadeira de reparação. As tentativas, apenas formais, consistem em esparsas mensagens de texto – cujo conteúdo gira em torno de algo como: “Penso em você; espero que você esteja bem” – e eventual envio de presentes. Essas tentativas provocam no/na paciente o reforço da certeza de que se trata de uma situação sem saída na relação com uma figura materna absolutamente “louca” e “detestável”.

Cabe acrescentar que o pai, em sessão sem a presença do/da paciente (ocorrência pontual nesta altura da análise), reafirma a negativa quanto à intenção de residir com Y/X, dizendo-se incapaz de aguentar uma convivência estreita com ele/ela. Assim, o pai opta por permanecer morando de favor na casa de um amigo e aluga um pequeno apartamento (no mesmo bairro de localização do consultório da analista) para o/a paciente, menor de idade, morar só. Note-se que o amigo compartilha a guarda de um filho com deficiência mental e que, ainda assim, esta situação de moradia é menos insuportável para o pai que coabitar com seu próprio filho/a Y/X.

Bendita hora, portanto, em que a brecha no círculo vicioso de ataque e rejeição é aberta na situação analítica, permitindo que Y possa progressivamente vir a ser X a partir da relação que inclui contiguidade sensorial, ritmicidade e unicidade com uma analista capaz<sup>3</sup> de conter o ódio, a agressividade, o medo e a desesperança que o/a paciente nela induz; de integrar os sentimentos engendrados com outros aspectos da sua própria personalidade, sem danificação desses outros aspectos; de empregar sobre tais sentimentos um conjunto diferente, posto que seu, de defesas e demais processos psíquicos; e de, desse modo, processá-los, metabolizá-los, dando ensejo à possibilidade de (re)internalização, por parte de Y/X, dos conteúdos digeridos e transformados.

É então que a gradual organização de um sentido de “eu-dade” / “si-mesmi-dade” feminina, que abarca aspectos para além da “intratabilidade”, cata-

---

<sup>3</sup> Nesse ponto, vale novamente mencionar a análise da própria analista e as supervisões individuais e em grupo como sustentáculos essenciais dessa capacidade.

pulta a questão da transformação corporal do sexo – a princípio, em seu vértice de redistribuição hormonal – ao estatuto de elemento central do tratamento. Vestir-se em trajes completamente femininos, maquiar-se, fazer as unhas, colocar *megahair* e tingir os cabelos de um tom loiríssimo, perder dezenas de quilos, frequentar banheiros femininos, etc. passa a não mais constituir tímidas tentativas, mas sim ser elementos intrínsecos ao seu dia a dia, juntamente com a ingestão de hormônios como estrogênio, progesterona e bloqueadores de testosterona. Tampouco os olhares de repreensão, as frases preconceituosas, os comportamentos hostis a *ela* dirigidos, ligados à sua condição sexual e de gênero, são respondidos com intensa agressividade e violência física, posto que, “sendo uma (*mulher*) com” a analista, X não se encontra mais tão perdida no que se refere a uma importante parte de suas próprias experiências emocionais.

### **Reflexividade, implicação e esperança**

Roussillon, inspirado em Winnicott, propõe que nos casos marcados por problemáticas narcísico-identitárias, certo número de experiências primárias significativas jamais foi refletido, isto é, contido, transformado e devolvido para o sujeito pelo objeto primário. Quando a função reflexiva do objeto falha, o processo de desprendimento que caracteriza a diferenciação é substituído pela posse por parte do objeto – “é aqui, onde o objeto não reflete o sujeito, que recai sua sombra” (ROUSSILLON, 2006, p. 62, tradução nossa). Em grupo de supervisão ocorrido em maio de 2012, Roussillon postula<sup>4</sup> que quando a sombra do objeto (materno) cai sobre o eu, este pode *se travestir do objeto*.

As mímicas, os gestos e as posturas de X já não repercutem mais na contratransferência, como outrora, como mímicas, gestos e posturas incorporados (ROUSSILLON, 2013). Isso não significa, porém, que o objeto materno não assombre mais o mundo interno da paciente, o que pode ser vividamente notado pela analista diante da sua constante recusa quanto a aprofundar a abordagem de qualquer experiência que remeta à figura materna; do emprego, nas sessões, de relatórios factuais acerca dos eventos cotidianos, constituindo tentativa de reter proximidade com a realidade, negar fantasias e, desse modo, evitar colapsos (BION, 1959/2007); da necessidade de impedir o contato com emoções provocadas por experiências que aludem a ataque e

<sup>4</sup> No que concerne a outro caso clínico que, apesar de não envolver precisamente uma experiência *trans*, envolvia episódios de travestimento.

rejeição<sup>5</sup> por meio de literal e crescente anestesiamento, via utilização de uma droga sintética chamada *special k* (anestésico de uso veterinário para animais de grande porte, como cavalos); de uma oscilação da recusa da dor psíquica pela via evacuatória ao ódio à realidade, como estado de entrincheiramento da onipotência, chegando aos ataques aos elos quando a fantasia de onipotência se acha ameaçada pela falta do objeto, por suas falhas ou meras diferenças (FIGUEIREDO, 2012).

A analista sente significativo (re)incremento da agressividade de X a cada situação em que a paciente sente uma resposta da primeira como não complacente ou como uma espécie de recusa a aceitar partes da sua personalidade. Nesse sentido, Racker (1953/1988, *op. cit.*) assevera que suas observações indicam que quanto maior a disposição no paciente para a ação agressiva real, maior a tendência no analista à submissão. O autor acrescenta que o analista que se sente subjugado pelo paciente, se sente raivoso. Isso nos remete à já mencionada permanência dos sentimentos de ódio, ansiedade paranoide e temor no vivido contratransferencial. Ademais, nos remete ao sentimento de coerção, de imobilização, que o funcionamento do paciente em excesso de identificação projetiva tipicamente produz no analista (FIGUEIREDO, 2013).

Apesar de certos progressos fundamentais, é, portanto, em terreno minado que a analista se sente movimentar-se na situação analítica com a hoje jovem paciente transexual X. Terreno da preponderância de impulsos destrutivos, das cisões, da fragmentação do mundo das representações e afetos.

No início do terceiro ano do tratamento, a analista sente que a dupla está prestes a tropeçar em uma bomba explosiva. Esse sentimento é nutrido pela gradual retirada, por parte do pai da paciente, de qualquer investimento e envolvimento mais consistente, para além do financeiro, na vida de X. A paciente havia começado a cursar faculdade de teatro; no entanto, frente à dificuldade de adaptação e ao baixo rendimento de X, o pai veta a continuidade do curso. Ele concorda com o pagamento de cirurgia para colocação de prótese mamária de silicone; chega a participar no começo do processo; porém se retrai completamente diante de uma complexificação deste, isentando-se da escolha do cirurgião e do hospital, assim como de visita à paciente durante sua internação. Almoços, idas a shoppings, conversas sobre a vida amorosa são suspensos, resumindo-se os encontros e diálogos de pai e filha à abordagem de tópicos pragmáticos.

---

<sup>5</sup> Ligadas a questões outras que a de sua identidade de gênero como, por exemplo, frequentes desentendimentos e rompimentos nas relações amorosas e de amizade.

Nesse mesmo período, o pai demanda, após bastante tempo sem o fazer, sessão com a analista sem a presença da paciente. Conta que estabeleceu acordo com a mãe de X quanto à divisão de bens, assim tendo sido encerrado o processo de separação litigiosa que estava em curso e tendo ficado resolvida a sua complexa situação financeira. Foi isso que permitiu o pagamento do curso de teatro e da cirurgia da paciente. A situação de moradia também está resolvida: comprou um apartamento e já se mudou. Vem à sessão, segundo ele próprio, para pedir à analista que guarde segredo sobre tudo isso que lhe conta, pois teme que, posta a par, X sugue ainda mais o seu dinheiro e, principalmente, roube a paz de espírito do seu novo lar.

Evidentemente, X sabe do que realmente importa: o fato de que o pai parece não se importar mais afetivamente com ela. Novo abandono, em relação ao qual a paciente apenas repete a frase: “Fazer o que, né?!”.

Contratransferencialmente, a analista sente o recrudescimento da experiência de desesperança da paciente, na análise e em si mesma, sobretudo quando X anuncia a decisão de começar a se prostituir – algo nada raro no universo *trans*, mas que, até então, era encarado como “abominável”. Explosão da bomba. A recorrência do pensamento sobre o encaminhamento da paciente para outro profissional leva a analista a se dar conta da força dessa experiência de desesperança. Os atendimentos são atravessados, ao longo de quase um semestre, por telefonemas de clientes aos quais X responde durante as sessões, além de ver canceladas inúmeras destas mediante o envio de mensagens de texto com afirmações como: “Hoje não vou à sessão porque vou atender um cliente no mesmo horário”. Isso conduz a analista a considerar a hipótese de que a indagação a ela dirigida apesar de não formulada em palavras – e sim colocada em atos – talvez seja a seguinte: “O quanto você ainda vai suportar antes de também me abandonar?”.

Não resta alternativa à analista senão a de, uma vez mais, tolerar a carga emocional extremamente pesada, sem fugir dos sentimentos e sem agir sobre eles encerrando os atendimentos. Ao contrário, a analista mobiliza certo número de escutas adicionais a fim de enfrentar e elaborar o que sente. É nesse contexto, inclusive, que propõe aos demais autores deste trabalho desenvolver a presente reflexão. Ademais, se faz bastante presente em recente experiência de acompanhar delicada situação na qual X compartilha a suspeita, apoiada na manifestação de alguns sintomas, de ter contraído perigosa doença sexualmente transmissível. A analista estimula uma temida ida, primeiramente, ao pronto-socorro; indica, após esse primeiro e frustrante atendimento emergencial, uma médica de sua confiança; diante da distância de disponibilidade para

consulta, monitora a busca da paciente por uma consulta mais próxima, mesmo que com médica diferente; marca sessões nos dias das consultas e dos procedimentos médicos necessários frente à confirmação do diagnóstico.

Essa dose de implicação a mais que um já habitual “a-mais”, lado a lado à preocupação maior com a reserva<sup>6</sup>, parece estar surtindo alguns efeitos. Desde cerca de dois meses até o momento em que estas linhas estão sendo escritas, a paciente comparece a todas as sessões à exceção de uma, justificando essa única ausência do seguinte modo: “Poxa, *queria ir*, mas vou atender um cliente”. Sutil, porém, considerável diferença.

Em uma das sessões transcorridas nesse período, X descreve um programa feito com um casal na noite anterior, onde, além de não receber o valor combinado, se sente violentada pelo homem, quando este não atende aos seus pedidos de que o ato sexual seja interrompido, machucando-a e provocando-lhe excessivo sangramento. Chega a pedir ajuda à mulher que, paralisada, assiste à cena sem interceder. A descrição detalhada da paciente produz na analista intenso mal-estar. Em outras circunstâncias, a analista já havia falado sobre seu sentimento de preocupação em relação às situações às quais X fica exposta ao se prostituir, recebendo sempre de volta uma resposta desimplicada como: “É o que temos para hoje! Não tem outra forma de eu ganhar o mesmo dinheiro”.

Mas nessa circunstância específica, tomada pelo mal-estar, a analista não *fala sobre* seus sentimentos e sim *os expressa*, *os mostra*, de maneira absolutamente genuína (LITTLE, 1956-1957/1991, *op. cit.*). Pela primeira vez, após a recorrente afirmação de que “Não tem outra forma de eu ganhar o mesmo dinheiro”, a paciente acrescenta com implicação e emoção: “Eu não gosto de fazer o que estou fazendo; é horrível!”. Articula ainda, na sequência, a situação vivida como ataque à necessidade de chegar em casa e lançar mão do *special k*, permitindo à analista indicar o seu crescente uso de drogas como busca de anestesiamento. Tanto os programas, quanto o uso do anestésico veterinário são freados – não cessados – depois dessa sessão.

A analista, atualmente, percebe-se novamente esperançosa, apesar de não saber esperançosa de quê. E assim é a esperança: ela não possui objeto. Consiste em pré-concepção vazia à espera de realização, e sustenta o “ato de fé” (F) que “depende de uma recusa disciplinada da memória e do desejo” (BION, 1970/2007).

<sup>6</sup> FIGUEIREDO, L. C. Aula sobre as escutas psicanalíticas. Rio de Janeiro: SBP-RJ, ago. 2013.

## Considerações suplementares

Sempre, no tocante à questão diagnóstica, mas principalmente em casos tão bizarros e impactantes, podemos nos sentir empurrados para psicodiagnósticos precipitados e estereotipados. No caso Y/X, ao contrário, a analista pode exercer um pensamento clínico profundamente enraizado na própria situação analisante, ou seja, no campo transferencial-contratransferencial que vai se constituindo e desdobrando. Suas teorizações ganham assim uma dimensão *metatransferencial* (FÉDIDA, 1978), uma ultrapassagem do campo proveniente do *segundo olhar* (BARANGER; BARANGER, 1961-2) que, a partir deste mesmo campo, em que o analista está tão implicado, algo pode se revelar. É assim que os *enactments* crônicos e agudos (CASSORLA, 2012) envolvendo paciente e analista, que marcam processos e episódios decisivos neste atendimento, podem ir sendo atravessados e transpostos.

Focalizando justamente tais *enactments*, ambos ocorridos nas bordas de um campo de batalha, façamos as seguintes considerações suplementares:

– O primeiro *enactment* agudo ocorre na sessão em que o ainda paciente Y fala da “merda de terapia” e da “merda de analista”. Esta intervém dizendo: “Espera aí que a merda da analista quer falar!”; ao que o paciente *interpreta* dizendo: “Arrasou!”. Cremos que aqui se encontram e se reconhecem duas capacidades agressivas. Não se trata só de espontaneidade e autenticidade da analista (LITTLE, 1956-1957/1991, *op. cit.*), e sim de uma *agressividade contida, mas não renegada*. Entendemos que foi tal encontro e reconhecimento mútuo das capacidades agressivas o que criou o campo em que esta análise pôde transcorrer.

– O segundo *enactment* agudo, também precedido de penoso período de *enactments* crônicos (desmascaramento do pai, decisão de se prostituir e exclusão da analista), dá-se quando a então paciente X relata a cena do estupro – colorida com ferimentos e sangramento –, ao que a analista *responde* com seu mal-estar e com intervenções que foram expressões diretas de preocupação e compaixão. O campo de batalha requer em suas imediações uma boa enfermaria, principalmente neste tipo de guerra de trincheiras e posições, palco de grandes carnificinas.

São, portanto, dois encontros e reconhecimentos recíprocos (capacidades agressivas no primeiro, dor e capacidade de reparação no segundo). Isto é, são experiências emocionais compartilhadas e, por isso, com elevado valor de ver-

dade, que instauram os espaços deste tratamento, sob tantos aspectos, tão carregado de desesperança e desalento. Que no campo de batalha ou nas suas imediações ainda persista alguma esperança de cura, eis o milagre que ainda se espera da psicanálise dos casos difíceis.

**Bianca Bergamo Savietto**

biancasavietto@yahoo.com

São Paulo-SP-Brasil

**Luís Claudio Figueiredo**

lclaudio@netpoint.com.br

São Paulo-SP-Brasil

**Nelson Coelho Junior**

ncoelho@usp.br

São Paulo-SP-Brasil

### **Tramitação**

Recebido em 27/04/2014

Aprovado em 07/07/2014

### **Referências**

ARÁN, M.; MURTA, D. (2009). O atendimento psicológico e a vulnerabilidade de gênero: sobre a psicoterapia no processo transexualizador no SUS. In: BIRMAN, J. (Org.) *Psicanálise e práticas de saúde*. No prelo.

BARANGER, M.; BARANGER, W. (1961-2). A situação analítica como um campo dinâmico. *Livro Anual de Psicanálise*, n. 24, p. 187-214, 2010.

BION, W. R. (1956). Development of schizophrenic thought. In: \_\_\_\_\_. *Second thoughts*. London: Karnac, 2007. p. 36-42.

\_\_\_\_\_. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. In: \_\_\_\_\_. *Second thoughts*. London: Karnac, 2007. p. 43-64.

\_\_\_\_\_. (1959). Attacks on linking. In: \_\_\_\_\_. *Second thoughts*. London: Karnac, 2007. p. 93-109.

\_\_\_\_\_. (1970). *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

CASSORLA, R. What happens before and after acute enactments? An exercise in clinical validation and the broadening of hypotheses. *The International Journal of Psychoanalysis*, v. 93, n. 1, p. 53-80, feb. 2012.



CHILAND, C. *O transexualismo*. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

COELHO JUNIOR, N. Intersubjetividade e corporeidade: dimensões da clínica psicanalítica. In: COELHO JUNIOR, N.; SALEM, P.; KLAUTAU, P. (Ed.) *Dimensões da intersubjetividade*. São Paulo: Escuta / Fapesp, 2012. p. 71-87.

FÉDIDA, P. *L'Absence*. Paris: Gallimard, 1978.

FIGUEIREDO, L. C. A clínica psicanalítica e seus vértices: continência, confronto, ausência. *Reverie: revista de psicanálise*, v. 5, n. 1, p. 33-51, 2012.

\_\_\_\_\_. *Aula sobre as escutas psicanalíticas*. Rio de Janeiro: SBP-RJ, ago. 2013.

HEIMANN, P. (1949/1950). On counter-transference. In: TONNESMANN, M. (ed.) *About children and children-no-longer: collected papers 1942-80*. London: Routledge, 1989. p. 73-79.

LITTLE, M. (1956/1957) R – La réponse totale de l'analyste aux besoins de son patient. In: \_\_\_\_\_. *Des états-limites: l'alliance thérapeutique*. Paris: Des Femmes, 1991. p. 105-153.

OGDEN, T. On projective identification. *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 60, p. 357-373, 1979.

RACKER, H. (1953). The meanings and uses of countertransference. In: WOLSTEIN, B. (Ed.) *Essential papers on countertransference*. New York: New York University Press, 1988. p. 158-201.

ROUSSILLON, R. (2006). Pluralité de l'appropriation subjective. In: RICHARD, François; WAINRIB, S. (Org.). *La subjectivation*. Paris: Dunod, p. 59-80.

\_\_\_\_\_. (2008). La pulsion et l'intersubjectivité: vers l'entre-je(u). In: \_\_\_\_\_. *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris: PUF, 2008. p. 1-22.

\_\_\_\_\_. Comentários de René Roussillon. In: FIGUEIREDO, L. C.; SAVIETTO, B. B.; SOUZA, O. *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2013. p. 63-72.

TUSTIN, Frances. *Autistic barriers in neurotic patients*. New Haven and London: Yale University Press, 1986.

WINNICOTT, D. W. (1947). O ódio na contratransferência. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 277-287.

