

A escuta da subjetividade no encontro analítico em uma instituição psiquiátrica

Andreia Rocha de Vasconcellos,¹ São Paulo

Resumo: Este trabalho discute a questão do “analista possível” com base no relato clínico de um atendimento realizado no serviço de psicoterapia dentro de um hospital psiquiátrico. Algumas das dinâmicas da dupla paciente e analista e as dificuldades com as quais deparamos quando o corpo sente os efeitos das violações sofridas que produziram um ego enfraquecido serão contempladas no contexto das relações transferenciais, contratransferenciais e da confiança que precisa ser instalada para o encaminhamento do trabalho psicanalítico.

Palavras-chave: hospital psiquiátrico, psicoterapia psicanalítica, transferência, contratransferência, confiança

Considerações preliminares

A fragilidade de um Eu pouco consistente, danificado por invasões e privações de um ambiente cuidador extremamente insuficiente e, por isso, submetido às ameaças de um mundo interno em ruínas, nos é apresentada como o cenário primordial com o qual vamos trabalhar em nosso exercício clínico nessa instituição psiquiátrica. São pacientes que chegam até nós, muitas vezes, com rupturas psíquicas irremediáveis e que rigorosamente nos desafiam na compreensão daquilo que nos tentam comunicar. Mas nos ensinam muito, pois exigem do analista uma posição criativa em seu exercício de agente cuidador, não havendo espaço para a utilização de alguma técnica padronizada. Muitos desses pacientes buscam um senso de continuidade de *ser* e, para isso, precisam de ajuda para a construção de representação psíquica das idiosincrasias de suas identidades.

1 Membro filiado ao Instituto de Psicanálise Durval Marcondes da Sociedade Brasileira de Psicanálise (SBPSP), membro do Departamento de Psicossomática Psicanalítica do Instituto Sedes Sapientiae, membro e supervisora do Núcleo de Psicanálise do Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

A psicanalista inglesa Anne Alvarez nos apresenta de forma bastante precisa o nosso lugar de destaque em relação à *escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico*:

Os terrores do paciente podem ser opressivos demais para serem simplesmente nomeados – que dirá explicados –; sua destrutividade ou autodestrutividade pode ter se desenvolvido após, talvez, anos de prática, atingindo um nível de sofisticação elevadíssimo. O psicoterapeuta precisa ser capaz de sentir-se suficientemente transtornado para sentir pelo paciente e, ao mesmo tempo, suficientemente sadio para pensar com ele, até que o ego do próprio paciente – seu self pensante – cresça o suficiente para fazê-lo por si mesmo. (Alvarez, 2020, p. 12)

Os fenômenos somáticos são bastante observáveis nesses pacientes psiquiátricos. Neles, o processo de simbolização está altamente comprometido. Muitos chegam para ser atendidos no serviço de psicoterapia sem se darem conta de que sua doença somática está relacionada à constituição precária do eu. Esses pacientes, encaminhados pelo médico que cuida da doença do ponto de vista orgânico, esperam que o analista ocupe a mesma posição de quem cuida de seus sintomas. Não raras vezes, eles passam sessões descrevendo minuciosamente, numa linguagem médica, suas dores corporais.

As defesas somáticas, diferentemente das conversões – nas quais o corpo é o palco das representações de um conflito –, são o resultado da impossibilidade de ligação entre psique e soma, ou seja, da falta de capacidade de simbolização das excitações internas libidinais e agressivas.

Não basta mirar as defesas enrijecidas contra as manifestações de angústias, não se trata de habilitar o paciente para a superação de resistências conflituosas, se não houver trabalho árduo e contínuo na construção da confiança no trabalho analítico da dupla. A confiança, intimamente atrelada à esperança, que o par analista e analisando vai estabelecendo entre si, é essencial para que o trabalho em parceria possa (re)constituir a formação de um eu mais consistente, que possibilite o vir a ser – a subjetividade – desse sujeito adoecido.

Apresentarei a seguir elementos clínicos de um atendimento realizado em uma instituição psiquiátrica.

Preliminares clínicas

Muito desenvolvimento ocorreu dentro do plano metodológico da psicanálise para chegarmos a pensar os adoecimentos psíquicos e seu tratamento. Os desafios continuam imensos, e num serviço de psicoterapia, dentro de um instituto público de psiquiatria, o analista impávido, mas não onipotente, é, de imediato, chamado ao pronto atendimento para fazer a sutura necessária de primeiros socorros. Foi esse procedimento a que me senti impelida ao encontrar a paciente pela primeira vez nos corredores da instituição.

O início

Após um atendimento no serviço de psicoterapia, vi uma moça na recepção que parecia uma menina, tão miúda era, com sua *aparência frágil*, e se movimentando intensamente pedia à secretária que fosse atendida com urgência, ouvi-a então dizer “Estou me humilhando, mas eu preciso de ajuda”.

Penélope tentava ainda pedir ajuda, já que a esperança de ser ouvida por suas escassas palavras ia se esvaindo. Percebi que antes de ser ouvida pelo discurso, ela precisava, naquele momento, ser escutada pelo que transmitia por suas expressões faciais e corporais. Tal qual uma mãe diante do seu bebê aflito, eu precisava devolver a ela algo dela mesma que a fizesse sentir-se acolhida e, portanto, existindo. Restava-lhe o corpo para tentar se comunicar com alguém que pudesse, escutando, tratar o seu sofrimento.

Comecei o atendimento ali mesmo, em pé, na sala de espera. Vi que ali era preciso contar com meu enquadre interno, minhas reservas, para poder escutá-la. Penélope foi resistente num primeiro momento, depois aceitou a oferta da mesma secretária, que nos ofereceu uma sala que havia ficado disponível para que eu pudesse atendê-la mais confortável e adequadamente. Entramos na sala e, sem titubear, sentou-se no divã – o atendimento era feito face a face, mas com Penélope sentada no divã. Carregava uma bolsa imensa e segurava em suas mãos uma pequena e misteriosa pasta cor-de-rosa, que viria a nos acompanhar em muitos de nossos encontros. Após certo período, percebi que durante muito tempo essa pasta cor-de-rosa fora o seu espelho, pois pude compreender que a enigmática pasta cor-de-rosa carregava exames, laudos médicos, receitas médicas etc. Naquele momento, Penélope se reconhecia apenas por essa pequena pasta cor-de-rosa. Um sujeito que *adoecia* para se manter *existindo*.

Mas Penélope, naquele primeiro encontro, *não olhava para mim*. Repetia constantemente: “Eu devia ter falado alguma coisa, eu não fiz nada, *eu sou uma idiota!*” De onde vinha esse olhar de total desaprovação? Era um olhar sobre si mesma de muita reprovação. Penélope chorava muito, *escondia o rosto* e mal conseguia falar; fui me aproximando dela e falando bem baixinho: “Olha, eu estou aqui e estou te vendo”. E ela repetia: “Vendo uma idiota!” Tentava me dizer que sofrera alguma violência. Penélope transbordava, e era difícil contê-la naquele momento. Queixava-se de que perdera amigos e empregos por ter se tornado uma pessoa muito explosiva. Cobrava muito de si mesma e não poupava críticas aos outros. Agora, não tinha mais vontade para nada, dizia não suportar mais a vida que vivia, principalmente após uma vizinha que trabalhava em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ter-lhe dito que ela era “uma borderline”.

Mais tarde, vim a saber de uma experiência traumática – um abuso sexual, no início da adolescência, por uma pessoa conhecida da família e sobre o qual nunca havia contado a ninguém –, entre outras vivências que excederam sua capacidade psíquica de elaboração. Aos poucos, fui percebendo as reações da economia psicossomática diante das vivências traumáticas. Mas, naquele momento, como era de se esperar, eu não fazia ideia do que se passava com Penélope, só que ainda existia um corpo lutando para estar vivo. Era difícil entender o que ela estava tentando me comunicar, era preciso *competência materna* para esperar o estabelecimento de um ritmo com base no qual eu pudesse compreendê-la. Ao menos, pensei, era alguém ainda capaz de despertar essa função em uma analista.

Durante aquele primeiro encontro e de muitos dos que ainda iriam acontecer, era bastante difícil suportar o *não saber* sobre o que ela tentava me comunicar, nem mesmo meus próprios sentimentos em relação à paciente eram fáceis de ser significados. Eu só intuía que, se havia choro, poderia existir uma não conformação com sua dor; havia soluções de esperanças em meio ao desespero de que não pudesse estar no mundo de outra maneira. No começo do nosso trabalho era comum a frase: “Eu não sei, não importa, deixa pra lá...”

Corpos

As primeiras sessões pareciam seguir o mesmo trilho: Penélope falava, e eu ficava o tempo inteiro lutando para poder estar ali com ela. Eu sentia muito sono. Era desesperador perceber que meus olhos iam se fechando, e

receava fortemente que meus olhos pesassem a tal ponto, que eu pudesse cair num sono profundo. Quando me sentia “mais acordada”, não conseguia pensar sobre o que Penélope estava me falando e, pior, eu não conseguia me lembrar do que acabara de ouvir, a sensação era de uma mente opaca. O que pensar, a partir do que se passava comigo, sobre o que se passava com Penélope? Ela não me deixava pensar, ao mesmo tempo que eu intuía que era isso que ela precisava de mim: um aparelho psíquico vivo que pudesse sonhar, pensar e ajudá-la nas transformações desses materiais *mal-acabados* que ela me oferecia. Era preciso ser um espelho translúcido e não desalumiado, como eu ia me sentindo. Era só aquilo que ela podia me oferecer? Como ajudá-la? Sentia, cada vez mais, o que Marília Aisenstein, em “Face a face, corpo a corpo”, dizia a respeito do corpo a corpo na sessão: “o corpo – erótico, doente, renegado ou excluído – é o cerne da cura. Em toda análise existe um corpo a corpo” (Aisenstein, 2003, p. 154).

Fui oferecendo a ela, durante o nosso trabalho, representações psíquicas que ela ainda não era capaz de construir ou acessar. Numa sessão, quando Penélope foi se escutando ao contar dos gritos do pai chamando-a de burra, eu disse a Penélope: “Parece que você está assustada”. E ela respondeu: “Acho que você tem razão. Então isso que sinto é estar assustada?”

Essa “menina” aterrorizada, muito pequenininha, com, agora, 30 anos, que aos poucos fui notando como era bonita, com seus fios de cabelos cacheados e muito compridos – que chegavam sempre presos, mas que, após as primeiras sessões, soltava, como que se preparando para entrar em cena, aos poucos foi podendo me dizer algo sobre alguma história, sempre acompanhada de muito choro. No começo era um choro em que o nariz ficava escorrendo, e ela não fazia nada para interrompê-lo. Comecei oferecendo o papel-toalha que estava na sala, e que ela consumia rapidamente. Os choros apareciam em todas as sessões, num tom extremamente dramático, mas que aos poucos foram se tornando mais acanhados; porém, pareciam ainda mais sofridos. Mas, para mim, havia uma sensação de descompasso, um sentimento de encenação, porque Penélope alternava constantemente choro com risos. Parecia que ela só conseguia se comunicar, e tentar convencer sobre sua história, dando um tom muito dramático. Um dia, resolvi levar para a sessão uma caixa de lenços de papel que deixei junto do divã. Penélope, ao ver a caixa de lenços, com uma voz infantilizada, me disse: “Obrigada, mas não quero gastar a sua caixa de lenços, deixa para eu usar quando estiver chorando menos”.

Mais para a frente, Penélope me dirá que não gosta de gastar as oportunidades, que é preciso economizar ao pedir algo. De que escassez se tratava? Pensei no que Anne Alvarez (2021) diz a respeito de uma falta da expectativa de um mundo “disponível, duradouro e abundante” adquirida a partir da vivência de um bebê com um objeto primário “responsivo, reativo e interessado”.

Aos poucos, fui percebendo que ali havia uma desorganização psicossomática; a via de descarga para o seu sofrimento e suas faltas era o seu corpo. Penélope me contou sobre o suposto diagnóstico de uma doença autoimune, entre outros adoecimentos graves que lhe apareceram já na infância.

A paciente foi tentando me contar sobre seu histórico de doenças. São sessões em que me conta de suas enfermidades, internações e, principalmente, inunda a narrativa com termos e procedimentos médicos. Nessas ocasiões, eu me sentia *desaparecendo*. Pensando na importância de se lidar com a contratransferência, lembrei-me do que disse Catherine Parat, em seu texto “El trabajo habitual del psicossomatólogo” (1998), sobre a fragilidade narcísica de vários pacientes somatizadores; um elemento que precisa ser levado bastante em consideração por fazer parte da (des)organização de certos pacientes com adoecimentos psíquicos graves. Essa ideia viria mais tarde a se confirmar sobre Penélope: *não ser vista*, e não ter seus desejos e existência reconhecidos por seus primeiros objetos cuidadores, também fazia parte de seus traumas cumulativos.

Houve uma sessão em que se lembrou com muita saudade e carinho da avó materna, que veio a falecer quando ela tinha por volta dos 8 anos de idade. Ela contou que, desde pequena, gostava de pegar restos de tecidos que ficavam na máquina de costura dessa avó, com a qual chegou a passar um tempo; com suas próprias mãozinhas tentava fazer roupinhas que imaginava para si mesma. Quando não era com os retalhos, era nos desenhos que Penélope construía suas roupas, que a faziam imaginar-se protegida por eles. Usava as roupas dos irmãos e dizia não conseguir ser a menininha que sua mãe, em sua fantasia, esperara. Mais tarde, quando tinha por volta de 15 anos expressou para a mãe que gostaria de ser estilista. Sua mãe, com muito menosprezo, zombou de sua pretensão dizendo: “você não tem a mínima chance”. Penélope chorou muito, a ponto de muitas vezes *perder o ar* ao lembrar-se de várias cenas em que não era apoiada pelos pais em seus sonhos. Desde pequena era muito criticada por tudo que fazia e, diante de qualquer coisa que despertasse seu interesse, ouvia que era uma “idiota curiosa demais”.

Sobre a mãe, contou que sempre fora uma pessoa “muito fechada”. Logo após saber-se grávida de Penélope, a mãe descobriu que seus pais não eram seus pais biológicos. Essa mãe ficou então deprimida, e não conseguiu investir na gestação da filha. Após o nascimento de Penélope, a mãe não se recuperou da decepção vivida, ficando a filha sob a responsabilidade do pai e, eventualmente, exposta aos cuidados de uma tia e da avó materna.

Descravia o pai como muito machista, sem paciência, e “dono da verdade”. Este só investiu nos quatro filhos mais velhos, que seguem até hoje o sistema de funcionamento moralista do pai. Penélope era a hóspede não bem-vinda àquela família.

Ela foi se lembrando de muitas situações em que se sentia constantemente desencorajada em suas iniciativas, eram momentos dolorosos na sessão, quando fazia contato com a falta de reconhecimento que sempre experimentou. Disse que tanto a mãe quanto o pai sempre foram difíceis de se alegrar com alguma coisa que ela fizesse. Aliás, não tinha nenhuma memória nesse sentido. Penélope me disse que, mesmo sendo a filha mais nova, nunca recebeu atenção. “Nunca abracei espontaneamente meus pais e meus irmãos, e eles nunca me abraçaram dessa forma.” A privação de ser reconhecida pelo que ela poderia oferecer ao mundo para reparar seus estragos imaginários fazia danos maiores em seu psiquismo. Lembrou-se de uma tia materna que, para ela, foi, durante algum tempo, a idealização de um pai e de uma mãe. Com ela Penélope conviveu logo após o seu nascimento e alguns anos depois por causa das dificuldades financeiras de sua família. Entretanto, a tia, até então sem filhos, adotou uma “linda menininha” quando Penélope tinha 10 anos. Penélope se sentiu desalojada e jogada para escanteio. Quando retornou à casa dos pais, seu pai e irmãos diziam que ela era um “monte de lixo”, por todos os seus adoecimentos: respiratórios, alérgicos e cardíacos, que despertavam alguma atenção de cuidado somente em suas crises mais agudas.

Após certo tempo, foi possível começar a fazer as costuras entre suas lembranças. Penélope começou a trazer mais elementos passados e atuais da relação dela com sua família. Com muito tato, fomos alcançando as matérias vivas de suas vivências traumáticas.

Gradualmente foi se estabelecendo o seguinte ritual nas sessões:

Penélope, ao entrar na sala, lentamente, sentava-se no divã, tirava os sapatos, cruzava as pernas, fechava os olhos, abria um sorriso, cerrava os punhos e dizia uma frase de abertura, como se jogasse uma intenção no ar e,

ao mesmo tempo, saísse fugida dela, para não ter que aprofundar o assunto. Por exemplo, numa sessão chegou dizendo: “Não seja morta, se não eu te devoro”. Era preciso paciência para um dia poder ser o objeto destruído (Winnicott, 2018). Mas, enquanto isso, haveria ainda um longo percurso na construção de um self mais consistente, com base nesses sinais – de vida ou morte – psíquicos e corporais. Ao mesmo tempo, Penélope sentia os efeitos dos impulsos violentos que sua família direcionou a ela (Ferenczi, 2011).

Nesses momentos, Penélope me fazia querer o tempo todo olhar para o relógio. O tempo real invadia o tempo intemporal da sessão, mas esse tempo do relógio, como unidade de medida compartilhada, não valia nada naquele momento. Era *vivamente* o meu desejo de escapar. “Não seja morta, se não eu te devoro”, como a paciente sedutoramente abriu a sessão. Talvez, naquele momento, eu tivesse querido fugir, mas ela não; para alguma direção ela estava indo, havia um destinatário imaginado para a sua ordem, e era isso o que importava, era um sinal de que não havia desistência de ela se manter viva. No fundo, era uma tentativa de pedido de ajuda antes de ser uma ameaça? Para algum lugar ela estava indo, e era eu que precisava me manter bem viva para acompanhá-la. Acompanhar a quem? A paciente não se referia a si própria como “eu”; falava de si como sendo “a pessoa”: “A pessoa fez isso, a pessoa fez aquilo...” E eu dizia: “Quem fez, Penélope?” E ela, rindo, dizia: “Eu”. Era preciso conter e sustentar a continuação de ser que parecia ter sido interrompida em Penélope.

Em uma sessão, Penélope quis tentar deitar-se no divã, mas, rapidamente, se virou e, de barriga para baixo, começou a falar; às vezes se levantava para se sentar, mas, em seguida, deitava-se de barriga para cima e, novamente, virava-se de barriga para baixo e, por fim, sentou-se novamente. Penélope se movimentava incessantemente no divã, como se estivesse num palco. Nessa sessão ela dizia para si mesma: “Deita, Penélope!”

Penélope repetiu muitas vezes o quanto esteve sozinha na hora de procurar por ajuda e disse: “Eu não sou mãe, mas acho que não adiantaria nada preocupá-los”. Ao mesmo tempo, parecia se ressentir muito pelo fato de os pais não estarem disponíveis para ajudá-la. Primeiramente, apareceu a falta de interesse deles por ela; mas em outra sessão disse que achava os pais ignorantes, que eles não saberiam como ajudá-la, que não seriam capazes de tomar decisões referentes ao que pudesse ser melhor no que diz respeito aos tratamentos de suas doenças. Começou a perceber o tanto de decisões que tomou sozinha, sem o compartilhamento da família. Penélope foi, aos

poucos, sendo capaz de me comunicar suas vivências com objetos de cuidados precariamente disponíveis e muito frágeis, insuficientes para ajudá-la em seus sofrimentos que se manifestavam em dores corporais. Vivia numa busca desesperada por tratamentos médicos, que, para ela, se apresentavam sempre de forma insuficiente para compreendê-la. Isso fazia com que, muitas vezes, Penélope se pusesse em uma posição de onipotência, de que sabia mais que os médicos. Eu presumia ser uma tentativa de controle e autocuidado que precisaram ser desenvolvidos precocemente e precisaram permanecer, pela impossibilidade de simbolizar suas vivências traumáticas de abandono.

Pouco a pouco, fomos (re)construindo a sua história. Em outra sessão, me disse, com surpresa, que nunca sonhava e que agora estava sonhando. Mas ainda dizia: “Sabe aquele *nosso* sonho?” Parafraseando Joyce McDougall, era ainda *um corpo para dois*? Na sessão anterior ao sonho eu havia aparecido com meus cabelos curtos. Nesse sonho, ela se vê de cabelos cortados.

Num determinado momento do nosso processo analítico, Penélope passou a ter sonhos repetitivos nos quais sempre apareciam espelhos físicos. Neles, ou se via refletida ou via rostos que olhavam em sua direção. Pensei na forma com que Winnicott reconheceu a importância do artigo de Lacan sobre o estádio do espelho, e foi além deste ao destacar seu olhar voltado para a ação especular do rosto vivo da mãe com seu bebê. Essa ação seria muito importante para que a criança se percebesse existindo para além da imagem do seu corpo refletido no espelho físico, pois, para Winnicott, se ver refletido no espelho não garantiria o processo de construção do self (Winnicott, 2019).

Aos poucos fui entendendo que na sua história os aspectos de não poder ser vista por seus objetos primários a tornavam sem valor; aspectos transgeracionais foram aparecendo – principalmente da parte de sua mãe, que não podia ser reconhecida integralmente por seus pais. O espelhamento traumático sofria uma transmissão transgeracional.

Em dado ponto do percurso fui tocada fortemente pela impressão de que a paciente estava, pela primeira vez, conseguindo chorar, era a estreia de um choro, como muitas outras estreias que observamos num paciente que pode ir se apresentando “pela primeira vez”. Nos meus encontros com a paciente a regularidade enformada pelo setting do método psicanalítico permitiu o estabelecimento do ritmo e, por consequência, a confiabilidade de sustentação que deveria ocorrer nesses encontros. Era uma experiência em que, cada vez mais, a importância do continente-contido se fazia presente.

Não era o momento de qualquer intervenção explicativa; antes de tudo era preciso sobreviver à inundação para que a exploração no terreno desconhecido pudesse continuar. Era preciso ter coragem para adentrar o inexplorável. Ou seja, era imprescindível estar no mesmo lugar da experiência vivida pela paciente para fornecer alguma forma àqueles afetos que provocariam, “... por meio da função de contenção analítica, a ampliação de fronteiras do self para poder incluir suas partes perdidas, porque cindidas e projetadas” (Alvarez, 2020, p. 35).

Durante algum tempo, a paciente não esboçava nenhuma reação de compreensão a qualquer tentativa de interpretação que eu viesse a propor sobre o seu sofrimento. Apesar do meu interesse em nosso trabalho, ela parecia não demonstrar qualquer interesse por mim, a não ser nas minhas férias, em que ela dizia que as piores coisas aconteciam. Era comum a intensificação de seus adoecimentos físicos um pouco antes das minhas ausências.

Penélope, após um longo trabalho analítico, que manteve de forma assídua, parecia se apropriar de seus sonhos não só do ponto de vista do sonhar restaurado (Ab’Saber, 2008), ou seja, como trabalho psíquico importante para a saúde, mas também do sonho da metáfora. A realização dos seus desejos começava a ser possível no mundo menos fantástico e mais real. As funções egoicas foram se estabelecendo e se fortalecendo, permitindo um sentimento de continuidade de self através do sonhar, fantasiar e brincar.

Um dia Penélope me disse: “Você me juntou”. Pelo meu lado, eu não mais sentia a minha mente como um espelho partido. A paciente contou-me que, ao sair da última sessão, teve uma sensação diferente, estava mais “embaixo, mais ligada com o meu corpo”, não era mais apenas como alguma coisa que sentisse só na cabeça.

Como disse anteriormente, muitas vezes eu me sentia nocauteada, e o fenômeno contratransferencial foi constantemente posto em evidência para o trabalho de elaboração do campo analítico: a elaboração psíquica era feita pela dupla, pois se tratava muitas vezes da sobrevivência psíquica das duas. Da minha parte, eu me sentia muitas vezes invadida pela sua destrutividade, muito difícil de ser transformada, mas que aos poucos pôde ser integrada e elaborada com a escuta das experiências emocionais. Em um final de ano, ela me presenteou com uma camiseta bordada por ela de forma muito original com a seguinte frase: “Cuide-se bem”.

A dimensão estética já ocupava bastante espaço analítico na relação com Penélope. Era a contratransferência em “carne viva”, era carne, pois era

corpo, e estava viva... (eu e ela). A vibrante circulação afetiva era constituída de alguma maneira.

Havia sempre aquele espectador importante na sessão: a pastinha cor-de-rosa, cheia de exames. Ficou ali, ao seu lado, nos acompanhando por um bom tempo. A pastinha não nos acompanhou mais; no seu lugar, apareceu outra pasta, bem maior, que Penélope abria em quase todas as sessões: havia ali seus desenhos e ideias que desenvolvia após ter conseguido ingressar no curso de moda que tanto desejava – tendo começado a produzir seus trabalhos em um coletivo.

Penélope tentava dar significado aos seus trabalhos a partir de um sentido de *ressonâncias*. Outras angústias surgiram, mas continuamos criando a sua arte, para então tecermos a sua história.

Discussão

A partir de agora, tratarei de alguns aspectos teóricos dessa clínica.

Transferências

A instauração da confiança é imprescindível ao trabalho analítico. Não bastam as boas intenções do analista, a confiança precisa de tempo e ritmo para acontecer. Intuímos que numa instituição psiquiátrica isso possa sofrer um pouco mais de variações, até mesmo porque frequentemente trabalhamos de forma interdisciplinar.

Na maioria dos casos – para não dizer em praticamente todos –, a transferência inicial do paciente é feita com a instituição, e não com cada profissional que estará ali para escutá-lo, o que pode ser favorável ou desfavorável à implementação da transferência com o analista. Não é incomum uma transferência preestabelecida, idealizada com a “marca” do complexo hospitalar do qual faz parte a instituição psiquiátrica em que foi feito esse trabalho.

É preciso que o analista vá se aproximando do paciente, ora mais implicado, ora mais em reserva (Figueiredo, 2008), movimentos que andam sempre juntos, visando, sobretudo, a instauração da confiança.

Um ponto que podemos destacar sobre os primeiros impasses que talvez ocorram com relação à transferência nos atendimentos em uma instituição psiquiátrica é que alguns pacientes chegam não por iniciativa própria. Tais pacientes podem nos procurar para atender ao pedido de outrem, por

exemplo, a solicitação de um médico da mesma instituição. Eles ainda não sabem nada a respeito de sofrimento psíquico e, obviamente, não apreenderam o sentido de um processo analítico.

É importante destacarmos não só as desproporções existentes entre o sofrimento intenso do paciente e suas possibilidades efetivas de mudanças, como também as eventuais ocorrências de discordâncias entre linhas de pensamento relacionadas às teorias e práticas no cuidado do paciente no interior de uma instituição psiquiátrica. Refiro-me, por exemplo, às resistências ainda existentes ao trabalho da psicanálise.

Assim, a(s) transferência(s), um dos processos fundamentais para o trabalho analítico, não poderia(m) deixar de ter grande destaque nesses lugares de atendimentos, com todas as suas formas, interpretações e determinações.

As ideias originais sobre a transferência se expandiram para os mais variados casos de adoecimentos, como, por exemplo, as transferências psicóticas, narcísicas e psicossomáticas. Nesses casos, que ultrapassam o que foi denominado por Freud neurose de transferência (Freud, 2010), o analista é muitas vezes afetado pelo que está fora do plano da representação, aquilo que ainda não pode ser interpretado e simbolizado. Essas modalidades de transferência são as mais frequentes no trabalho com pacientes psiquiátricos.

Freud por muito tempo defendeu a rememoração do conteúdo recalcado como a direção para a cura, destacando a interligação desse material com as resistências transferenciais e a ambivalência dos sentimentos em relação ao que é transferido para a figura do analista. No entanto, nas modalidades não neuróticas de transferência o trabalho precisará tomar outras direções. Isso nos leva a um outro aspecto do trabalho.

Construções

Em 1937, Freud em “Construções na análise” (Freud, 1937/2018) pôde destacar a importância da participação do analista no preenchimento das lacunas da memória do que foi vivido pelo paciente. Essa seria a matéria viva do que foi arruinado e não apenas enterrado, e a (re)construção seria a forma de proporcionar a recomposição psíquica de um psiquismo esfacelado.

Ainda nesse texto, Freud nos chama a atenção para algo muito importante a ser cultivado na mente do analista: o estado de *não saber*. É preciso abrir espaço de sustentação em nossas mentes para o enigmático, o inacessível, para aquilo que é secreto e até mesmo não existente como representação, pois é nessa região que reside o mais misterioso do psiquismo.

Freud finaliza o seu texto marcando a importância da *verdade* no processo da construção do trabalho analítico. Ele se refere a essa verdade não como o acerto pelo analista de interpretações a respeito de partes de conteúdos inconscientes recalçados, mas como a verdade em termos de equivalência da construção com as experiências emocionais não representadas e que, portanto, não podem ser lembradas. É importante que o par analista e analisando confie na verdade dessas elaborações. É daí que surge “uma firme convicção da verdade da construção, que tem o mesmo resultado terapêutico que uma lembrança reconquistada” (Freud, 1937/2018, p. 340).

Ressonâncias

No artigo “Clinical varieties of transference” (2007), Winnicott resalta os resultados das falhas ambientais excessivas, vividas por pacientes borderline, como um grande choque que imprime marcas psíquicas que interrompem a continuidade do vir a ser do sujeito.

Winnicott, nesse mesmo texto, prossegue pensando a posição do analista como a daquele que acompanha o inconsciente do paciente e destaca as diferenças que podem ocorrer nos atendimentos de pacientes cujas estruturas egoicas são mais desestabilizadas do que aquelas que encontramos em uma neurose comum. Na forma de trabalho que ele descreve, a estrutura e a consistência do setting tornam-se mais importantes do que nas análises que se dão no plano interpretativo. Por setting, aqui, entende-se a instalação de um ambiente confiável, para que o sujeito possa desenvolver a capacidade de enfrentar e sustentar os riscos e as alegrias de uma vida genuína.

As necessidades do paciente de viver um estado regressivo à dependência são difíceis de ser sustentadas e superadas tanto pelo paciente como pelo analista. Em alguns casos, o cuidado deve ser intensificado a ponto de o paciente precisar ser internado. Esse procedimento garantiria uma assistência maior ao estado de grande vulnerabilidade e desamparo no qual o paciente se encontra. O atendimento multiprofissional muitas vezes ocorre nas condutas ambulatoriais do serviço de psicoterapia da instituição psiquiátrica.

A importância de se pensar a clínica com base nas relações de objeto é evidente. O foco para a relação interpessoal entre analista e analisando torna-se muito mais presente com suas formas e modalidades de transferências, e suas relações com os aspectos inconscientes do analista, ou seja, suas implicações e desdobramentos na mente do analista. Estamos falando sobre as possibilidades de uma transformação psíquica, tanto no que diz respeito

ao psiquismo do paciente quanto no que tange às dinâmicas de inconscientes que interferem no trabalho; tudo isso a partir do que acontece de verdadeiro no aqui e agora de cada sessão, ou seja, na *situação analítica*.

A postura ética exigida do psicanalista não diz respeito às suas interpretações argutas; é preciso esperar com paciência a formação de um espaço consistente e seguro para que a dupla possa *construir* – fantasiar, sonhar e brincar – o espaço analítico.

A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico exige do analista, em muitos casos, uma escuta não só do que foi recalcado – propiciador de maior aderência transferencial –, mas das experiências emocionais e mecanismos de defesa mais primitivos, característicos das neuroses graves, psicoses e condições borderline. O analista, nesses casos, precisa oferecer o seu próprio aparelho psíquico para a transformação dessas vivências em material psíquico simbolizado.

Conhecer os caminhos teóricos da psicanálise não garante a boa direção do tratamento; é preciso aventurar-se a seguir em direção aos horizontes imaginativos da construção e dos desvelamentos dos conteúdos psíquicos e somáticos encenados e, assim, aproximar-se da singularidade viva.

À guisa de finalização: funções primordiais do analista no atendimento de casos difíceis

Ogden em seu texto *On holding and containing, being and dreaming* (2004/2005a) faz uma distinção entre a importância do conceito de sustentar (holding) estabelecido por Winnicott e a noção de continente-contido (container-contained) de Bion, ambos funções primordiais do agente cuidador.

Os dois precisam andar juntos: *sustentar* é fornecer as condições para continuar existindo verdadeiramente, e para isso acontecer é preciso oferecer ao paciente a experiência do continente-contido, ou seja, construir pensamentos e sentimentos com base nas relações intersubjetivas e intrapsíquicas que permitam à dupla analista e analisando processar conjuntamente as experiências emocionais vividas no momento do agora da sessão.

Essa movimentação tende a promover a ampliação da capacidade de sustentação e transformação do campo analítico, lugar importante para a expansão tanto dos elementos do contido como para a ampliação da capacidade de processamento do continente. É nesse lugar de encontro, em um ambiente *vivo* capaz de produzir vínculos afetivos transferenciais e ligações

intrapíquicas, que o paciente poderá vivenciar a experiência de integridade do ser si mesmo.

Esse olhar para uma psicanálise de enfoque mais ontológico é importante para pensarmos a *clínica da construção em marcha*, a clínica inserida no tempo intrapsíquico e intersubjetivo da dupla paciente e analista. Assim, a escuta exige um posicionamento do analista voltado para uma psicanálise ontológica – sobre o ser e o existir –, juntamente com uma psicanálise epistemológica – que diz respeito ao conhecimento e à compreensão de conteúdos inconscientes (Ogden, 2020).

Ética e técnica andam sempre juntas no que diz respeito ao método psicanalítico, seja qual for a “escola” de pensamento que o analista privilegie. É sempre preciso pensá-las como bússolas que nos orientam, que oferecem os enquadres internos necessários à instalação do sentimento de liberdade e confiabilidade para sentir e pensar o que se passa no agora mesmo da sessão com nossos pacientes, sejam eles psiquiátricos ou não.

Podemos dizer que o contato dinâmico entre as vivências emocionais sofridas por mim e por Penélope e o encontro de um espaço continente – lugar do sonhar e do brincar que evoca formas e palavras – permitiram uma melhor integração psíquica à paciente a partir da qual ela pôde desenvolver melhor seu potencial para criação de um mundo interno mais seguro e saudável. Nesse processo fica realçado o caráter mais ontológico que epistemológico desse trabalho psicanalítico.

Escuchando la subjetividad en el encuentro analítico en una institución psiquiátrica

Resumen: Este trabajo discute la cuestión del “analista posible” a partir del informe clínico de un atendimento en el servicio de psicoterapia de un hospital psiquiátrico. Algunas de las dinámicas del dúo paciente y analista y las dificultades que enfrentamos cuando el cuerpo siente los efectos de las violaciones sufridas que produjeron un ego debilitado serán consideradas en el contexto de las relaciones transferenciales y contratransferenciales y de la confianza necesaria para avanzar en el trabajo psicoanalítico.

Palabras clave: hospital psiquiátrico, psicoterapia psicoanalítica, transferencia, contratransferencia, confianza

Listening to subjectivity in the analytical encounter in a psychiatric institution

Abstract: This work discusses the issue of the “possible analyst” based on the clinical report of a treatment provided in the psychotherapy service within a psychiatric hospital. Some of the dynamics of the patient and analyst duo and the difficulties we face when the body feels the effects of the violations suffered that produced a weakened ego will be considered in the context of transference and countertransference relationships and the necessary trust to forward the psychoanalytic work.

Keywords: psychiatric hospital, psychoanalytic psychotherapy, transference, countertransference, trust

Écoute de la subjectivité dans la rencontre analytique en institution psychiatrique

Résumé : Ce travail aborde la question de “l’analyste possible” à partir du rapport clinique d’un service fourni dans le service de psychothérapie d’un hôpital psychiatrique. Certaines dynamiques du duo patient-analyste et les difficultés auxquelles nous sommes confrontés lorsque le corps ressent les effets des violations subies qui ont produit un moi affaibli seront considérées dans le contexte des relations transféro-contre-transférentielles et de la confiance nécessaire pour faire avancer le travail psychanalytique.

Mots-clés : hôpital psychiatrique, psychothérapie psychanalytique, transfert, contre-transfert, confiance

Referências

- Ab’Saber, T. (2008). *O sonhar restaurado: formas de sonhar em Bion, Winnicott e Freud*. Editora 34.
- Aisenstein, M. (2003). Face a face, corpo a corpo. *Trieb*, vol. 2, n. 1, 145-155.
- Alvarez, A. (2020). *Companhia viva*. Blucher.
- Alvarez, A. (2021). *O coração pensante*. Blucher.
- Ferenczi, S. (2011). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In S. Ferenczi, *Obras completas* (Vol. 4). Martins Fontes.
- Figueiredo, L. C. (2008). *Ética e técnica em psicanálise*. Escuta.
- Freud, S. (2010). *Recordar, repetir e elaborar*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (2018). *Construções na análise*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1937)

- Ogden, T. H. (2005a). *On holding and containing, being and dreaming*. (Trabalho original publicado em 2004)
- Ogden, T. H. (2005b). *This art of psychoanalysis. Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*. Routledge.
- Ogden, T. H. (2020). Psicanálise ontológica ou “o que você quer ser quando crescer”. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 54, n. 1, 23-46.
- Parat, C. (1998). El trabajo habitual del psicossomatólogo. In M. T. de Calatroni (Org.), *Pierre Marty y la psicossomática*. Amorrortu.
- Winnicott, D. W. (2007). Clinical varieties of transference. In D. W. Winnicott, *Collected papers through paediatrics to psychoanalysis*. Karnac Books.
- Winnicott, D. W. (2018). The use of an object and relating through identifications. In D. W. Winnicott, *Psychoanalytic Explorations*. Routledge.
- Winnicott, D. W. (2019). *O brincar e a realidade*. Ubu.

Andreia Rocha de Vasconcellos
andreiavasconcellos@gmail.com

Recebido em: 14/8/2024

Aceito em: 4/10/2024