

Procedimentos, colocação em cena da dupla (“Enactment”) e validação clínica em psicoterapia psicanalítica e psicanálise

Roosevelt M. Smeke Cassorla*

INTRODUÇÃO

Às vezes o psicanalista se surpreende efetuando um procedimento que não faz parte de sua prática, tal como uma ação, um reassuramento, uma sugestão, um aconselhamento, etc., desobedecendo à regra da abstinência¹. Caso utilize a técnica de forma ortodoxa, sentir-se-á constrangido, imaginando que agiu de forma errada, questionando-se sobre a integridade de sua função psicanalítica. No entanto, se mantiver ou retomar sua função analítica investigativa, procurará verificar o efeito de seu procedimento, isto é, sua validade, podendo confirmar ou não sua suposta falha.

Propomos que os procedimentos que o psicanalista deve utilizar são *todos aqueles* que permitem que a dupla analítica caminhe em direção ao desconhecido, visando a ampliar o universo mental, desde que se mantenham os fundamentos do método psicanalítico. Conheçamos os procedimentos descritos pela teoria da técnica,²⁻⁶ que, além das interpretações, incluem confrontações, esclarecimentos, pergun-

tas, analogias, questionamentos, etc. Ultimamente, além desses procedimentos, vêm sendo estudadas e valorizadas as sucessões de movimentos relacionais e emocionais que ocorrem entre os membros da dupla⁷⁻¹¹ como fatores importantes para que elementos não apropriados para o pensamento, manifestados através de identificações projetivas patológicas, sejam “metabolizados” pelo analista. Isto é, o analista não se deixa engolfar pelos elementos projetados e pode nomeá-los, simbolizá-los. Essa simbolização permite que eles entrem na rede simbólica que constitui o pensamento, possibilitando desenvolvimento na capacidade de pensar*.

* Considera-se “capacidade de pensar” à potencialidade do indivíduo perceber coerentemente a realidade para defrontá-la em forma adequada, através do desenvolvimento das funções de atenção, memória, raciocínio e juízo¹², com possibilidade de simbolizar¹³ e criar redes complexas de símbolos, que serão necessários para sonhar, devanear, articular idéias, formar conceitos, teorizar, criar sistemas científicos, etc.¹⁴ Para a psicanálise, essas funções ocorrem através de um tipo de funcionamento mental chamado “não psicótico”, que se contrapõe ao “funcionamento psicótico”¹⁵, em que essas funções se mostram deterioradas, podendo criar-se mecanismos delirantes e alucinatórios através dos quais os elementos impossibilitados de serem pensados são evacuados. Considera-se que os dois mecanismos coexistem em todos os seres humanos e interagem dialeticamente, ainda que não se tenha consciência disso. A predominância extrema dos mecanismos psicóticos, e a forma como eles se articulam, leva ao que fenomenologicamente se considera psicose (em suas várias vertentes) pela Psiquiatria.

* Professor Titular Colaborador do Depto. de Psicologia Médica e Psiquiatria-Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP. Membro Efetivo e Analista Didata – Sociedade Brasileira de Psicanálise de S. Paulo.

Dessa forma, pensamos que o analista deve sentir-se livre de rigidificação técnica ou teórica. Sua função será utilizar, descobrir, ou mesmo criar, procedimentos específicos para determinada situação e paciente, que proporcionem crescimento mental, sem deixar de manter-se dentro do método psicanalítico. No entanto, essa liberdade deve ser contraposta pela verificação constante do resultado de seus procedimentos, sua validação.

E não nos surpreenderemos se, às vezes, procedimentos considerados classicamente como insólitos se revelarem produtivos e outros, que pareceriam obedecer à teoria da técnica, mostrarem-se inválidos ou prejudiciais. Isso ocorre, também, porque as variáveis em psicanálise são instáveis, estando em constante turbulência, o que torna impossível seu controle e isolamento completos.

A partir de referencial psicanalítico fundado na teoria das relações objetais expandido em seu vértice intersubjetivo,^{7-11,16} consideramos que os fenômenos mentais se manifestam no espaço virtual resultante do encontro analista-paciente, como produto de sua interação. Os infinitos enredos que ocorrem no mundo interno do paciente, frutos da complexa articulação de fantasias inconscientes, são externalizados na situação analítica, em formas complexas. Esses enredos, por sua vez, recrutam conteúdos do mundo interno do analista, que contracenam com os personagens e estórias reproduzidas no cenário analítico. Chamamos a essas interações “colocações em cena da dupla” (“enactments”)* e costumam ser consideradas resultado de colusões patológicas.^{17,18}

Propomos, no entanto, que as “colocações em cena” fazem parte, normalmente, do processo analítico, já que a transferência (como repetição e externalização de aspectos do mundo interno) está sempre presente na relação. Dessa forma, o analista está objetivamente tentando transformar os conteúdos do mundo interno do paciente “colocados em cena”, usando também os derivados conscientes de sua contratransferência. A situação analítica estimula que os “enactments” ocorram continuamente, e o analista entra neles, como co-participante, pela necessidade de ser analista. Sua função será identificá-los precocemente e assim des-

fazê-los. Chamamos “enactments” normais a esses enredos compartilhados (derivados de identificações projetivas normais, que acompanham a comunicação simbólica verbal) e que o analista vai desfazendo com suas intervenções. E de “enactments” patológicos àqueles derivados de identificações projetivas cruzadas anormais, difíceis de evitar ou desfazer. Os patológicos podem ser classificados em 1. *agudos* – quando aparecem com grande intensidade, mobilizando violentamente a dupla analítica, podendo levar a impasses, mas durando apenas instantes se compreendidos; 2. *crônicos* – quando se prolongam, numa colusão que demora até ser identificada, ou se resultam em impasse, por vezes impossível de ser desfeito.^{18,19}

Dessa forma, “enactments” normais implicam a quase concomitância de sua formação com sua compreensão, sendo desfeitos instantaneamente pelo trabalho analítico. A percepção desse fato se revela no aumento da capacidade de simbolização e de articulação de elementos do pensamento e afeto, ampliando-se a capacidade de pensar, isto é, o acesso ao mundo interno e a novas configurações simbólicas²⁰. Aqui vemos o processo analítico funcionando satisfatoriamente, validando os procedimentos efetuados.

Nos “enactments” patológicos, o analista também é recrutado a exercer funções e papéis, mas não os percebe e não os compreende: dessa forma os enredos colocados em cena pela dupla analítica são repetidos e repetidos, à exaustão, ainda que sob aparências diversas. Podem resultar num impasse analítico (equivalente a impasses que permeiam a vida do paciente, reflexo de seu funcionamento inconsciente). Mas, se o processo analítico for criativo, o analista terminará por perceber seu engolfamento, podendo então liberar-se e recuperar a capacidade de pensar. Por isso, por vezes, o analista necessita de um “segundo olhar”: de seu próprio trabalho mental (sonhos, associações, escrita), de supervisores, da discussão científica inter-pares, para defrontar eventuais pontos “cegos”.

Dessa forma, consideramos que os procedimentos utilizados pelo psicanalista visam, em última instância, a desfazer “colocações em cena” normais e patológicas, ampliando a rede simbólica e a capacidade de pensar. O estímulo à criatividade do analista em buscar os procedimentos mais adequados indica que somente após sua intervenção saberemos o seu efeito, isto é, será “a posteriori” que saberemos sobre sua validade. Os fundamentos epistemológicos

* Tem-se traduzido “enactment” por “puesta en escena” (espanhol), “agissement” (francês) e “Inszenierungen” (alemão). Os termos correspondentes, em português, “encenação” e “dramatização”, já vêm saturados de uma conotação depreciativa (como ocorre também com o termo “atuação”, como tradução de “acting-out”). Por esses motivos, foi proposto o termo “colocação em cena”, que posteriormente foi ampliado para “colocação em cena da dupla”¹⁸.

da validação de um procedimento a partir de seus efeitos envolvem capacidade de observação de fenômenos emocionais, fruto da capacidade analítica do profissional, somada a adequada teorização^{21,22}.

O estudo dos procedimentos nos leva a uma proposta de diferenciação entre a Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, tema controverso e estudado segundo vários critérios e referenciais teóricos.²³⁻³¹ Nossa proposta leva em conta critérios de técnica psicanalítica. Tomaremos por base a “regra da abstinência”¹, que prega a necessidade do terapeuta evitar gratificações substitutivas aos sintomas, isto é, ele deve abster-se de responder a pedidos, solicitações, seduções, procurando entender suas funções dentro do contexto psicanalítico.² O analista não dará palpites, conselhos, sugestões, não aprovará ou reprovará, não concordará ou discordará de idéias do paciente, não tomará partido, não lidará com o grupo social, não utilizará procedimentos de outras áreas que não a psicanálise e não se permitirá contatos extra-sessão como de amizade, profissionais e, obviamente, sexuais.

Pensamos que existem situações em que a quebra da regra da abstinência pode ser tolerada, ou mesmo indicada. Isto ocorre com pacientes graves, prejudicados em suas funções egóicas (atenção, memória, raciocínio, juízo), com precário contato com a realidade. Propomos, portanto, que existe um “continuum” nos procedimentos efetuados pelo analista, cujos extremos são, de um lado, uma idealizada “abstinência total”, e do outro, uma “abstinência relativa”. Quanto mais próximos estivermos da abstinência “total”, estaremos no espaço da Psicanálise no “continuum” proposto. Quando o analista se defronta com situações que lhe exigem um afastamento maior da regra (ou opta por isso, de acordo com seu referencial teórico), estaremos no espaço da Psicoterapia Psicanalítica.

Dessa forma, a diferenciação entre Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica será determinada e determinará seus objetivos e indicações: a Psicanálise terá por objetivo estritamente a ampliação do mundo mental, o auto-conhecimento e será indicada em pacientes em que predomina o “funcionamento não psicótico”; por outro lado, a Psicoterapia Psicanalítica também visa a ampliar a capacidade de pensar, mas antes ou concomitantemente terá de fortalecer funções egóicas e maneiras de lidar com

a realidade. Ela será indicada para pacientes mais graves, com “funcionamento psicótico” predominando sobre o “não psicótico”. Assim, na Psicoterapia Psicanalítica poderão estar justificados procedimentos tais como orientação, cuidados, sugestões, contatos com familiares, uso de tratamentos biológicos, etc., mas devem evitar-se satisfações substitutivas desnecessárias, tais como amizade, persuasão, tomada de partido, etc., e obviamente ações anti-éticas, como seduções variadas e contatos sexuais.

Um exemplo extremo da necessidade de relativização da abstinência seria o do paciente com sofrimento intenso e ameaça à vida, que o psicoterapeuta poderá cuidar, internar ou entregar a alguém que possa cuidá-lo. Abster-se disso, além de ser não ético, constituir-se-ia num erro imenso. A presença de uma equipe de saúde mental, por outro lado, facilita que o psicanalista possa exercer a Psicoterapia Psicanalítica de uma forma mais tranqüila, com menos gratificações substitutivas.

Situações similares a essa, que exigem a interrupção do processo analítico, momentaneamente ou por períodos maiores, são chamados “impasses necessários”^{32,33}. Eles indicam a necessidade de outras formas de tratamento (biológicos, psicossociais), e a equipe de saúde mental, não raro, perceberá também impasses em outras áreas, havendo necessidade de redirecionar o plano terapêutico.

Para que o “impasse necessário” seja produtivo do ponto de vista psicanalítico, será indispensável que o analista seja capaz de identificar, técnica e teoricamente, o que estaria ocorrendo, e isso decorrerá de sua capacidade de investigá-lo analiticamente, a partir da validação dos procedimentos. Por vezes, o “impasse necessário” poderá mascarar um “enactment” patológico, e sua diferenciação não será fácil, exigindo um trabalho minucioso.

Na medida em que os psicanalistas, mantendo seu método, sentem-se mais livres para experimentarem procedimentos, tanto em Psicanálise como em Psicoterapias Psicanalíticas, é importante que se pesquisem em profundidade situações novas, que obviamente demandam validação.

OBJETIVOS

Este trabalho visa a descrever e discutir procedimentos em Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, indicando caminhos para a avaliação clínica de seus efeitos, isto é, sua validação clínica. Em particular, serão abordados procedimentos que “a priori” costumam ser

considerados inadequados, por se afastarem da regra da abstinência.

Demonstraremos também a necessidade de determinar os objetivos do tratamento (em Psicanálise e em Psicoterapia Psicanalítica) para que essa validação possa ser efetuada adequadamente.

MÉTODO

Método clínico-psicanalítico, estudando-se sessões de paciente em psicanálise.

A validação clínica^{21,22,34-37} dos procedimentos será efetuada: 1) Através das respostas, em seqüência, às intervenções-procedimentos, indicando maior contato da paciente com o mundo interno e ampliação de sua capacidade de pensar. 2) Observando-se o conjunto de cada sessão, visando aos mesmos elementos. 3) Em prazos variáveis, observando-se o quanto ocorreu de desenvolvimento da capacidade de transformar elementos psicanalíticos em pensamentos mais sofisticados, com conseqüente maior conhecimento do universo mental.

Costuma-se chamar “microvalidação clínica” ao primeiro dos aspectos assinalados e “macrovalidação clínica” aos dois seguintes.³⁷ Neste trabalho, enfatizaremos a microvalidação, ainda que apresentemos alguns elementos da macrovalidação.

O referencial teórico utilizado remete à atual teoria das relações objetais em sua vertente intersubjetiva⁷⁻¹¹ e ao conceito de “enactment”¹⁷⁻¹⁹, partindo-se do pressuposto de que o desfazer “enactments” normais e patológicos, ampliando a capacidade de pensar, nos indica a adequação de seu efeito.^{14,17-19,38}

RESULTADOS – MATERIAL CLÍNICO

Mulher, 32 anos, vivendo com companheiro e filhos menores, com diagnóstico psiquiátrico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Do ponto de vista psicanalítico, o diagnóstico inicial refletia possibilidade ou não de analisabilidade, resolvendo testar-se a hipótese em trabalho experimental, fato comum no trabalho analítico. Durante o processo analítico, observou-se “funcionamento psicótico”¹⁵ instavelmente controlado por fantasias onipotentes de imobilização de objetos e partes do “self”, cindidas e expelidas em objetos externos, tornados altamente persecutórios. A desintegração psicótica ameaçava constantemente, face à instabilidade das defesas.

A paciente recusava-se a utilizar medicamentos por não ter dúvidas de que eles lhe

fariam mal, podendo matá-la, ainda que mantivesse crítica sobre o absurdo de sua fantasia. Na única tentativa que fizera, seu desespero logo após engolir a cápsula, resultou na necessidade de pronto-socorro. Tentara por duas vezes terapias cognitivas, que logo abandonou, sem resultados.

Iniciou o processo analítico sem esperanças, e, surpreendentemente, realizou um bom vínculo com o profissional, ainda que idealizado. Esperava-se, caso o processo caminhasse, que a idealização (que também tinha uma função imobilizadora) pudesse revelar a persecutoriedade subjacente.

Após dois anos de análise, a paciente convivia melhor com seus sintomas, bem menos intensos, o que lhe possibilitara retomar suas atividades profissionais, mas o analista estava consciente da dificuldade de acessar aspectos em profundidade, sentindo-se por vezes impotente e controlado por identificações projetivas. “Colocavam-se em cena” no espaço analítico enredos repetitivos, em que o controle obsessivo dificultava sua quebra e expansão. Não se via a melhora sintomática como significativa de potência suficiente do processo analítico, mas nos enredos repetitivos já surgiam aspectos indagatórios, novos, em relação a certezas inabaláveis. O analista percebia, portanto, alguns indícios de possível desenvolvimento na capacidade de pensar.

No final do segundo ano de análise, a paciente entra em contato menos superficial com o estrago que suas fantasias e atos fizeram e continuavam fazendo na educação de seu filho de 7 anos de idade, esboçando culpa depressiva. Já sabe e sente que o seu desejo de trocá-lo de escola, porque esta “deixa as crianças muito livres”, está ligado a suas fantasias de que o menino possa perder-se no trajeto, machucar-se nas brincadeiras escolares, cair e morrer, fatos resultantes da projeção de seus terrores destrutivos internos.

O analista percebia que, há algum tempo, sentia-se preocupado com essa criança, sufocada, proibida de sair à rua, a mãe “protegendo-a” de doenças e morte que ali estavam depositadas. Pensava também no companheiro da paciente, que havia desistido de lutar contra as obsessões da esposa e já cederá seu lugar no leito conjugal ao menino, para tranquilizar a mãe que quase alucinava prospectivamente alguma “crise” mortal da criança, durante o sono. O analista sabia que suas preocupações decorriam de identificações projetivas normais e também patológicas da paciente, interligadas a suas próprias ansiedades, e sentia receio de

perder o vértice analítico. Havia, portanto, percepção de um potencial “enactment” patológico.

Numa sessão, a paciente conta de uma briga com o companheiro, em que este a acusou de não “ligar” para o filho, a não ser para sufocá-lo. Que ela passa o dia em atividades excessivas, no trabalho e na rua, e larga o menino com babás; a casa está mal administrada, não há comida, o filho está infantilizado e sequer come ou vai ao banheiro sozinho. O tom de voz da paciente é triste, e sabe que o companheiro tem razão. O analista percebe que ela se está responsabilizando e admitindo suas limitações, de forma genuína, sem culpar o companheiro por não ajudá-la e “entendê-la”, mecanismo que habitualmente utilizava. De repente, sem pensar, o analista diz:

“Você conhece os livrinhos de histórias infantis do Rubem Alves?” A paciente diz que não. O analista continua: “Tenho uma sugestão para você. Quando você sair da sessão, compre todos eles. À noite, tente colocar seu filho em sua própria cama e leia-lhe uma história. Penso que, com isso, você ficará junto dele, e as histórias o ajudarão bastante”. A paciente ouve e, em seguida, diz que se lembrou do que sentiu na sessão passada, de que está entrando em uma nova fase da análise, mais profunda, agora que está melhor e não precisa gastar o tempo todo reclamando de seus sintomas e contando episódios ameaçadores.

Interrompemos provisoriamente o relato da sessão para descrever o que ocorreu na mente consciente do analista. Assim que efetuou o procedimento, ele percebeu ter dado uma sugestão à paciente, motivado por sua preocupação com o menino. Sua colocação fora pedagógica e fruto de estar envolvido com situações externas à análise. Suspeitou que sua função analítica estava prejudicada, ele identificado com a criança, tendo sido recrutado a “colocar em cena” aspectos próprios, prejudiciais, resultando num “enactment” patológico.

Sabia que o esperado de um analista seria aguardar mais material até que se formasse, em sua mente, uma idéia mais clara sobre a função da narrativa, incluindo o porquê se sentia tão mobilizado. Temia que a sugestão se tornasse anti-analítica e percebia o risco da análise transformar-se numa terapia de suggestionamento, “educativa”, com conselhos de “bom senso”, similares aos que a paciente estava acostumada a ouvir de tantas outras pes-

soas. Se isso ocorresse, o processo analítico não acarretaria mudanças maiores, o que redundaria no seu esgotamento e fracasso.

No entanto, ainda que não houvesse dúvidas quanto à “sugestão”, a seqüência dos acontecimentos demonstraria qual o efeito do procedimento. Para isso o analista deveria deixar de lado o vértice moralístico e retomar o investigativo. Assim agindo, ele não pôde deixar de notar que, após a “sugestão”, curiosamente, a paciente afirmara que “sente que está entrando em outra fase da análise, mais profunda”. Essa frase lhe causara um certo estranhamento, por parecer ir na direção contrária de suas hipóteses, mas ainda não tinha elementos para avaliar seu significado mais profundo.

A sessão seguinte inicia-se com a paciente dizendo que comprara todos os livros de Rubem Alves. À noite, contou a seu filho a estória do pato que não queria voar. Pergunta se o analista a conhece. Ele diz que não. Relata que se trata de uma família de patos selvagens e que um patinho se recusava a aprender a voar, por mais que os pais insistissem. Quando chegou a época em que os patos tinham de migrar, ele não podia acompanhar a família. Esta tentou todas as formas para levá-lo junto, mas não foi possível, porque ele não conseguia voar. Agora ele queria ir junto, mas isso era impossível. A família teve que ir, triste, e ele ficou, tornando-se um pato doméstico e acabaram cortando-lhe as asas. Mas, em seu coração, ele sentia a ânsia da liberdade.

Conta lacrimejando que seu filho chorou muito enquanto ouvia a estória. Dormiram sossegados, o menino em seu quarto infantil e mãe e pai, em seu leito conjugal. A seguir, pergunta, curiosa e emocionada: “por que será que de todos os livros eu escolhi esse, para contar a estória?” O analista nada diz. Ela continua, afirmando que sabe que a estória mexeu muito com ela mesma, que sentiu que estava cortando as asas de seu menino e que a incomodava muito vê-lo livre, feliz na Escola. Após um assinalamento do analista, dizendo-lhe que ela também era um pato selvagem, com ânsia de liberdade, e que estávamos pesquisando porque não podia usar suas asas, a paciente efetua uma intensa série de associações sobre sua própria escola e família, onde se sentia tratada como uma “pata doméstica”. Sua mãe morrera quando era bebê, seu primeiro corte de asas, e fora criada numa família extensa, por parentes idosas, solteironas, que viam o mundo como um local hostil, frente ao qual tinham que defender-se com rituais religiosos, macumba e outros atos obsessivos, que ela introjetou e

desenvolveu. Lembra-se de sua escola de freiras, onde as meninas, no recreio, tinham que andar em volta do pátio, pisando uma determinada linha. Ri, tristemente, e percebe que só neste momento está se perguntando qual era o objetivo dessa linha e porque teriam que ser punidas se pisassem fora dela. Afirma, com certeza: “não vou tirar meu filho da Escola, lá ele é feliz. Não tenho o direito de fazer com ele o mesmo que ocorreu comigo”.

Após este episódio, o processo analítico demonstrou um aprofundamento significativo, ampliando-se o contato da paciente com seu mundo interno. A despeito de não ter eliminado todos seus pensamentos e rituais obsessivos, ela passou a articulá-los com desejos e fantasias cruéis, agora possíveis de serem verbalizados, efetuando associações e hipóteses criativas sobre sua origem. Aos poucos, o analista pôde ser destituído de sua função ora idealizada, ora impotente, a paciente permitindo-se externalizar suas fantasias destrutivas em relação a ele. Nesse momento, foi possível obter compreensão mais profunda sobre o significado dos tratamentos psiquiátricos e a projeção de seus terrores destrutivos na medicação. Isso permitiu que ela voltasse a procurar seu psiquiatra, com menos receio de tomar remédios. Respondeu bem à paroxetina, com uma diminuição ainda maior de seus sintomas, o que possibilitou a entrada “em cena”, normal, de novos conteúdos mentais, mais ricos e profundos, permitindo ampliação de sua capacidade de pensar. Com o tempo, os controles obsessivos foram melhor compreendidos em sua psicodinâmica, diminuindo mais ainda, e a paciente iniciou significativas reformulações em sua vida, mostrando-se mais livre e criativa em seu trabalho e em suas funções materna e conjugal.

Evidentemente, não estamos atribuindo o desenvolvimento da paciente apenas ao episódio descrito, mas sim a tudo aquilo que ocorreu no processo analítico, sem descartar outros fatores não identificáveis.

DISCUSSÃO

O material clínico servirá como ponto de partida para discutir, além da validação de procedimentos no processo analítico, a necessidade de indicar os objetivos do processo analítico, diferenciando Psicoterapia Psicanalítica e Psicanálise.

Validação, “enactment” e contratransferência

Examinemos em mais detalhes a “sugestão pedagógica” efetuada pelo analista. Existirá uma concordância grande entre profissionais quanto ao fato do procedimento não ser analítico e fruto de um “enactment” patológico. Mas, certamente, a maioria aceitará que a sugestão, sem saber-se em detalhes por quê, possibilitou uma ampliação do universo mental, com lembranças, associação de idéias e possibilidade de pensar em decisões lógicas. A situação clínica explícita também o início do texto, em que se afirma que o psicanalista, mantendo seu método, deve usar *todos* os procedimentos que julgue que levarão a uma ampliação do conhecimento. Mesmo aqueles criados e descobertos no trabalho da dupla. Evidentemente, para que o analista possa fazer isso, ele deve ter uma identidade analítica que lhe permita a espontaneidade, sabendo nomear o que está efetuando e validando constantemente os seus procedimentos.

Retomemos a questão do “enactment” e a necessidade do analista de observar, minuciosamente, os movimentos da dupla analítica, com o intuito de avaliar como estão ocorrendo os “enactments” normais, ao mesmo tempo em que se precavê contra os potencialmente patológicos. E, caso lhe seja impossível deixar de envolver-se nestes, percebê-los o mais precocemente possível, para poder desfazê-los. Portanto, o analista está constantemente avaliando, validando ou invalidando seus procedimentos.

Para tal, o terapeuta não somente observa o que ocorre no campo analítico, mas deve incluir-se nele, tendo de utilizar os derivados conscientes de sua contratransferência. A observação desses derivados é extremamente necessária e útil, mais ainda frente a pacientes ou camadas da mente em que o processo de simbolização está prejudicado.

Na situação clínica descrita, o analista percebeu logo que poderia envolver-se num “enactment” patológico, ao identificar-se com o filho da paciente. Observando-se a si mesmo, em maior profundidade, percebeu que também se identificava com aspectos da própria paciente, sentidos como precisando de uma figura parental que “lhe ensinasse” a lidar com a frustração e a não simbolização. Certamente, o analista também se colocou no lugar do companheiro. Todos esses fatores contribuíram para a “sugestão” dos livros infantis, que na experiência vivida pelo próprio analista, haviam-no ajudado

a simbolizar terrores arcaicos, em sua infância. O analista lembrou-se também de que ele mesmo havia sido objeto, quando criança, de situações de controle obsessivo por figuras adultas e percebeu que havia utilizado as histórias de Rubem Alves na relação afetiva com seus próprios filhos. Curiosamente não indicara nenhuma história, mas a paciente escolheu, certamente de forma não aleatória, a do título que mais a mobilizara. Outros elementos pessoais do analista fizeram-no perceber que era muito sensível a situações de maltrato de crianças, sentindo-se mais vulnerável a contaminações de processos analíticos em que isso surgisse.

Dessa forma, o analista tomou consciência de que havia perdido o vértice analítico provisoriamente. No entanto, não se sentiu culpado por isso, o que talvez tivesse ocorrido quando era mais inexperiente. Pôde observar, portanto, o desfecho de sua intervenção, e perceber que ela havia sido produtiva, ainda que o procedimento parecesse, “a priori”, não ser analítico. Sabia também que, no futuro, a paciente poderia cobrar-lhe mais conselhos e ações “pedagógicas”, para escapar do trabalho analítico, mas sentiu-se suficientemente confiante em sua capacidade de lidar com isso.

Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica

Lembremos que, na situação descrita, o processo era estritamente psicanalítico, por tratar-se de uma paciente com bom contato com a realidade. A validação do procedimento (a “sugestão pedagógica”) teria que ser efetuada em função dos objetivos do tratamento. Como a sugestão (junto com outros componentes não verbais e alguns desconhecidos), mesmo sendo produto de um “enactment” patológico, contribuiu para uma ampliação da capacidade de pensar, considerou-se que ela se constituiu num procedimento útil.

Na mesma situação, caso a função do terapeuta fosse Psicoterápica (e não estritamente analítica), ele poderia ter definido como seu objetivo, naquele momento, o de tentar diminuir os tormentos da criança, estimulando a mãe a pensar seu papel. O procedimento, portanto, teria que ser avaliado em função desse objetivo. Assim, caso a paciente mantivesse o filho na Escola e o perturbasse menos com suas obsessões, o objetivo estaria cumprido. Certamente, o próximo passo seria tentar determinar como isso ocorreria. Mais ainda, raro seria o terapeuta que não ficasse intrigado e curioso em tentar compreender o que o teria levado a definir tal ou qual objetivo.

Voltando ao material clínico, o fato de a mãe ter tido acesso a novos conteúdos inconscientes, mostrou que o procedimento fora para além da diminuição do sofrimento da criança. É bastante provável que, na situação em questão, a paciente já estivesse em vias de ampliar sua capacidade de pensar (ao afirmar que “estava entrando em uma nova fase da análise”) e que aspectos não verbais surgidos no trabalho analítico também a tivessem estimulado a “ler histórias infantis”, talvez retomando sua própria história. Possivelmente, se fosse outra a história lida, resultados parecidos teriam ocorrido. Dessa forma, ainda que o procedimento tivesse sido validado, sabemos que entramos em contato apenas com o elo final de um longo processo de elaboração.

Será somente a discriminação clara do objetivo e alcance do procedimento em questão que permitirá a validação em forma correta. Ela será efetuada observando-se a seqüência das associações do paciente, na investigação dos micro-acontecimentos da sessão, e, posteriormente, na avaliação do desenvolvimento mais abrangente do processo.

Dessa forma, propomos que existiriam várias formas de ser psicanalista (ou psicoterapeuta) e diferentes graus de profundidade alcançados pela dupla, decorrentes da forma peculiar como ela se constituiu e trabalha. Pensamos que, como psicanalistas, devemos trabalhar sempre o mais próximo da “regra da abstinência” (mas, sem sermos omissos em situações limite), ainda que não devamos furtar-nos da utilização de intuições e intervenções outras, se nos sentimos seguros de que não estamos abandonando o vértice psicanalítico. Efetuando psicoterapia psicanalítica, como já vimos, seremos mais flexíveis em relação à “abstinência”, o que pode ser útil e necessário com: 1) pacientes graves, em que o profissional não se sente capaz de trabalhar de forma estritamente psicanalítica; 2) pacientes não analisáveis, segundo critérios teóricos e técnicos adequados; 3) pacientes em que o profissional acredita que ocorrerá benefício suficiente ainda que não se entre em contato mais profundo com o mundo interno (aqui se incluem as terapias focais, de objetivos limitados, etc.); 4) pacientes em que é necessário um trabalho psicoterápico prévio, antes que se disponham a uma psicanálise estrita. Sem esquecer-nos de que, muitas vezes, o processo vai além ou aquém do que imaginávamos, tanto quando trabalhamos com Psicanálise estrita como com Psicoterapia Psicanalítica.

CONCLUSÕES

Os procedimentos efetuados pelo terapeuta, num processo analítico ou de psicoterapia psicanalítica, são fruto de sua formação teórica, de sua capacidade analítica (desenvolvida em suas análises pessoais e supervisões), da identificação sadia com mestres e teorias e de sua capacidade de investigação, inata e aprofundada pelas técnicas e instrumentos conhecidos e testados durante a evolução da teoria da técnica e dos construtos teóricos psicanalíticos. Por lidar com variáveis “rebeldes”, em contínua movimentação e turbulência, a mente do analista deverá estar treinada a observar fenômenos de impossível imobilização, e sua capacidade de investigação deverá contemplar a possibilidade de descrever e compreender configurações que estão em constante mutação. As idéias de Bion³⁹ sobre a observação científica psicanalítica, entrelaçando as contribuições freudianas com as intuições sobre emoções de Keats e as idéias de Poincaré sobre o “fato selecionado” têm permitido um considerável aumento da acuidade dos analistas frente aos fenômenos que ocorrem na sala de análise.

A criatividade do investigador psicanalítico, no entanto, ficaria limitada se ele apenas se permitisse a utilização de procedimentos e intervenções melhor conhecidos pela teoria da técnica. Ainda que saibamos que a interpretação é a chave do fazer psicanalítico, a proposta de que *qualquer* intervenção ou procedimento possa ser efetuado, desde que não se perca o vértice analítico, obriga a uma constante observação das conseqüências do procedimento. Assim, muitas vezes, o procedimento, ainda que não contemple a técnica clássica, possibilita ampliação da capacidade mental. Evidentemente, o analista, o terapeuta, avaliam isso constantemente, mas correriam o risco de desistir de observar o que ocorre, se privilegiassem a vertente moralística, tipo “certo” ou “errado”. Procuramos demonstrar que esses aparentes “erros” não devem ser ignorados, mas somente a cuidadosa observação dos movimentos da sessão, dentro dos referenciais teóricos utilizados, permitirá verificar se eles foram prejudiciais, neutros, ou se propiciaram desenvolvimento. Neste último caso, a tarefa seguinte será verificar quais foram os fatores que permitiram tal desenvolvimento.

Na situação clínica apresentada, correu-se o risco de transformar o processo analítico em pedagógico. A percepção do analista fez com que ele não continuasse nessa linha, e o fato em si promoveu desenvolvimento. A observa-

ção cuidadosa do processo, a longo prazo, mostrou que o analista pôde ser introjetado como objeto bom, cuidadoso, não estragado pela crueldade projetada da paciente. Isso permitiu a recuperação de aspectos do “self” projetados e identificados persecutoriamente, possibilitando inclusive a utilização da medicação. Esta, agindo em neurotransmissores, facilitou que se desfizessem configurações de mais difícil acesso, possibilitando um ganho ainda maior do processo analítico.

Os progressos da psicofarmacologia tornaram acessíveis à psicanálise pacientes que antes pouco poderiam beneficiar-se dela, e a concomitância dos tratamentos é hoje algo eticamente imprescindível. A equipe de saúde mental deverá assumir o papel de medicar, sugerir, aconselhar, permitindo que o psicanalista possa lidar, sem contaminação, com seu objeto de investigação e desenvolvimento. Já no caso de psicoterapias analíticas, o profissional deverá avaliar que procedimentos cabem a ele mesmo e o quanto deixará a cargo de outros membros da equipe de saúde mental. Para tal, deverá levar em conta a situação particular, seus objetivos e o quanto acredita que deve afastar-se da “regra da abstinência”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freud S. Observações sobre o amor transferencial. In: Obras Completas, 15; 1912. Imago: Rio de Janeiro; 1967.
2. Menninger KA, Holzman, PS. Teoria da técnica psicanalítica. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
3. Etchegoyen, RH. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
4. Thomä H, Kächele H. Teoria e prática da psicanálise, v. 1. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
5. Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação psicanalítica: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
6. Zimmerman DE. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed; 1999.
7. França, JBNF. Intersubjetividade e psicanálise. Rev Bras Psicanál 1997;31:381-400.
8. Dunn, J. Intersubjectivity in psychoanalysis: a critical review. Int J Psychoanal 1995; 76:723-738.
9. Ferro A. La tecnica della psicoanalisi infantile. Milano: Raffaele Cortina; 1992.
10. Gabbard GO. Countertransference: the common emerging ground. Int J Psychoanal 1995; 76:475-485.
11. Ogden TH. Os sujeitos da psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
12. Freud S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: Obras Completas, 12; 1911. Imago: Rio de Janeiro; 1967.
13. Segal H. Notas a respeito da formação de símbolos. In: A obra de Hanna Segal. São Paulo: Imago; 1983.
14. Bion WR. Uma teoria sobre o processo de pensar. In Estudos psicanalíticos revisados (Second Thoughts). Rio de Janeiro: Imago; 1967. p. 101-109.

15. Bion WF. Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica. In Estudos psicanalíticos revisados (Second Thoughts). Rio de Janeiro: Imago; 1967. p. 45-62.
16. Feldman M, Spillius EB, editors. Psychic equilibrium and psychic change. By Betty Joseph. London: Routledge; 1989.
17. Enactment: an open panel discussion [panel]. J Clin Psychoanal 1999; 8:3-82.
18. Cassorla RMS. Estudo sobre a cena analítica e o conceito de "colocação em cena da dupla ("enactment"). Rev. bras. Psicanálise 2003; 37(2/3):365-392
19. Cassorla RMS. Acute enactment as a 'resource' in the disclosing a collusion between the analytic dyad. Int J Psychoanal 2001; 82:1155-1170.
20. Rocha Barros EM. Affect and pictographic image: the constitution of meaning in mental life. Int. J. Psychoanal. 81(6):1087-1099, 2000.
21. Kernberg OF. Validação no processo clínico. Rev Bras Psicanal 1994;28:797-809.
22. Ahumada JG. Descobertas e refutações: a lógica do método psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago; 1999.
23. Azevedo AMA, Menezes LC, Meyer L. Psicanálise e psicoterapia: uma década de debate 1990-1999. J Psicanálise 1999;32(58/59):13-65.
24. Férida P. A psicoterapia na psicanálise hoje. J. Psicanálise 1999; 32(58/59):79-92.
25. Simon R. Concordâncias e divergências entre psicanálise e psicoterapia analítica. J. Psicanálise 1999; 32(58/59):245-264.
26. Eva AC. Psicanálise, psicoterapia e afins. J. Psicanálise 1999; 32(58/59):189-199.
27. Birman J. Psicanálise e psicoterapia. J. Psicanálise 1999; 32(58/59):133-152.
28. Widlöcher D, Abel-Prot V. Psicanálise e psicoterapia. J. Psicanálise 1999; 32(58/59):177-187.
29. Sagawa RY. Psicoterapia e psicanálise: na esteira da *episteme* e do *socius*. J. Psicanálise 1999; 32(58/59):265-276.
30. Millan LR. A psicoterapia de orientação psicanalítica. J. Psicanálise 1999; 32(58/59):231-244.
31. Herrman F. A Psicanálise, a psicanálise e as demais psicoterapias em face do absurdo. J. Psicanálise 1999; 32(58/59):93-132.
32. Cassorla RMSC. Psicanálise e surto psicótico: considerações sobre aspectos técnicos. Rev Bras Psicanál 1998; 32:721-745.
33. Cassorla RMSC. Reflexões sobre teoria e técnica psicanalítica com pacientes potencialmente suicidas-parte II. Alter: J Estudos Psicodin (Brasília) 2000; 22:367-386.
34. Cassorla RMSC. Objetividade, confidencialidade e validação: três problemas e uma surpresa na apresentação de material clínico. J Psicanálise 1998; 31(57): 93-112.
35. Celes LA. Aspectos metodológicos da construção da psicanálise. Alter-J Estudos Psicodin 2000;19:309-320.
36. Michels R. Validação no processo clínico. Livro Anual de Psicanál. 1999: 10:159-166.
37. Tuckett D. Desenvolvendo uma hipótese fundamentada para entender um processo clínico: o papel da conceitualização na validação. Livro Anual de Psicanál. 1999; 10:167-189.
38. Bion WF. The grid and caesura. Rio de Janeiro: Imago; 1977.
39. Bion WF. Elements of psycho-analysis. London: W. Heinemann; 1963

RESUMO

Introdução: *Discutem-se procedimentos utilizados no processo analítico e em psicoterapias analíticas, em especial aqueles que indicariam falhas na capacidade do analista e a necessidade de sua validação. Para esse propósito, apresentam-se diferenças entre Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica em relação a seus procedimentos e objetivos. É apresentado o modelo da "colocação em cena da dupla" ("enactment") e discute-se a possibilidade de ele ser útil para o processo de validação, em conjunto com a definição dos objetivos do tratamento.*

Objetivos: *Descrever e discutir formas de validação clínica de procedimentos em psicanálise e relacioná-los com os objetivos da Psicanálise e da Psicoterapia Psicanalítica.*

Método: *Clínico-psicanalítico, ilustrado com paciente com TOC*

Resultados-Material Clínico: *apresenta-se a dinâmica subjacente a trechos de duas sessões, mostrando-se que uma "falha" do analista revelou-se produtiva, ao avaliar-se seu efeito (validação clínica), resultando em ampliação da capacidade de pensar, modelo teórico utilizado.*

Discussão: *São discutidos: 1. Validação, "enactment" e contratransferência: mostrando-se a necessidade de o analista "entrar na cena" e usar os derivados de sua contratransferência para a compreensão dos "enactments"; 2. Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica: mostrando-se como a clareza em seus objetivos é condição para que a validação seja possível.*

Conclusões: *por lidar com variáveis complexas, de impossível isolamento e controle, a Psicanálise e a Psicoterapia Psicanalítica necessitam da validação intra-clínica contínua, e a clareza dos objetivos é condição essencial para tal. Demonstra-se a utilidade dos modelos do "enactment" associados à teoria do pensar de Bion, como bases para essa validação.*

Descritores: *Psicanálise, teoria psicanalítica, método psicanalítico, validação clínica psicanalítica, psicoterapia psicanalítica, contratransferência, colocação em cena da dupla ("Enactment"), transtorno obsessivo compulsivo, teoria do pensar, impasse psicanalítico.*

ABSTRACT

Introduction: *Procedures used in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapies are presented, emphasizing those that show failures in the analyst's capacity, indicating the need to validate the procedures. For this purpose, differences between Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy are shown as to procedures and objectives. The "enactment" model is presented and its value in the clinical validation process is discussed as related to the treatment objectives.*

Objectives: *The objectives of the paper are to describe and discuss ways to validate procedures in*

psychoanalysis clinically and relate them to the objectives of Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy.

Method: Clinical-psychoanalytical, illustrated with a patient with OCD.

Results-Clinical Material: The dynamics involved in parts of two analytical sessions is presented. It shows that the analyst's failure turned out to be productive when its effect was evaluated (clinical validation), resulting in extending the patient's thinking capacity, the theoretical model used.

Discussion: Two items are discussed. 1. Validation, "enactment" and countertransference: showing the need for the analyst to be part of the "scene" and use the derivatives of his/her countertransference to understand the "enactment". 2. Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy: showing how clear objectives are a condition for their proper validation.

Conclusions: Because psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy deal with complex variables, which are impossible to isolate and control, they need continuous intra-clinical validation, and clear objectives are essential. The "enactment" model associated with the Bion thinking theory is demonstrated as a basis for this validation.

Keywords: Psychoanalysis, psychoanalytic theory, psychoanalytic method, psychoanalytic clinical validation, psychoanalytic psychotherapy, countertransference, enactment, obsessive compulsive disorder, theory of thinking, psychoanalytic impasse.

Title: Procedures, enactment and clinical validation in psychoanalytical psychotherapy and psychoanalysis

RESUMEN

Introducción: Se discuten procedimientos utilizados en el proceso analítico y en psicoterapias analíticas, en especial aquellas que indicarían fallas en la capacidad del analista, y la necesidad de su validación. Para ese propósito se presentan diferencias entre Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica con relación a sus procedimientos y objetivos. Es presentado el modelo de la "colocación en escena dupla" ("enactment"), y se discute la posibilidad de él ser útil para el proceso de validación, en conjunto con

la definición de los objetivos del tratamiento.

Objetivos: describir y discutir formas de validación clínica de procedimientos en psicoanálisis y relacionarlos con los objetivos del Psicoanálisis y de la Psicoterapia Psicoanalítica.

Método: Clínico – psicoanalítico, ilustrado con pacientes con TOC.

Resultados-Material Clínico: se presenta la dinámica subyacente a trechos de dos sesiones, mostrándose que una "falla" del analista se reveló productiva, al evaluarse su efecto (validación clínica), resultando en ampliación de la capacidad de pensar, modelo teórico utilizado.

Discusión: son discutidos: 1) Validación, "enactment" y contra transferencia: mostrándose la necesidad del analista "entrar en la escena" y usar los derivados de su contra transferencia para la comprensión de los "enactments", 2) Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica: mostrándose con claridad en sus objetivos es condición para que la validación sea posible.

Conclusiones: por lidiar con variables complejas, de imposible aislamiento y control, el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica necesitan de la validación intra clínica continua y la claridad de los objetivos es condición esencial para tal. Se demuestra utilidad de los modelos del "enactment" asociado a la teoría del pensar de Bion, como bases para esa validación.

Palabras-clave: Psicoanálisis, teoría psicoanalítica, método psicoanalítico, validación clínica psicoanalítica, psicoterapia psicoanalítica, contra transferencia, colocación en escena dupla ("enactment"), trastorno obsesivo compulsivo, teoría del pensar, impase psicoanalítico.

Título: Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica: procedimientos, validación clínica y el modelo de "colocación en escena" ("enactment")

Endereço para correspondência:
Roosevelt M. Smeke Cassorla
Av. Francisco Glicério 2331/24
13012-000 – Campinas – SP – Brasil
Tel./Fax: 55-19-3234-8414
E-mail: rcassorla@sbpsp.org.br

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS