

Transformações
& Invariâncias

Volume 4

A Formação do Analista



Transformações
& Invariâncias

Volume 4

A Formação do Analista



Pontes

DO SOFRIMENTO AO SINTOMA E DO SINTOMA AO SOFRIMENTO

Adilton Medeiros Costa

INTRODUÇÃO

Este é um relato pessoal acerca do início do meu ofício como analista, onde, para atingir os objetivos propostos, reflito sobre minha prática, meu processo de aprendizagem e relações transferenceis/contratransferenceis. Para sintetizar os pré-requisitos do trabalho, escolhi a revisão do atendimento psicanalítico do indivíduo denominado pelo codinome Carla.

O primeiro passo foi a escuta de Carla, para poder decodificar a transferência que estava presente no seu discurso. Neste processo a minha atenção deveria estar voltada para a identificação da fantasia ali existente. No entanto, o foco foi colocado nos sintomas e nos sofrimentos que eles estavam causando à entrevistada e com isso não busquei compreender os sofrimentos que criaram os sintomas, a partir daí, identifiquei a minha contratransferência.

Com a contratransferência em atuação, não houve possibilidade de que eu identificasse o destino que Carla deu para o seu sofrimento.

Acredito que mesmo quando se tem conhecimento das teorias da Psicanálise, na prática, o profissional tem que ter a percepção necessária para conseguir identificar e separar a transferência da contratransferência.

Buscarei aqui elucidar as dificuldades na atuação do psicanalista quando se faz necessário identificar as fantasias envolvidas na transferência dos pacientes e quais são as fantasias das contratransferências do profissional.

Meu relato clínico retrata o caso de uma pessoa do sexo feminino a quem foi dado o codinome de Carla. Tem 25 anos de idade, está cursando o último semestre de Psicologia e reside no Rio de Janeiro.

Na primeira entrevista que fiz com Carla, a mesma alegou estar fazendo terapia, mas acredita que a profissional que a atende é muito jovem, e o que fala é muito óbvio. Carla diz: "Estou à procura de outro profissional para constatar se devo ou não encerrar com a atual profissional, mas estou me sentindo mal, acho que o que estou fazendo não é certo". E então lhe perguntei: "O que você acha que não é certo?", Carla respondeu-me que seria errado "procurar outro profissional sem ter encerrado com a minha terapeuta".

Carla me falou que está no último semestre de Psicologia e não obteve sucesso em criar novas amizades, além de recentemente ter perdido uma grande amiga - diz ser a única que tinha - e alegou que os outros conhecidos são apenas colegas. Ela me relatou que seu pai era alcoólatra e faleceu quando a mesma tinha nove anos. Carla diz que sofria muita violência por parte do pai, devido ao alcoolismo. Relata que quando o pai estava vivo, chegava bêbado em casa e ficava agressivo, e que as poucas vezes que foi buscá-la na escola, também estava alcoolizado, sendo essa situação muito constrangedora para ela.

Afirma ainda que a mãe sempre foi passiva, acuada, e trabalhava como empregada doméstica, para suprir as necessidades de casa, que o pai deixava faltar. Carla diz: "Lembro que quando meu pai adoeceu eu fui ao hospital, mas não consegui me aproximar muito dele, não conversei e nem sequer mostrei carinho. Apenas acariciei a testa dele, e em seguida ele veio a falecer de cirrose".

Dias depois, minha mãe me contou que ele havia pedido desculpas a ela e aos filhos antes de morrer, e saber disso me deixou desolada, fiquei me culpando porque não falei com ele, porque não o abracei...".

Então coloquei para ela, que "no momento você fez aquilo que conseguiu".

Sua história de vida, segundo relata Carla, é de muito sofrimento, de muita violência. Ela afirma que primeiro sofreu violência por parte de seu pai, até os nove anos, pelo fato do mesmo ser alcoólatra e posteriormente, violência sexual pelo seu padrasto. Carla contou-me que lembra quando sua mãe começou a morar com seu padrasto. Este começou a chamá-la para perto dele, para "fazerem aquilo..." Segundo seu relato, o padrasto deitava-se com ela na cama da mãe e a assediava: "Minha mãe ficava feliz, imaginava que eu e meu padrasto estávamos nos dando bem, ela ficava feliz enganosamente". Nesse momento Carla chora e diz: "Não deveria ter feito isso com minha mãe".

Carla acrescentou também para mim outros relatos sobre atitudes do padrasto, como episódios em que ele tocava sua perna por baixo da mesa e em ocasiões onde a apalpava e abraçava de forma muito sexual. Ela diz que tudo se passava na presença da mãe, que nada percebia.

Por muito tempo, afirmou-me Carla não ter noção se realmente foi ou não violentada, e essa condição durou dos dez aos dezesseis anos. A partir daí ela me conta que passava muito tempo fora de casa; saía pela manhã e retornava à noite, quando a mãe e os irmãos já estavam em casa.

Mesmo após a separação da mãe, segundo Carla, quando ela tinha dezoito anos, o seu sofrimento não acabou. "Minha mãe foi diagnosticada com câncer terminal, e eu fiquei com muito medo de perdê-la. Pensei comigo mesmo que se ela morresse a culpa era minha, a situação que eu estava vivendo era de muita tensão", conta. Carla relata que meses depois se descobriu que o médico errara no diagnóstico e que sua mãe não tinha câncer.

O motivo da perda da grande amiga de Carla foi investigado por mim. Carla me respondeu: "É que nós duas tínhamos um projeto em comum na faculdade e quando a minha amiga viajou de férias, eu dei andamento ao projeto. Ao retornar, minha amiga

afirmou que eu havia tomado atitudes fora do acordado entre nós e que isso era uma questão de ego, e rompeu com a nossa amizade. Se eu pudesse voltaria atrás, mas, infelizmente, não posso fazer isso... eu estraguei tudo". Carla acrescenta que em sua opinião, perdeu a amiga porque cometeu muitos erros, e diz que faz tudo errado. Relata que foi uma grande perda e atualmente está sendo difícil a convivência com a ex-amiga na faculdade, assim como fazer estágio com a mesma sem poder conversar. Diz estar vivendo um luto muito sofrido, e isso a ajudou a tomar a decisão de procurar, pela primeira vez, fazer terapia.

Contou-me ser uma pessoa que viveu a metade da vida sob a violência do padrasto, tendo, porém, o sentimento que isso tomou toda a sua vida e que viveu sempre anestesiada. Afirmou que com a perda da amiga no início de 2016, as lembranças do passado vêm sendo retomadas e que tem sentido muita raiva de si mesma, e se arrepende por não ter lidado com os acontecimentos de sua vida anteriormente. Em sua perspectiva, o curso de Psicologia a ajudou muito, assim como a sua grande amiga, que lhe deu muitos toques de como ela reagia às situações, afirmando: "Ela foi muito legal comigo e eu deveria ter sido melhor com ela, mais atenciosa e ter tomado mais cuidado para ela não ficar tão desapontada e triste".

Acredito que o caso clínico de Carla mostra como a sua dificuldade em lidar com o sofrimento fez com que ela criasse os sintomas.

DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

Considerando que desejo tratar os fenômenos das transferências e das contratransferências, para tanto, abordei enquanto base teórica os conceitos kleinianos. Para ampliação da base teórica, recorri aos conceitos pós kleinianos, que colocam o sofrimento como base de todo trabalho psicanalítico.

O objeto de estudo da Psicanálise é o inconsciente, que se manifesta através da fantasia do indivíduo, nunca através do real. A fantasia está na base de todo funcionamento psíquico e conse-

quentemente, os processos iniciais da vida psíquica como a projeção e introjeção, são realizados sob sua influência. Os objetos internos e externos são vistos pelo viés da própria fantasia do sujeito. Por exemplo, os pais retratados no discurso do paciente têm a interferência de sua fantasia, não se trata dos pais reais e sim, dos fantasiados. (KLEIN, 1952).

Recorrendo a Freud em "Recordar, Repetir e Elaborar", vimos que se considera existir uma relação direta entre transferência e resistência. Todo sujeito que não conseguiu lidar com algum acontecimento dolorido de sua vida sofre o processo de repressão e tais acontecimentos não podem ser recordados em lembranças.

Então, algo que não foi elaborado e não pode ser recordado como lembrança é repetido em ações, através das transferências, em análise, quando há uma resistência do paciente.

Freud aponta em "Mais Além Do Princípio do Prazer", que resistência é igual a repetição. Klein, em seu artigo "As origens da Transferência", ampliou este conceito, afirmando que o reprimido se torna uma ameaça de retornar à consciência e aí se levantam as ansiedades que fazem aflorar a repetição. A repetição é encoberta pela fantasia e aparece em análise nas transferências.

Na sessão psicanalítica, para Klein, surge o inter-jogo da projeção, introjeção e identificação projetiva. É preciso conhecer a fantasia que subjaz a esses processos psíquicos, para compreender o funcionamento psíquico do paciente, para só depois ser possível haver uma interpretação, e então ele possa se conhecer e ter maior contato com o real. O paciente repete em sessão na transferência seus sintomas criados pelo sofrimento, que não pode ser suportado, e cabe ao analista acolher esse sofrimento, verificando o destino que foi dado a ele. Acolher o sofrimento significa interpretar.

Segundo a palestra "Psicanálise e Religião: Me Eckart, S. João da Cruz e a Experiência Analítica", a escuta analítica é a escuta do sofrimento do outro. Cada pessoa sofre ao seu modo, de uma forma subjetiva e singular. As doenças começam todas iguais, mas cada um dá um destino diferente para elas.

Tratar do paciente em análise não se trata de diagnosticar, não adianta observar apenas na vertente da psicopatologia, onde se vê os sintomas e se faz a nomeação da doença. Necessário é escutar nas transferências qual o destino que o paciente está dando para o seu sofrimento. O analista não trabalha os sintomas, e sim o sofrimento que causou tais sintomas. (MORETTO, 2015)

Contratransferencialmente, desejando resolver o sofrimento da paciente para se tornar o profissional ideal para ela, olhei para os sintomas, e não para as fantasias contidas nas transferências.

O sujeito que não consegue dar um destino para o sofrimento, fica na repetição e não cresce, não se desenvolve.

É na observação que eu, como analista, conhecerei meu paciente, escutando seu discurso, como ele se comporta, como lida com seus objetos internos. O sujeito aqui referido apresentou transferência depressiva. Nosograficamente, seu diagnóstico seria localizado na melancolia: o sujeito introjeta e se identifica com o objeto mau e teme destruir o objeto bom que está no mundo externo ou no interno. Acreditando que seus ataques são responsáveis pela destruição dos objetos bons, desencadeia-se a culpa e a necessidade de reparação. (SEGAL, 1975)

O melancólico tem um sentimento de inferioridade exacerbado, acredita que onde põe a mão causa estrago, que para ele nada dá certo, fala mal dele mesmo, vive numa constante lamúria, é um vitorioso às avessas, sente-se o pior dos piores, o azarado. A melancolia acontece devido à falta de identificação com o objeto bom, por conta dos impulsos canibalísticos da incorporação. Ele perde o objeto bom, amado, porque ele o destruiu, e destruir o objeto é destruir o próprio Ego. O Superego do melancólico é rígido, cruel, culpa o Ego e o massacra.

Na transferência, Carla se achava sempre inadequada, aquela que faz tudo errado, e eu, contratransferencialmente, ao invés de apontar esse funcionamento, quis diminuir seu sofrimento, colocando que "a única forma que ela encontrou na época para se defender foi aquela". O que Carla viveu na transferência mostrou-se para mim

Tratar do paciente em análise não se trata de diagnosticar, não adianta observar apenas na vertente da psicopatologia, onde se vê os sintomas e se faz a nomeação da doença. Necessário é escutar nas transferências qual o destino que o paciente está dando para o seu sofrimento. O analista não trabalha os sintomas, e sim o sofrimento que causou tais sintomas. (MORETTO, 2015)

Contratransferencialmente, desejando resolver o sofrimento da paciente para se tornar o profissional ideal para ela, olhei para os sintomas, e não para as fantasias contidas nas transferências.

O sujeito que não consegue dar um destino para o sofrimento, fica na repetição e não cresce, não se desenvolve.

É na observação que eu, como analista, conhecerei meu paciente, escutando seu discurso, como ele se comporta, como lida com seus objetos internos. O sujeito aqui referido apresentou transferência depressiva. Nosograficamente, seu diagnóstico seria localizado na melancolia: o sujeito introjeta e se identifica com o objeto mau e teme destruir o objeto bom que está no mundo externo ou no interno. Acreditando que seus ataques são responsáveis pela destruição dos objetos bons, desencadeia-se a culpa e a necessidade de reparação. (SEGAL, 1975)

O melancólico tem um sentimento de inferioridade exacerbado, acredita que onde põe a mão causa estrago, que para ele nada dá certo, fala mal dele mesmo, vive numa constante lamúria, é um vitorioso às avessas, sente-se o pior dos piores, o azarado. A melancolia acontece devido à falta de identificação com o objeto bom, por conta dos impulsos canibalísticos da incorporação. Ele perde o objeto bom, amado, porque ele o destruiu, e destruir o objeto é destruir o próprio Ego. O Superego do melancólico é rígido, cruel, culpa o Ego e o massacra.

Na transferência, Carla se achava sempre inadequada, aquela que faz tudo errado, e eu, contratransferencialmente, ao invés de apontar esse funcionamento, quis diminuir seu sofrimento, colocando que "a única forma que ela encontrou na época para se defender foi aquela". O que Carla viveu na transferência mostrou-se para mim

uma transferência depressiva, vista pela tristeza, vazio, desesperança, falta de energia, insatisfação e presença de autopunições, além de intenso sentimento de culpa, superego rígido e desejo de reparação.

DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO: DO SINTOMA AO SOFRIMENTO

Para discutir o caso em questão, utilizei fragmentos de duas entrevistas. A afirmativa de Carla na primeira entrevista foi de que já fazia terapia e estava ali para decidir de sairia ou não da mesma. Segundo ela, a sua terapeuta é muito jovem, e por conta disso – acredita Carla – só fala o óbvio. Nesse momento, percebi que ocorreria o mesmo teste comigo.

Observei que, na fantasia de Carla, aparentemente existe uma busca por algo ou alguém ideal, um terapeuta ou profissional que pudesse preencher suas faltas. Outros dados que colhi foram se juntando a este, como, por exemplo, qual o motivo da demora em revelar a mãe que era abusada sexualmente pelo padrasto, qual o motivo de continuar fazendo o projeto sozinha, quando a proposta era a de fazer junto com a amiga.

Posteriormente, pude perceber que no geral, o mais importante estava em suas queixas, que giravam em torno de muita tristeza, pesar, perda, e tudo carregado de intensos sentimentos de auto recriminação e culpa.

Quando ela disse que por muito tempo não sabia se foi violentada ou não, notei que por trás desse discurso existia muita culpa. Ao afirmar que aceitou passivamente que o padrasto se deitasse na cama da mãe com ela, ao se permitir ser abraçada sexualmente por ele, enfim, ter se sujeitado às diversas situações de investidas sexuais sem se rebelar, fica transparecido que a fantasia é de que houve um consentimento por parte dela.

Carla transparece sentir que enganou e traiu a mãe; parece ter sido introjetado que ela seria o objeto mau, através de uma identificação com o objeto mau – o padrasto. Assim, ela passou a ser o objeto mau que estava destruindo o objeto bom, no caso sua mãe, gerando, assim, a culpa. (SEGAL, 1975)

Quando Carla afirmou que faz tudo errado, por conta de ter perdido a melhor amiga, por ter continuado o projeto social, notei aí também a fantasia de ter traído a amiga, assim como se fez com a mãe. Esse comportamento é repetitivo, pois Carla está à procura de outro terapeuta sem ter encerrado com o atual, como se fizesse tudo para se sentir culpada e permanecer no círculo vicioso de autopunição, sentindo-se infeliz, sempre impotente, recriminando e punindo sempre a si mesma.

Carla mostra uma transferência depressiva, sente posse de um objeto mau que destrói os objetos bons, revela um superego punitivo, cruel, que massacra seu ego com intenso sentimento de culpa. (SEGAL, 1975)

Outro momento no discurso de Carla em que observei culpa, quando conta que ao visitar o pai no hospital não conseguiu emitir nenhum sinal de carinho para com ele, e só passou a mão na sua testa. Carla demonstrou fantasiar que ali perdeu uma oportunidade de reparação, como se tivesse perdido, na verdade, a oportunidade de uma conciliação com o pai.

Nesse contexto de repetição, se encontra o anestesiado que Carla menciona, o estar congelado, não sair do lugar, que significa ficar tão fixada em sua história de sofrimento a ponto de não abrir espaço para o novo. Ela fica ali envolvida em seu sofrimento, num círculo vicioso, desesperançosa, melancólica, sem condições de visualizar mudanças em sua vida. (JOSEPH, 1992)

Constatei, então, que todo o discurso realmente tem uma fantasia correspondente, mas para mim não foi possível perceber isso nessas entrevistas. A minha atenção foi maior quanto às normas e regras de entrevista, o que mostra minha intenção de procurar entender quem é que está ali, não se tratando ainda de um momento de interpretação. As intervenções deveriam ser feitas apenas para esclarecimento de algo que esteja obscuro, embora haja exceções em alguns casos, em que, mesmo se estando em entrevista, se

(1987)

O meu desejo de ser um bom analista, ou de forma contratransferencial, ser o analista ideal para Carla, causou o não acolhimento do sofrimento da mesma, naquele momento, fazendo com que eu deixasse de dar uma interpretação. No meu ponto de vista, para esse tipo de pretendente a paciente, eu poderia ter criado mais esforços para acolher a sua dor, dando alguma interpretação para que ela pudesse notar o que fazia consigo mesma. No entanto, contratransferencialmente, terminei por focar nos sintomas e tentei dar uma solução para o sofrimento de Carla, é claro, o que fiz de forma ineficaz.

Nesse momento, é importante voltar-se para as premissas propostas nesse trabalho, de dar ênfase ao sofrimento dos pacientes pela decodificação das fantasias vistas nas transferências e do cuidado com as fantasias que envolvem as contratransferências. O indivíduo vai do sofrimento ao sintoma e a análise vai do sintoma ao sofrimento. Cada indivíduo sofre a seu modo, segundo a sua forma de relação estabelecida. Por isso, tratar do paciente segundo seu diagnóstico não o ajuda em nada. Compreendi que decodificar sintomas e nomear a psicopatologia do paciente não vai tratar do destino que ele deu para seu sofrimento.

Assim como também eu, como analista, não posso oferecer ao outro que me procura o lugar de ideal, pois, não se pode colaborar para que o paciente continue alienado. A melhora se dá na medida em que o paciente tenha consciência e se responsabilize pelos seus comportamentos. (JOSEPH, 1992)

A FORMAÇÃO E ATIVIDADE DO PSICANALISTA

Ter tido uma formação psicanalítica foi muito gratificante. Achei que já estava pronto, é como se realmente eu estivesse sabendo como o funcionamento psíquico se dá. Na prática, em consultório, me veio à mente o que fazer com toda a teoria vista, o que fazer com os diagnósticos que tanto quis aprender, então me deparei com uma situação totalmente inesperada, difícil e complexa.

Deparei-me a partir da prática no consultório, com diversas situações. Apesar de muito ouvir falar, não havia compreendido que a função do analista é a de decodificar a fantasia do paciente para poder enxergar atrás do discurso manifesto do mesmo.

Ao tentar pensar quais eram as fantasias de Carla na entrevista inicial onde eu levantei a hipótese dela estar buscando um profissional ideal (alguém que pudesse preencher suas faltas), pude perceber que eu é que contratransferencialmente busquei a possibilidade de estar no papel desse profissional ideal, evitando qualquer interpretação que pudesse trazer confrontos e desconfortos, então percebi o meu desejo.

Percebi que o desejo de me tornar um profissional ideal para ela poderia evitar perdê-la como paciente, evitando lidar com o sofrimento da perda e da frustração de não ter conseguido ser tão bom quanto eu imaginei que ela estivesse procurando.

O analista não pode ter desejo, ele tem que estar em absoluto silêncio interno para escutar o paciente. Ele tem que entrar na identificação projetiva feita pelo paciente para poder se identificar com o que ele está sentindo, e depois tem que sair desse lugar introjetivo.

A subjetividade se constitui na relação com o outro. O que o analista deve oferecer ao outro que o procura não é o de se colocar no lugar do ideal. Não se pode colaborar para que o paciente continue alienado, adotando uma postura de orientar e decidir por ele (MORETTO, 2015), mesmo sabendo disso foi o que fiz, tentando mostrar para a paciente que o que ela fez para se defender é o que ela conseguiu na época, como se assim eu estivesse decidindo por Carla o que ela conseguiria ou não.

O papel do profissional é de oferecer ao paciente a possibilidade de ele conhecer a verdade sobre si mesmo, informando a ele o que ele está passando transferencialmente para o analista. Eu não consegui fazer nenhuma interpretação que levasse a Carla essa informação. Me senti culpado, achando que se tivesse tido uma interpretação daria essa possibilidade a ela, e o que percebo é que

Deparei-me a partir da prática no consultório, com diversas situações. Apesar de muito ouvir falar, não havia compreendido que a função do analista é a de decodificar a fantasia do paciente para poder enxergar atrás do discurso manifesto do mesmo.

Ao tentar pensar quais eram as fantasias de Carla na entrevista inicial onde eu levantei a hipótese dela estar buscando um profissional ideal (alguém que pudesse preencher suas faltas), pude perceber que eu é que contratransferencialmente busquei a possibilidade de estar no papel desse profissional ideal, evitando qualquer interpretação que pudesse trazer confrontos e desconfortos, então percebi o meu desejo.

Percebi que o desejo de me tornar um profissional ideal para ela poderia evitar perdê-la como paciente, evitando lidar com o sofrimento da perda e da frustração de não ter conseguido ser tão bom quanto eu imaginei que ela estivesse procurando.

O analista não pode ter desejo, ele tem que estar em absoluto silêncio interno para escutar o paciente. Ele tem que entrar na identificação projetiva feita pelo paciente para poder se identificar com o que ele está sentindo, e depois tem que sair desse lugar introjetivo.

A subjetividade se constitui na relação com o outro. O que o analista deve oferecer ao outro que o procura não é o de se colocar no lugar do ideal. Não se pode colaborar para que o paciente continue alienado, adotando uma postura de orientar e decidir por ele (MORETTO, 2015), mesmo sabendo disso foi o que fiz, tentando mostrar para a paciente que o que ela fez para se defender é o que ela conseguiu na época, como se assim eu estivesse decidindo por Carla o que ela conseguiria ou não.

O papel do profissional é de oferecer ao paciente a possibilidade de ele conhecer a verdade sobre si mesmo, informando a ele o que ele está passando transferencialmente para o analista. Eu não consegui fazer nenhuma interpretação que levasse a Carla essa informação. Me senti culpado, achando que se tivesse tido uma interpretação daria essa possibilidade a ela, e o que percebo é que

isso é onipotência, não é uma interpretação que dá oportunidade para nenhum paciente. Também tenho que levar em consideração o funcionamento do sujeito que está ali, pois o esforço de mudar tem que ser do próprio indivíduo e não do analista.

Se a fantasia é o elemento organizador do discurso, então é preciso saber qual a fantasia que está ali e saber se o paciente está consciente de seus ataques, seu sadismo, suas onipotências, suas culpas, saber se ele conhece suas persecutoriedades e os seus temores, entre outros. A melhora do paciente se dá na medida em que ele se torna consciente de seu funcionamento psíquico (MONEY-KYRLE, 1990), mas também tenho que me conhecer e saber do meu funcionamento psíquico.

Ao mostrar ao paciente o que é dele e ele se tornar consciente de seu funcionamento, se o mesmo tiver o desejo de se transformar e fizer esforço para tal, poderá construir uma percepção de sua individualidade, e libertar-se das distorções do passado. (JOSEPH, 1992)

Apesar de ter mais consciência do papel do analista, mergulhar no inconsciente do paciente ainda me parece mergulhar numa escuridão, onde tenho que tomar cuidado para separar se o que enxergo é do paciente, ou se está misturado com algum fragmento meu.

O que acontece no *setting*, durante uma sessão, é muito rápido. Tem que se ter a percepção do que o paciente está querendo passar no discurso, e o analista tem que ter rapidez de percepção e de raciocínio, para dar uma interpretação adequada.

Sair do papel de estudante e de paciente para passar para o papel de ser o analista é uma responsabilidade muito grande. Muitas vezes me senti inseguro, por não compreender o que o paciente estava passando ali na sessão para mim, e em outras sessões, me senti mais tranquilo e confiante, achando que estava entendendo o paciente.

Além do aprendizado das teorias psicanalíticas, e da minha análise pessoal, pude compreender que se faz necessária a super-

visão, pois com ela pude constatar que muita coisa me fez achar que estava no caminho certo com o paciente e posteriormente vi que não estava, que era contratransferência.

Entretanto, também foi de muita valia poder constatar que muitas vezes estava acertando nas interpretações.

Hoje compreendi que o tão famoso tripé da psicanálise (aprendizado teórico, análise pessoal e supervisão) são requisitos necessários na formação de qualquer psicanalista, e no meu caso percebo que utilizarei todos os recursos que estão ao meu dispor para a minha formação de psicanalista. Ser psicanalista é um desafio constante.

Creio que é importante ter consciência de que se eu estiver imbuído do desejo de querer aliviar a dor do paciente, estarei mergulhado em minhas fantasias onipotentes de salvação e não conseguirei ver quem é o paciente que estará ali comigo. Este trabalho foi muito importante para que eu pudesse ver que a contratransferência cega o profissional e impede a percepção do funcionamento do paciente.

Carla não ficou comigo, saiu após a segunda entrevista. Pude perceber que continuei inteiro; fiquei triste, mas hoje me vejo refeito. Pude perceber que enfrentarei muitas situações de perda em consultório, mas que são perdas que não me levarão ao sofrimento insuportável a ponto de formar sintomas, serão perdas que fazem parte dessa profissão e que me ajudarão a crescer. Não são todos os pacientes que entram em análise para ficar, alguns sairão porque eu não soube lidar com a situação, outros sairão porque não conseguiram suportar a verdade sobre si mesmos e outros ficarão.

CONCLUSÃO

Carla ficou comigo durante duas entrevistas e depois afirmou que se precipitou e que continuaria com a sua atual terapia. A teoria de Melanie Klein foi a base utilizada por mim para conhecer o funcionamento psíquico de Carla, bem como para enfatizar as

transferências e as contratransferências. Através de autores pós kleinianos pude ampliar o conhecimento sobre o destino que Carla deu para o seu sofrimento. Embora nas entrevistas não seja aconselhável o analista dar interpretações para o futuro paciente, foi sentido que nesse caso era necessário que eu tivesse feito. Se este foi um dos motivos que contribuiu para que Carla tenha desistido, não há como saber. Nada indica, no entanto, que se tivesse havido um acolhimento para o seu sofrimento, ela teria começado a sua análise comigo.

Na transferência Carla mostrou muita culpa, remorsos, a necessidade de buscar o objeto bom, e contratransferencialmente me identifiquei com essa culpa e com a necessidade de ser esse objeto bom para ela. O que se percebe é que o desejo do analista interfere na percepção do caso.

O entendimento das teorias psicanalíticas não garante o sucesso do psicanalista. Cada paciente reage à sua própria forma quando o analista aplica a técnica psicanalítica, e cada psicanalista se envolve da sua forma com o seu paciente. Enfatiza-se que o Inconsciente de cada sujeito é manifestado através de suas fantasias, e aparece nas sessões nas transferências dos pacientes, assim como aparece nas contratransferências dos analistas.

RESUMO

O objetivo do trabalho é avaliar a abordagem do psicanalista, aplicação das técnicas aprendidas e principalmente a atuação do psicanalista. Utilizei técnicas da Psicanálise de Melanie Klein e pós kleinianos.

Unitermos: sofrimento, sintoma, repetição, transferência, contratransferência.

REFERÊNCIAS

- ETCHEGOYEN R. Horácio. *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. Editora Artes Médicas Sul Ltda: Porto Alegre, 1987.
- FREUD, Sigmund. *Recordar, Repetir e Elaborar*. Novas Recomendações Sobre a Técnica. Das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Editora Imago Ltda, 1972.
- _____. *Mais Além do Princípio de Prazer*. Das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Editora Imago Ltda, 1972.
- JOSEPH, Beth. *Equilíbrio Psíquico e Mudança Psíquica*. Rio de Janeiro: Editora Imago Ltda, 1992.
- KLEIN, M. *As origens da transferência* (1952). Inveja e gratidão e outros trabalhos. 1946-1963. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- MONEY-KYRLE, Roger. *Contratransferência Normal e Alguns de seus Desvios* - Melanie Klein Hoje. In: ____ Desenvolvimento da Técnica. v.2, Rio de Janeiro: Editora Imago, 1990.
- MORETTO, Maria Livia Tourinho. *O Sofrimento Na Nossa Cultura*. Sucesso. Palestra - Café Filosófico. Publicado em: 25 de junho de 1990. Psicanálise e Religião: Me. Eckart, S. João da Cruz e a Experiência Analítica. palestra administrada pela Escola de Psicanálise Psicanalítica.
- SEGAL, Hanna. *Posição Depressiva*: Introdução a Obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Editora Imago Ltda, 1975.