

PROGRESSOS NO TRATAMENTO PSICANALÍTICO

ANTÓNIO COIMBRA DE MATOS

Departamento de Pedopsiquiatria. Hospital D. Estefânia. Lisboa

RESUMO

O autor fundamenta o tratamento psicanalítico numa concepção interactiva e intersubjectiva do desenvolvimento psíquico normal e patológico. Pela internalização – durante a infância – de relações patológicas e patogénicas, o indivíduo estrutura um modelo relacional interno perturbado que vai determinar as suas escolhas sequentes, perpetuando a patologia. O estilo relacional patológico repete-se, também, na relação psicanalítica, permitindo a sua análise e dissolução. Paralelamente, enceta-se uma nova relação – proposta e promovida – pelo psicanalista – que vai no sentido do desenvolvimento e da saúde mental. Esta nova relação – desenvolvutiva e sanígena – vai sendo transportada para o quotidiano do paciente. O modelo interno de relação, ele próprio, e através das novas vivências, transforma-se. A psicanálise termina quando o novo modelo relacional interno está consolidado. A cura psicanalítica é, portanto, um processo de transformação; e o psicanalista o agente transformacional. Neste sentido, o autor defende que a contratransferência precede a transferência e é o motor do processo de cura. O que resume na injunção: precessão e primazima da contratransferência.

SUMMARY

ADVANCES IN PSYCHOANALYSIS

The author considers psychoanalytic treatment to be most effective when based upon an interactive, intersubjective conception of normal and pathological psychic development. By internalizing pathological and pathogenic relationships during childhood, the person builds up a troubled internal relational pattern; it determines his/her choices and ensuing relationships and thus perpetuates his/her pathology. When it appears in the psychoanalytic relationship this pathological relational style can be analysed and resolved, while a new relationship, promoted by the psychoanalyst, is begun. It aims at fostering the person's development and mental health. This new, healthier relationship is progressively integrated into the patient's everyday life. Consequently the internal relationship pattern itself, through the person's new experiences, changes. Psychoanalysis comes to an end when the new internal relational pattern is consolidated. Therefore the psychoanalytic cure is seen as a process of transformation; and the psychoanalyst is its agent. Therein, the author maintains that countertransference precedes transference and is the driving force of the curing process. The author states that: precedence and priority should be given to countertransference.

A psicanálise é a ciência que investiga os fenómenos psíquicos inconscientes, isto é, aquilo que existe e acontece (conteúdos, estados e operações mentais) a nível do latente – do não manifesto e conscientemente apreensível –; mas que determina, em grande medida, o comportamento do indivíduo, designadamente a sua relação emocional com os outros. O conceito-chave é a *qualidade de latente*. Não é uma substância, um objecto distinto e específico de estudo que está em causa, mas uma condição particular da sua existência e vicissitude: a mente e a vida mental subjacentes à sua superfície conhecida (consciência), cognoscível (que pode conhecer-se por auto-reflexão – Eu reflexivo) e cognoscente

(agente de conhecimento do mundo – Eu operador epistémico).

Os factos e processos mentais inconscientes, o material e os funcionamentos psíquicos latentes evidenciam-se e manifestam-se por derivados directos ou indirectos que emergem na superfície da consciência (emoções, desejos, fantasias, medos, etc.) e/ou pelas suas produções, os resultados do processamento inconsciente da informação interna e externa (somestésias, estados gerais do corpo, desejos, receios, esperanças, decepções, etc.; sensopercepções, estímulos, gratificações, frustrações, etc. – quer tenham sido conscientemente percebidos ou infra-liminarmente captados). Algumas destas emergências

têm o significado de sintomas de disfunção ou perturbação do aparelho psíquico: fobias, obsessões, delírios, crises emocionais, etc.

A cura psicanalítica tem demonstrado que determinados «sinais de superfície» têm um valor *indiciário* importante para o conhecimento da organização psíquica do doente (personalidade e estilo de relação) e da sua génese, logo, da etiopatogenia do sofrimento, e, conseqüentemente, da orientação do processo psicoterapêutico: sonhos e devaneios, associações livres na regressão terapêutica, repetição transferencial e sobretudo a nova e desenvolvutiva *relação terapêutica* estabelecida.

Partindo do pressuposto – amplamente confirmado pela investigação psicanalítica e etiológica – que a doença mental funcional resulta de *relações interpessoais patológicas e patogénicas internalizadas*, objecto de um desenvolvimento intrapsíquico relativamente autónomo, o tratamento psicanalítico assenta em dois procedimentos metodológicos:

1. Reconstrução e análise do passado vivido (emocionalmente experimentado), com recurso, sempre que necessário, à informação fornecida pela repetição transferencial e outras fontes de dados sobre o excluído da consciência e da memória.

1.1. Desmantelamento da/s relação/ões patogénica/s internalizada/s – através da interpretação directa das relações infantis e actuais significativas e da interpretação da transferência de repetição (repetição/actualização com o psicanalista da relação patogénica vivida no passado e/ou vigente). A interpretação da transferência tem um enorme peso específico, uma vez que a relação transferencial se desenrola *ali e naquele momento* com o psicanalista; sendo, por isso, irrecusável e incontornável, e não podendo, pois, ser iludida ou desmentida – é como uma replicação em laboratório.

2. Desenvolvimento de uma *nova relação* – desenvolvutiva e sanígena – com o psicanalista. Esta nova relação, com um novo objecto, é verdadeiramente a «relação terapêutica», a relação que irá encaminhar o doente para a cura. Ela retoma o desenvolvimento outrora suspenso e eventualmente desviado. A cura é, portanto, um retomar do processo desenvolvimental.

A nova relação é também uma relação de transferência, mas de transferência do desejo – do desejo de um relacionamento empático, responsivo, em que o paciente se sinta reconhecido, compreendido e aceite na sua diferença e originalidade.

É, ainda, uma relação de cooperação, em que analisando e analista trabalham em aliança para a observação o mais exacta possível e a compreensão alargada das dificuldades, conflitos, carências, falhas, etc., do primeiro e para a sua resolução.

2.1. Esta relação no sentido do desenvolvimento vai sendo progressivamente transposta para o exterior da experiência psicanalítica, vale dizer, transferida para pessoas do quotidiano do doente, com quem ele reforça e

continua o processo desenvolvutivo retomado. É a *transferência da transferência*.

O tratamento psicanalítico é, como se vê, um processo de *transformação* – transformação da estrutura interna do sujeito, na dupla vertente da identidade e do estilo de relação. O paciente muda: sai outro e com outro tipo de relação. Por isso mesmo, deixa de ser doente: estar fechado num sistema de crenças, guiar-se por convicções inabaláveis, incapaz de mudar de perspectiva, colado a ideologias saturadas, suspenso numa cultura datada, tolhido na tomada de decisões, prisioneiro de perdas irreparáveis, atulhado de raivas inconsequentes ou improdutivas, impotente para apoderar-se dos seus próprios poderes, numa palavra, falhado, na sua independência, autodeterminação e liberdade de ser e crescer, porque enleado nos seus conflitos internos e bloqueado pelas restrições inconscientes que a cultura/educação lhe inculcaram e o medo, a culpa e/ou a vergonha ampliaram escandalosamente.

Não falei, propositadamente, de doenças e de sintomas; porque o doente, afinal, é esse destroço humano mais ou menos destroçado – que sofre e/ou faz sofrer – o doente, aquele (e não aquilo, a doença) que tratamos, facilitando-lhe a retoma do seu crescimento em liberdade e o livre exercício da sua inteligência.

A cura psicanalítica tem por objectivo aumentar o autoconhecimento, pela conquista de parcelas significativas do inconsciente, oriundo de informes excluídos e de produtos do processamento mental subliminar não incluídos (resultados ignorados do pensamento automático e das escolhas instintivo-afectivas imediatas). Este ganho em autoconhecimento resulta de aquisições durante a cura (autoconhecimento estático) que condicionam mudanças progressivas no ser e no relacionar-se, mas também, e mais relevantemente, numa maior capacidade e competência para se autoconhecer, no desenvolvimento, sobretudo, de um maior exercício da função auto-reflexiva (designada por Bion «função psicanalítica da personalidade»). Esta função, a princípio desempenhada predominantemente pelo analista, vai sendo retomada e desenvolvida pelo analisando, sendo o seu incremento um dos melhores indicadores do progresso da cura.

A psicanálise clássica foi uma técnica criada para o tratamento das neuroses. O seu campo de aplicação foi progressivamente alargando-se às depressões, perturbações narcísicas, patologia *borderline* e psicoses. Método indicado para adultos até à meia-idade, rapidamente se estendeu às crianças e adolescentes.

Desde há duas/três décadas tem sido ensaiada a psicanálise na terceira idade. Tratando-se de uma psicoterapia profunda (que vasculha em territórios recônditos da mente) e radical (que mexe nas raízes e procura lançar novas radículas), só de uma forma modificada (diria, atenuada) é recomendada depois dos 50/60 anos – as grandes transformações começam a ser pouco possíveis e eventualmente arriscadas; e a esperança e motivação para desfrutar uma vida diferente encontram-se diminuídas.

Nos últimos vinte anos tem sido desenvolvida a análise da díade mãe-filho/a; as interpretações, obviamente,

são dirigidas à mãe. É um método extremamente útil no tratamento das perturbações da relação primária.

A análise do casal e principalmente a terapia familiar psicanalítica tem tido nos últimos tempos uma grande expansão. O psicodrama psicanalítico individual e de grupo é também uma técnica em franco desenvolvimento.

A psicoterapia analítica de grupo (grupanálise) desenvolveu-se depois da última guerra mundial e continua em plena difusão.

As indicações para a psicanálise individual, de grupo, familiar ou psicodrama exigem um conhecimento especializado da psicopatologia dinâmica e das diferentes técnicas analíticas, sendo portanto da competência dos especialistas.

A partir dos anos 50 tem-se assistido a um progressivo desenvolvimento das psicoterapias dinâmicas ou psicoterapias de orientação/inspiração psicanalítica. A sua técnica baseia-se nos conhecimentos psicanalíticos – nomeadamente, do conflito, transferência e interpretação –, utilizando porém uma metodologia diferente: paciente sentado, sessões menos frequentes, duração do tratamento mais curta. A psicoterapia dinâmica está indicada quando não é necessário, ou é mesmo inconveniente, atingir camadas profundas da estrutura mental.

Dois palavras sobre o uso do divã

Não é um ritual da psicanálise. A sua utilização fundamenta-se no seguinte: indução da regressão terapêutica necessária, espontaneidade do processo transferencial, adequação da contratransferência, associação livre do analisando, atenção flutuante do analista, influência mínima de estímulos adventícios, focalização e isolamento do campo de investigação (a pessoa do analisando nas suas relações com o mundo, designadamente com as pessoas significativas do passado e do presente, incluindo o psicanalista, na realidade e na fantasia).

A posição do analisando deitado no divã, sem ver o psicanalista e sem este ver o seu rosto, eliminando a comunicação pelas expressões faciais, estimula a introspecção no analisando e o pensamento indagativo no analista, ou seja, a curiosidade de perceber, através do que o doente lhe conta, i.e., das suas narrativas, como ele sente, pensa e age, quem é ele, quem são ou foram os seus educadores (pai, mãe, etc.), que tipo de relações estabeleceu/e e estabeleceram/em com ele, tudo isso estimula, dizíamos, a pesquisa psicanalítica – ou seja, a investigação do sistema relacional do paciente nos seus três principais subsistemas: relações com os objectos internos (pessoas significativas do passado infantil), relações com os objectos externos (pessoas significativas da actualidade) e relação com o analista. A técnica cadeira-divã, pela razão atrás referida, promove, ainda, melhor conhecimento e compreensão da natureza, qualidade e textura (autenticidade, força e duração, densidade, flexibilidade e ajustamento) dos laços de amor, ódio e curiosidade que o paciente nutre com os seus objectos.

Na hora actual, assim como no passado recente, os progressos em psicanálise distribuem-se por duas áreas:

1. Investigação

1.1. Incremento da investigação psicanalítica tradicional: investigação sobre a evolução do tratamento, resultados e catamnese de casos singulares; pesquisa em colaboração com outro analista sobre análises supervisionadas.

1.2. Estudos com grupo experimental, grupo de controlo e grupo de validade discriminante (por exemplo, doentes tratados em psicoterapia de apoio).

1.3. Registo sonoro das sessões e discussão inter pares (grupo de psicanalistas).

1.4. Confrontação de resultados da investigação psicanalítica e de estudos empíricos do desenvolvimento.

2. Progressos no tratamento

Podemos resumir os progressos actuais no tratamento psicanalítico do seguinte modo:

2.1. Maior eficiência terapêutica, que se traduz na qualidade dos resultados: expressa no grau de mudança e de expansão da personalidade.

2.2. Preocupação pela activação do *self* do paciente e rendimento da sessão analítica, promovendo a aceleração do processo e o encurtamento da cura.

2.3. Menor rigidez das regras da prática psicanalítica: número de sessões semanais adequado ao caso particular, sessões duplas em casos especiais, tendência generalizada a diminuir a frequência das sessões.

2.4. Aceitação de tratamentos associados: psicofármacos, psicodrama, terapia familiar, psicoterapia cognitivo-comportamental, reabilitação psico-social.

Todavia, o grande progresso dos nossos dias, no tratamento psicanalítico, é: *a)* o crescente rigor no diagnóstico: entrevista psicanalítica longa e multiplicada, testes psicológicos de personalidade, exame médico por clínico geral, internista e/ou outros especialistas; *b)* a cuidadosa avaliação dos custos/benefícios de um tratamento longo e dispendioso, em comparação com outros possíveis tratamentos. Hoje em dia não é admissível a nenhum psicanalista consultor fazer uma indicação de psicanálise se ele próprio não tem uma experiência médica e psiquiátrica suficientes, ignora a ciência cognitiva, não sabe apreciar o resultado de uma prova de personalidade e, mais grave ainda, não tem qualquer experiência de psicoterapia de grupo, terapia familiar, psicodrama ou psicoterapia dinâmica – arrisca-se a indicar e arrisca o doente a submeter-se a um tratamento desnecessário ou que não é o melhor, mas que apenas é o único que o consultor, provável ou seguramente, sabe fazer.

Um avanço ainda mais importante no tratamento psicanalítico resultou da investigação e melhor conhecimento dos processos de comunicação interpessoal e génese das suas perturbações, bem como do desenvolvimento afectivo e da aprendizagem social. A intervenção psicanalítica, na técnica actual, é particularmente dirigida às perturbações da relação intersubjectiva – bloqueios, inibições, desvios, inércia, degradação entrópica e gradiente de extinção – presentes no núcleo patológico

original e que se expandem pelo e no processo evolutivo mórbido intrapsíquico (tendencialmente autónomo e pouco influenciável pela sucessiva e eventualmente diferente circunstância relacional) da doença mental funcional, doença da relação. Metafórica ou analogamente, podemos dizer que a perturbação psíquica é um «tumor do espírito»: benigno e circunscrito (neurose), expansivo e ocupando demasiado espaço (patologia depressiva e quadros afins), ou maligno e infiltrante, invasivo e gerador de metástases (psicose).

A relação patogénica internalizada desenvolve-se em círculo vicioso, alimentado e reforçado pelas novas relações interpessoais patológicas e patogénicas que a deformação da personalidade do sujeito e os seus desejos e fantasias induzem e provocam nos objectos relacionais. Até que ... até que a relação terapêutica, desenvolvutiva e sanígena, que o psicanalista lhe oferece ou põe à sua disposição quebre o vício relacional, dando lugar a um *círculo virtuoso* de expansão da mente. A relação analítica surge, por conseguinte, como um relacionamento inovador e criativo, que retoma, *aqui e agora* – no quadro do tratamento –, o desenvolvimento psíquico, emocional e relacional *lá e outrora* suspenso ou desviado.

CONCLUSÃO

O tratamento psicanalítico é um trabalho terapêutico (realização) e de investigação (compreensão), em que as duas ordens estão permanentemente interligadas, como em qualquer outra tarefa científica.

O ganho de saúde e de conhecimento advém da desenvoltura progressiva da relação intersubjectiva analisando-analista (na gíria psicanalítica, «transfero-contratransferencial» – significando que se trocam afectos). Relação vivida; mas também observada, compreendida e explicada, abrindo ou reabrindo a capacidade especificamente humana de se conhecer e pensar e de conhecer e pensar o outro, nos seus recíprocos ou divergentes desejos, afectos, fantasias e intenções (ganho de pensamento imaginário e simbólico).

Por último, através do desenvolvimento do processo associativo e de criação de conceitos e metáforas, assis-

te-se ao lançamento/relançamento da mente na espiral evolutiva da criatividade, via régia para a transcendência e escalada em direcção ao sublime – vitória sobre a mortalidade certa, pela imortalidade simbólica: obra deixada, cultura transmitida, presença na memória dos que ficam.

É em diálogo de afectos e saberes que o processo psicanalítico transcorre: *Selves* que se relacionam e *Eus* que observam e pensam, anotam e conceptualizam – com a finalidade de, comunicando entre eles isso tudo, a experiência emocional vivida produzir crescimento afectivo e o entendimento racional conduzir ao amor, à verdade e à alegria na descoberta.

É talvez na patologia psicossomática que mais e melhor se evidencia a mudança ocorrida pela permeabilização da comunicabilidade íntima e expansão da função semiótica. O paciente começa a sonhar, fantasiar, amar e odiar livremente, fazer projectos – realistas e ilusórios –, transferir afectos e interesses, passear à vontade pelas auto-estradas da mente e com a prudência necessária *mas suficiente* pelas veredas da realidade; e a doença somática funcional ou orgânica esfuma-se ou vai regredindo.

Contudo, e assim termino, o tratamento psicanalítico nem sempre é o único ou o melhor, pode ser prejudicial em alguns casos clínicos ou situações de vida e outras vezes é útil mas insuficiente. Cabe ao especialista competente, sério e criterioso avaliar quando e como deve ser utilizado.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- BAKER R: El Descubrimiento por Parte del Paciente del Analista como Objeto Nuevo. Libro Anual de Psicoanálisis 1993;IX:11-20.
- DIAS A, FLEMING M: La fonction contenante de l'analiste. Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris 1994;31.
- COIMBRA DE MATOS A: A Contratransferência como Resistência do Analista e como Material do Processo Analítico. Rev Port Psicanálise 1985;2:25-44.
- La Función Analizante. Anuário Ibérico de Psicoanálisis II, Actas do 2º Congresso Ibérico de Psicoanálisis 1991;89-102.
- Da emoção ao pensamento: o afecto no conhecer do outro. Rev Port Psicanálise 1996;15:83-92.
- Narcisismo e Depressão. Rev Port Psicanálise 1997;16:19-25.
- Símbolo e Pensamento. Conferência no X Colóquio de Psicanálise «Psicanálise e Simbolismo», Lisboa 10-5-1997 (N. Ed.).
- TREURNIET N: What is psychoanalysis now? Int J Psycho Anal 1993;74: 873-91.