

Contratransferência em Situações “Extremas”

Às vezes encontramos pacientes que nos levam a explorar as fronteiras da psicanálise como instrumento para a cura e como método de compreensão dos sofrimentos mentais graves.

Criam-se, nesses lugares, situações “extremas” entre paciente e analista que, ao longo das diretrizes da transferência e da contratransferência, individualizam áreas da experiência inconsciente que não podem nem emergir em formas narrativas nem ser recordadas em sentido autobiográfico, senão sob a forma de rompimento ou de medos de rompimento (WINNICOTT, 1963). Podem ser revividas concretamente, em campo, com os aspectos de uma experiência atual, capaz de envolver

Mauro Manica

Membro Associado da
Sociedade Psicanalítica Italiana.

a pessoa do analista: ainda quando, na realidade, seja a reprodução de uma quebra já ocorrida e que envolveu a relação com os objetos primários.

Portanto, se assiste e se vê arrastado a experimentar “agonias”, mais do que angústias primitivas, pertencentes a uma área de experiências não simbolizadas e não verbalizadas – experiências que se podem converter em pensáveis e predispostas a uma transformação somente dentro da mente do analista.

Nesses casos, estamos frente a um fracasso dos processos simbólicos e representativos. E, então, o conceito de *agonia* primitiva, de Winnicott, oferece uma perspectiva que permite dramatizar o significado afetivo da experiência traumática originária. A *agonia* faz referência à idéia de um sofrimento mental avassalador e comporta a idéia da confrontação com uma situação extrema, com a possibilidade de uma morte psíquica.

Alinhado às formulações freudianas sobre a angústia traumática, poder-se-ia dizer que, talvez por meio do conceito de *agonia*, Winnicott quis indicar quão extensa e profunda foi a fratura do sistema de paraexcitação, o que provocou então uma dor mental tão intensa, de modo a impedir a realização de processos de contracatexia psíquica que pudessem delimitar a extensão da fratura ou das feridas do Si mesmo. Também Winnicott reconduziu esse fracasso dos processos psíquicos de defesa à extrema imaturidade do Eu no momento das experiências cataclísmicas. Trata-se, então, de experiências originárias que envolvem a formação do Si mesmo em épocas em que sua organização não é capaz de opor resistência, não é capaz de fazer nada, até o limite de não poder sequer ficar presente na experiência.

O modo no qual as partes infantis do Si mesmo se retirarão da experiência agônica poderá ser substancialmente representado mediante uma “contracarga protetora” (ROUSSILLON, 1999). Por exemplo, se a *agonia* está suscitada pela experiência de ser-deixados-cair-ao-infinito, a defesa será a autocontenção; se tem a ver com estar-desorientados, com a perda do sentido da realidade, a defesa poderá ser o uso do narcisismo primário; ou, também, se a experiência agônica levou à perda das capacidades para esta-

belecer uma relação com os objetos, a defesa será o autismo ou o ataque ao vínculo.

Em todos esses casos, que a clínica nos devolve em diversas combinações, a defesa consiste, em última análise, tirar a catexia da relação objetal para pôr em prática uma solução solipsística.¹

Outras vezes, como nos ensinou Roussillon, tratar-se-á mais de um modo de se retirar da dor mental, estruturando “defesas paradoxais”, centradas essencialmente no revirar passivo/ativo, em um desesperado movimento defensivo que já Ferenczi (1932) havia vislumbrado frente a essas carências traumáticas do ambiente familiar que conduzem a “uma confusão de linguagens entre adultos e crianças” e à necessidade de se identificar com o agressor e com as modalidades próprias da agressão.

Nessa articulação dramática de defesas, que não quer ser uma descrição clínica exaustiva, identifica-se imediatamente um traço comum: trata-se de defesas extremas frente a experiências traumáticas extremas, aquelas para as quais Freud (1910) parece haver escrito: “é mortificante pensar que um Deus justo ou uma Providência benévola não nos proteja melhor de semelhantes influências no período mais indefeso de nossa vida”.

Por outro lado, trata-se de defesas permanentes e paradoxais nas quais pode ser reconhecida, como traço genético comum, a condição de não-pensabilidade ou insuficiente pensabilidade dos eventos traumáticos que,

¹ Paul-Claude Racamier (1995) parece-me ser o psicanalista que mais conseguiu atrever-se, de uma maneira imaginativa, à exploração das soluções solipsísticas, criando a figura clínica do *Antiédipo* e estudando a área dos fenômenos e dos objetos *incestuais* (com potencialidade incestuosa).

A constelação antiedípica – segundo Racamier – põe-se em uma relação de complementaridade com a edípica nos destinos mais favoráveis e naturais, enquanto que entra em competição com o Édipo nas variantes mais traumáticas. O Antiédipo é filho de uma sedução narcisística materna, de objetos que fazem enlouquecer; trata-se de um conflito nas origens que contrapõe as forças tendentes ao uníssono narcisístico com a mãe primária às outras forças opostas que aspiram à separação e à autonomia.

Seu fantasma essencial (ou melhor dito: seu *fantasma-não-fantasma*), sua específica configuração é a de ser gerador de sua própria vida: o gerador de si próprio. Seria essa a via aberta para a psicose e, nos resultados mais dramáticos, para a esquizofrenia.

Porém, se é a função “umbral” da organização de complexos antiedípicos a se derrubar, então cai

no máximo, permite armazená-los nas partes psicóticas da personalidade, como ideogramas difíceis de decifrar (BION, 1963), a utilizar sucessivamente para a evacuação ou para desesperadas tentativas de comunicação.

E se as articulações fenomenológicas da agonia primitiva a definem como extrema, sem fim (os organizadores temporais constituíram-se com labilidade), sem limites (conduz a uma desorganização), a mente da criança não dispõe, de imediato, de outros recursos que não sejam retrair-se na tentativa de evitar a ameaça de uma morte psíquica ou cindir as partes do Si mesmo que foram, principalmente, investidas pela onda de choque, encerrando-as em um objeto interno (“*claustrum*”) ou em um refúgio, ou ainda em um limbo psíquico colocado fora do Si mesmo e dos objetos internos.

Então, o fato de que se experimente a agonia em dimensões não verbalizáveis e não simbolizáveis não implica que essa experiência não esteja gravada na personalidade e não deixe marcas internas. O trauma segue inelaborável e incontível, o sujeito retira-se da experiência e deixa-a, assim, que se desenvolva “sem ele” (ROUSSILLON, 1999), porém a defesa cria um estado de estruturação da mente que faz com que a marca da agonia esteja sempre presente, sob a forma de uma ausência de vida. Em outras palavras, a defesa despotencializa o sofrimento e o trauma, porém a estruturação do Si mesmo leva o sinal do mesmo. E esse sinal, essa marca não é dinamizável e não se pode processar senão através do processo (terapêutico) psicanalítico, que pode ativar a esperança de permitir a repe-

a função do Antiédipo como organizador interior e social. Assim como para o Édipo o limite é o tabu do incesto, para o Antiédipo seu tabu é o da indiferenciação dos seres: o que não permite a confusão entre sujeito e objeto, entre os gêneros (masculino – feminino) e entre as gerações. Então, se infringimos o tabu antiédipico, as expectativas narcisísticas maternas prevalecem sobre as expectativas narcisísticas da criança, a mãe seduz o filho e se realiza um desvio irrefreável nas potencialidades incestuosas (*incestuais*). A criança converte-se em objeto-fetichado de uma figura materna que não tolera nem autonomia nem separação; inverte-se a função continente-conteúdo e a criança, invadida pelas angústias maternas, se encontra fixada na posição de *objeto-não-objeto*, herdeira de um destino que passa através de gerações, que não é seu destino e, no entanto, condena o obrigado a realizá-lo mais além da morte de quem obriga, até os confins do mundo, mais além dos limites de uma vida.

tição, o *working through*, e finalmente a construção de uma nova forma de lembrança.

Então, talvez, devemos ressequenciar o percurso indicado por Freud (1914): não lembrar, repetir e reelaborar, mas também repetir, elaborar progressivamente, para poder recuperar as partes do Si mesmo, agonizantes e afásicas, mediante o trabalho de co-construção, de simbolização e de reafetivização levado a cabo na relação analítica.

Em outros termos, sempre para usar os conceitos rbdomânticos e quase premonitórios de Freud (1925), se a profundidade e a extensão da fratura do sistema de paraexcitação fizeram que a “angústia traumática” não se pudesse transformar em “angústia sinal”, não é sequer possível o trabalho simbólico da repressão. A experiência agônica precipita, assim, em um inconsciente não reprimido: não é acessível a uma memória autobiográfica, como intuiu Mancia (2002), se a relega à memória implícita e às dimensões implícitas da mente da criança.

Somente na transferência é possível sua reatualização, por meio das articulações pictóricas do sonho ou dos elementos musicais da comunicação (o timbre, o ritmo, a tonalidade, o volume da voz), antes que por meio de seus conteúdos, e só – segundo os ensinamentos de Winnicott – se o paciente estiver suficientemente seguro de poder experimentar o trauma originário, a agonia primitiva, nesse contexto analítico específico e na relação com o analista, como terapeuta e, principalmente, como pessoa.

Material Clínico

Hermes (assim chamarei o paciente) sempre teve de recorrer a defesas centradas no funcionamento de uma organização autárquica e protética que o obrigava a produzir seqüelas de elementos “*balfa*”² (FERRO, 2002), ou

² Com a denominação evocativa de *balfa*, Antonino Ferro desenvolve, de maneira original, o conceito de Bion de “fatos não digeridos”: impressões sensoriais, turbulências traumáticas, emoções confusas e não-expressadas (elementos *beta*, no sentido bioniano) que não podem ser transformadas inteiramente por meio da função *alfa* em símbolos e pensamentos.

Os fracassos dessa transformação fundamental – mediada no desenvolvimento infantil pelo fun-

elementos que, nesse caso, seriam melhor definidos como *não-alfa-e-não-beta*, experiências emotivas aparentemente boas, porém, em realidade, contaminadas por núcleos angustiantes e destrutivos que não podem ser pensados.

A que aparece de maneira fulminante na transferência é uma mãe afetivamente não responsiva, uma mãe “morta”, no sentido indicado por André Green (1980), emotivamente incapaz de aderir às necessidades e aos pedidos da criança. Uma mãe órfã de pai que, oferecendo ao filho um pai igualmente ausente, lhe confia uma parte de um destino próprio. Entrega-lhe um mandato hereditário que endivida as partes infantis de sua personalidade, dando a essas, como única alternativa, a ilusão de uma autogeração onipotente e desesperada (e Hermes torna-se autodidata, um leitor onívoro, caótico e voraz) ou a proteção que promete um encarceramento até o fim da vida (e Hermes frequenta o seminário durante alguns anos, obrigado pela mãe a tratar de se fazer sacerdote: talvez para ser confiado a um pai eterno e imortal, talvez para recuperar, para a mãe, uma figura paterna da qual se havia sentido abandonada).

Então, como eleger um caminho próprio na vida? Como se dar uma identidade que possa permitir a localização dentro de uma boa família interna?

Depois de haver caído em um alcoolismo com traços essencialmente dipsomaníacos, depois de repetidos naufrágios sentimentais e existenciais, depois da dependência de drogas de um filho, depois de várias tentativas psicoterapêuticas abortadas, Hermes, no limiar dos cinquenta anos, cínico e esvaziado, “como alternativa a uma solução suicida”, aporta na última praia de uma psicanálise.

A estréia é impiedosa, porém do corpo-a-corpo cerrado e sem exclusão de golpes, com o transcorrer dos meses, se vislumbra um fio de esperança.

cionamento mental materno – fazem, então, que os agregados *alfa* constituam a defesa primária frente a qualquer patologia e se proponham como fatores prioritários da transferência.

Assim, depois de sonhos que o vêem emboscado em um “*claustrum*” retal, no qual aparece um pai-analista depreciado e desvalorizado, traz, às sessões, material onírico que mostra as defesas, as fantasias e as angústias que vive na transferência, porém que, talvez, também deixa entrever o esboço de um percurso terapêutico.

No sonho, tem de comprar carne de cavalo e encontra o pai, a quem pede que o acompanhe. É ele, porém, que indica o caminho a percorrer: ainda melhor, conhece um atalho que os leva a percorrer becos cada vez mais estreitos e escuros, até que se vislumbra, à distância, a rua iluminada onde está o açougue.

Nas associações do sonho diz que: 1) não sabe se o pai o aconselhará, ou estará atento à compra da carne de cavalo; 2) os becos escuros lhe fazem pensar no intestino e nas interpretações do “*claustrum*”, que apareceu em sonhos precedentes; 3) a carne eqüina remete-o à decisão, depois do alarme pela “vaca louca”, de não mais comer carne bovina; 4) lembra logo que o médico de seu povo de origem receitava a carne de cavalo e a propunha como remédio empírico para as crianças “anêmicas” – talvez a mãe, em alguma ocasião, havia seguido o conselho do médico e a havia cozinhado; 5) sorrindo, fala da necessidade de esperar que a carne eqüina que poderá comprar não seja de “cavalo louco” e lembra que *Crazy Horse* era um chefe índio que o havia fascinado, nas leituras de sua infância, por suas aventuras de “herói rebelde”.

Faz-se evidente, como aparece no sonho, a necessidade de ativar as defesas narcisistas frente ao terror e à angústia suscitados pela relação de suas partes infantis com uma mãe-vaca louca (uma mãe que identifica projetivamente sua depressão, sua orfandade e sua visão cínica da vida) e intensificados pela ausência de um pai, de uma função paterna que pudesse protegê-lo, sanar a relação mãe-filho, e oferecer apoio à mãe, para que pudesse transformar em alimento nutritivo a própria “loucura”.

A organização narcisista não pode aceitar a dependência do analista (ainda que comece a aceitar sua companhia): deve eleger por si próprio,

autarquicamente, o caminho a percorrer, e melhor; deve tomar atalhos (como o álcool do qual abusa), porquanto o conduzam em um espaço retal.

Certo, o percurso analítico poderia conduzir a uma relação nutritiva na qual há um pai que se tornaria capaz de desempenhar uma função de vigilância e, talvez, um açougueiro capaz de vender carne boa que, com diferença do vinho, faz realmente “bom sangue” para prover suas partes infantis “anêmicas”.

No entanto, o risco é que sua organização afetiva não lhe permita nem tolerar a dependência nem se entregar ao vínculo com o analista-açougueiro: existe o temor de que lhe forneça “cavalo louco”, alimento aparentemente bom, porém, em realidade, contaminado e perigoso.

Ao mesmo tempo, o risco está constituído pela fascinação de que a parte satânica de sua personalidade o subjogue e o seduza, como *Crazy Horse*, com a falsa promessa de ser seu herói rebelde, o vingador que, armando-o com álcool, lhe permite, entre uma sessão e outra, desembaraçar-se do trabalho feito comigo na “análise”.

Assim, o “cavalo louco” constitui-se na representação de um elemento *não-alfa-e-não-beta*: um híbrido, um elemento contaminado que permite atacar o vínculo com o analista, preservar as partes infantis traumatizadas pela dependência de objetos experimentados como não-confiáveis. Um elemento, no entanto, que ao mesmo tempo testemunha um fracasso dos processos de simbolização e do sofrimento gerado pelo desfalecimento (*defaillance*) da função *alfa*, da contenção, da capacidade de *rêverie* materna na relação primária.

Dado que todos os indivíduos entram e saem de estados narcisistas da mente, e dispõem de um “idioma pessoal” – um núcleo inconsciente do Si mesmo, como disse Mancia (2003), está constituído pela sedimentação, na memória implícita, de experiências pré-verbais e pré-simbólicas convertidas em realidade mediante a relação primária mãe-filho –, Bollas (2000) sentiu a necessidade de destacar como se converte em realidade o que definimos “patológico”, quando não é possível subtrair-se ao encantamento de uma “fixação”.

Fixierung é o termo adotado por Freud (1905, 1909, 1915-17, 1920), ainda que com articulações descritivas diferentes, para indicar o fato de que a libido fica fortemente ligada a pessoas (objetos) ou a imagens, repondo um determinado modo de compensação e se organizando segundo a estrutura característica de suas fases evolutivas (oral, anal, genital).

Com certeza, o conceito freudiano de fixação poderia revelar-se desgastado pelo tempo, por estar demasiadamente ancorado ao modelo de uma teoria determinista das pulsões e ligado a uma concepção genética que implica um processo excessivamente ordenado da libido. Isto porque Freud não tivera ainda a possibilidade de chegar a hipnotizar um inconsciente não-reprimido, ainda que, já em 1896, escrevesse a Fliess, a propósito da possibilidade de entender a fixação como transcrição de marcas de sistemas mnemônicos:

Onde falta a nova transcrição, a excitação se produzirá segundo as leis psicológicas válidas para a precedente época psíquica e ao longo das vias disponíveis nesse momento. Assim, nos encontramos diante de um anacronismo: em uma *província* particular [...] sobrevivem *refugos do passado*.³

Desse modo, se quiséssemos aproximar a visões “pós-clássicas” (LOCH, 1975) a idéia originária de Freud, relativa a *províncias* do aparelho psíquico em que podem sobreviver os *refugos* de partes do Si mesmo do passado, poderíamos assimilar o conceito de fixação aos “*claustruns*”

³ Freud, em realidade, em *Construções em Psicanálise* (1937), aproximou-se novamente à possibilidade de supor um “inconsciente não reprimido”, quando se viu obrigado a reconhecer que, em algumas situações, construções que pareciam acertadas evocavam: “nos pacientes um fenômeno estranho e a princípio incompreensível. Provocaram-lhes vivas recordações [*überdeutlich* = ultraclaros] [...]; porém, o que recordaram não foi o sucesso que constituía o objeto da construção, mas detalhes relacionados com aquele”. E Freud fala de um paciente em cujo sonho aparecem rostos, com anormal clareza, o quarto ou os móveis desse quarto, “de cuja construção não tinha, naturalmente, nenhuma possibilidade de conhecimento”; faz, então, a hipótese de que seria plausível considerar esses pormenores como o produto de um compromisso psíquico entre o empuxo

meltzerianos (MELTZER, 1992), aos “refúgios” de Steiner (1993), ou, inclusive, às “criptonimias” (ABRAHAM; TOROK, 1976) que, recuperando a natureza traumática da fixação, voltam a levá-la a uma constelação de relações internas tão traumáticas que não podem ser pensadas e as quais se devem esconder (*kryptós*), ou não se pode dar-lhes um nome (*ónyma*).

Então, o que não tem nome, que não alcança o nível de significação lingüística (MANCIA, 2002), que não se pode devolver em forma de narração ou novela autobiográfica, se encomenda àquelas modalidades defensivas de base – como a cisão, a negação e a identificação projetiva – que a criança teve de pôr em funcionamento para reduzir suas angústias de perda e fragmentação do Si mesmo, conectadas à fratura do sentimento de existir. E, principalmente, a identificação projetiva se ativará como modalidade filogeneticamente pré-humana e ontologicamente pré-verbal, segundo a definição de Money-Kyrle (1968), para exemplificar a evacuação e, eventualmente, a comunicação das experiências mais traumáticas.

Com efeito, na relação psicanalítica com os casos graves, são justamente as identificações projetivas (interpessoais e intrapsíquicas) que se manifestam maciçamente no sonho, as que atuam em sessão e se ocultam no *setting*, fazendo o analista viver emoções intensas e catastróficas.

Assim, depois de um encontro particularmente dramático com Hermes, marcado pelo surgimento de angústias psicóticas profundas, encontro-me tendo um sonho igualmente psicótico e que se poderia definir de *contratransferência dolorosamente participada*.

No drama do sonho encontro um antigo companheiro de colégio que

ascensional do inconsciente e a tendência regressiva de outras instâncias psíquicas que deslocam “as marcas mnemônicas importantes [...] de objetos adjacentes de importância menor”.

A intuição mais genial de Freud é a de propor que nesses *pormenores* possa reaparecer “algo experimentado na infância e depois esquecido, algo que a criança viu ou ouviu em uma época em que mal sabia falar e que agora forja seu caminho até a consciência”.

Com essas lembranças-detalhes, Freud parece confrontar-se com alguns conteúdos da área pré-verbal não suscetíveis de repressão; para tentar decifrá-los, deve-se pensar que sua persistência e composição derivem de ações psíquicas mais radicais e precoces, as quais – por exemplo – representadas por movimentos de cisão.

sempre me havia comovido e perturbado devido à sua grave invalidez produzida por uma poliomielite infantil. Não me surpreende o encontro, como tampouco o fato de que me comunique que deve morrer: por outro lado, a mim não fica claro se se trata de um desejo seu ou de um destino inelutável. Trata-se, no entanto, de enfrentar uma espécie de jogo, a variante original de uma “roleta russa”: ele deve desafiar a sorte primeiro e, logo após, eu. A atmosfera do sonho torna-se inquietante. Na realidade, sou eu que devo interpretar o papel de ambos os jogadores e, portanto, disparar em mim, em seu lugar, quando é seu turno, e fazer o mesmo no momento em que isso me toque. Então, inicia-se o jogo: como seu substituto, tomo o cano da pistola entre os lábios e disparo. Observo uma dor dilacerante, é como se sentisse e visse o projétil penetrar minhas estruturas cerebrais, uma luz ardente, logo o mundo se converte em nada. Implodindo, meus pensamentos convertem-se em nada e, finalmente, anula-se meu sentimento de existir. Tudo se desenvolve com uma rapidez terrível, imediatamente vejo que devo repetir o jogo porque é meu turno. De novo observo o estrondo do disparo, a dor, a sensação de anulação, porém me dou conta de que ainda estou “vivo”. No entanto, ao alívio segue-se imediatamente uma perplexidade inquietante: onde estará o projétil? Onde se depositou a ameaça constante que leva com ele? Temo que possa haver se alojado perto de uma estrutura vital e que possa destruí-la a qualquer momento. Inesperadamente encontro minha esposa e, angustiado, conto-lhe o sucedido. Escuta-me atenta e preocupada, porém sem se assustar. Sinto-a próxima à minha angústia, porém capaz de acalmar-me. Sua proposta de me acompanhar ao hospital para realizar investigações radiográficas que localizem o projétil, permitindo sua extração, esfuma meu terror e me devolve a confiança e a esperança.

Mais além das sugestões oferecidas por um trabalho auto-analítico, o dramatismo desse sonho leva diretamente a considerar o funcionamento das identificações projetivas na clínica e na relação em situações extremas.

Com efeito, a particular intensidade dos movimentos identificadores e projetivos fez com que o paciente se desembaraçasse de elementos

impensáveis e não pensados em sua sessão anterior ao sonho, introduzindo-os violentamente na mente do analista. Elementos cindidos na personalidade do paciente, tão destrutivos e tão mortíferos, como para poder ser somente evacuados; tão densos e tão opacos, como para paralisar a capacidade do analista de captar seu trânsito na imediatez do encontro.

A sessão, de fato, havia estado caracterizada pela reproposição, por parte do analisando, de um enésimo ataque de raiva com respeito à mãe, que nessa ocasião havia se manifestado ausente e distante, por sofrer de uma grave enfermidade cardíaca. O fio das interpretações havia seguido ao surgimento das angústias abandonantes e à assimilação do analista a uma mãe ausente, distraída e não-disponível. Porém, o que se havia escapado, mascarado pela intensidade da raiva e do rancor, era a diferente orientação das pulsões agressivas do paciente: o temor de morrer no abandono, de ser morto por uma privação afetiva, começava, talvez, a estar acompanhado de um movimento integrador, pela preocupação e pela melancolia por uma mãe que podia morrer. E a melancolia asfixiava o Si mesmo do paciente, visto que, ao se haverem atenuados os mecanismos projetivos no curso do tratamento, não pôde ser expulsa imediatamente. O terror de ser morto havia se convertido no terror suscitado pela evocação de uma situação suicida como única possibilidade de tratar uma angústia persecutória que se estava transformando em angústia depressiva. Tudo o que o paciente havia expulso, então, intensificando as identificações projetivas, constituía-se produto de uma elaboração incompleta e “em curto circuito”: uma necessidade de morrer que não podia ser tolerada e representada.

O sonho do analista registrava, assim, o trânsito desse elemento incompleto, um elemento *não-alfa-não-beta* composto por uma preocupação excessivamente solícita pelo objeto que gerava, de todos os modos, uma dor difusa e intolerável (uma “comoção” e uma “perturbação” que não podiam ser contidas, mentalizadas pelo paciente). Com efeito, era tanto função como responsabilidade do analista tomá-lo, submetê-lo a um trabalho de *rêverie* e fazê-lo suportável. O que não havia sucedido na incandescência emotiva da sessão sucedia no sonho de contratransferência, onde

aquilo que havia sido identificado projetivamente, e que sacudira a ordem mental do analista, encontrava novamente uma possibilidade de ser representado e pensado. O aparecimento depois de minha esposa – o médico, na realidade da vigília – vinha simbolizar a presença de um objeto interno confiável, um objeto materno capaz de *rêverie*, porém também o referente de uma função analítica da mente do analista.

Certamente, o Si mesmo infantil do paciente devia cindir, atuar e identificar projetivamente as próprias partes traumatizadas e destrutivas. E teve de recorrer a drásticas modalidades defensivas, ao menos tanto como havia sido invadido na relação primária pelas identificações projetivas de uma mãe esmagada, quando o filho tinha dois anos, por um luto inelaborável pela morte do marido. Uma mãe que assim havia exposto o próprio filho a uma experiência lutuosa combinada e superposta: ao vazio, à falta de uma função paterna, se havia agregado, no paciente, o luto-de-uma-mãe-de-luto, por sua vez agonizante e moribunda.

Considerações Técnicas

Quando se desce aos abismos do coração de pacientes como Hermes, de pacientes com áreas precocemente traumatizadas a ponto de distorcer seu próprio sentimento ou sua própria consciência de existir? De quais instrumentos é necessário dotar-se para conseguir reanimar as partes hipóxicas e cianóticas do Si mesmo desses pacientes, para assim encaminhar esses processos reparadores – também “paradoxais” (MEOTTI, 1998) – que podem restituir o sentido de beleza e aiosidade da vida?

Muito provavelmente aqueles de quem me ocupei nas páginas precedentes são pacientes com os quais nos movemos sobre a linha do horizonte, no limite das fronteiras da analisabilidade; ou talvez mais além desse limite. E estamos obrigados a tornar a pensar nas potencialidades próprias dos instrumentos analíticos e a reconsiderar os critérios que definem quem é analisável e quem não é, que pacientes são analisáveis e quais não. Talvez nos encontremos em uma área extrema da clínica e das possibilidades terapêuticas da psicanálise, na qual pode dar-se que o único critério de

analisabilidade adotável esteja definido pela capacidade do analista de reconhecer se está ou não em condições de assumir a responsabilidade de manter um *setting* com esse paciente específico. E por “responsabilidade de manter o *setting*” não entendo simplesmente a conservação dos aspectos formais do marco terapêutico, mas também a capacidade de tolerar, de compartilhar e de conter, no sentido de ter dentro de si, e em alguns momentos sobre si, o sofrimento do paciente.

Tenho a impressão de que uma tal responsabilidade necessita de cuidados e disciplina; o cuidado é algo que tem em si sentimentos de consideração, de empatia, de valor e de respeito pela alteridade do objeto.

O cuidado pela vida – escreveu Bion (1992) – não quer dizer somente o desejo de não matar, ainda que esse seja seu significado de base. Quer dizer cuidado de um objeto, justamente porque esse objeto tem a qualidade de estar vivo [...] Quer dizer ter curiosidade por aquelas qualidades que constituem o que nós reconhecemos como “vida” e ter um intenso desejo de compreendê-las [...] Finalmente, cuidado pela vida quer dizer que uma pessoa deve ter respeito por si própria em sua qualidade de objeto vivo. A falta de cuidado implica uma falta de respeito por si próprio e, *a fortiori*⁴ pelos demais, coisa fundamental e de relevância proporcionalmente grave para a análise.

Parece-me que o discurso bioniano, quase no limite de uma mística psicanalítica, expressa-se em termos muito similares aos usados por Martin Heidegger (1927), quando pensou em um cuidado que pudesse ser um *anticipare liberando*, no sentido ao menos de

essa possibilidade de cuidar que, em vez de se pôr no lugar dos Outros, os pressupõe em seu poder-ser existencial, já não para lhes tirar o “cuidado”, mas também para inseri-los autenticamente neste. Essa forma de ter cuidado, que concerne essencialmente ao cuidado autêntico, ou seja, à existência dos Outros e não a algo que esses cuidem, ajuda os Outros a se tornarem conscientes e livres para o próprio cuidado.

⁴ *A fortiori* = com maior razão. (NT = nota da tradução)

Isso é ainda muito similar ao que Winnicott (1962) havia intuído, ao apresentar esse *concern*, essa “preocupação” entendida como uma capacidade a desenvolver para chegar a uma maturidade autêntica, nos mostrando como se fosse uma capacidade que necessita de um ambiente suficientemente bom para poder realizar-se, além de solicitar o compromisso de tolerar nossa destrutividade e assumir a responsabilidade de suas consequências.

De fato, é necessário aceitar perder-se – perder o próprio Si mesmo e os objetos – para se poder encontrar mais além de uma mudança que tem todas as características de uma catástrofe. E perder-se, aqui, é perder-se realmente e não pode não gerar terror tanto (e sem dúvida) no paciente como no analista.

Assim, é justamente o inevitável surgimento do medo de se perder nas fronteiras de um mundo conhecido o que enfatiza a particular relevância de *duas funções* da mente do analista: a da *contratransferência* e a da cultura, entendida principalmente como *cultura do encontro*, função poética e onírica da teoria.

Recentemente, Richard Lucas (2003) observou que, se os sonhos são a via principal para se aproximar ao inconsciente nas neuroses, então a contratransferência pode representar a “via real” (*via regia*) para a compreensão das experiências esquizofrênicas. E, por extensão, creio que a relevância da contratransferência, no encontro com as personalidades psicóticas, pode ser transportada naquelas situações que defini extremas, principalmente quando se atribua importância a esse movimento dos processos contratransferenciais que se integra a uma orientação analítica empática.⁵

Então, se a empatia pode ser considerada a capacidade de pensar e

⁵ Stefano Bolognini (2002) distingue o conceito de *contratransferência* do de *empatia*. O primeiro, de derivação kleiniana, baseia-se em identificações “complementares” com o objeto projetado pelo paciente sobre o analista; o segundo, de derivação kohutiana, implica uma ordem mental do analista baseada em identificações “concordantes” com a vivência egossintônica do paciente e tem finalidades coesivas do Si mesmo. Como articulação entre os dois conceitos, Bolognini pro-

sentir-se a si próprio na vida interior de outra pessoa (KOHUT, 1971), a contratransferência deve converter-se na capacidade de pensar e sentir a outra pessoa na própria vida interior.

Isso é substancialmente o que se apresenta no filme *The Cell-La Célula*, onde a psicoterapeuta Catherine Deane – a atriz Jennifer López – recebe, como encargo do FBI, a tarefa de entrar na mente de um assassino serial, em coma profundo, para descobrir onde escondeu a última vítima. Vestindo um macacão cibernético, a psiquiatra se aventura no mundo interno do criminoso, onde encontra uma criança (o Si mesmo infantil do paciente) que coabita com um personagem monstruoso e capaz de infâmias aterrorizantes, em um lugar transfigurado, no sentido alucinatório, dominado por horrores e alienações (a combinação de uma organização narcisista maligna, de um “*claustrum*” perverso e do mundo de um sistema delirante). Catherine toma, assim, contato com o terror e pode conhecer as arquiteturas de uma realidade devastada; para chegar a recuperar a inocência violada pelo monstro, no entanto, deve decidir-se a fazer entrar o Si mesmo infantil traumatizado e o aberrante aparelho defensivo do assassino serial dentro de sua própria mente, invertendo o habitual fluxo do macacão cibernético.

Então, não só o contato empático, mas também uma *contratransferência dolorosamente participada* é o que nos leva aos abismos do coração dos pacientes em situações extremas. E, simetricamente, nos arrasta aos abismos da contratransferência, onde somos conduzidos a experimentar sentimentos atormentadores,⁶ que freqüentemente nos levam a nos pergun-

põe considerar um percurso cognitivo e de experiência, do qual a *contratransferência* representa uma etapa e a *empatia* o resultado final, uma empatia como: “contato progressivo, compartilhado e profundo com a complementaridade objetal. Com o Eu defensivo e as partes cindidas do outro, não menos que com subjetividade egodistônica”.

⁶ Sempre mais intensamente me encontro a pensar que, ainda que seja importante para qualquer relação terapêutica, para o paciente grave chega a ser essencial e necessário tornar a escrever uma psicanálise das experiências emocionais extremas e, talvez, chegar a teorizar uma metapsicologia dos afetos além da metapsicologia das pulsões. Talvez essa necessidade já estivesse implícita na

tar até que ponto é lícito fazer reviver no paciente uma dor e um sofrimento que parecem estar no limite das possibilidades de ser tolerados.

Uma contratransferência no limite também para o analista, ou talvez mais além de margens mais freqüentadas, nesse *mais além* das possibilidades contratransferenciais do próprio analista no que, como diz Ferro (2002a):

Não é só questão de análise pessoal feita em seu momento [...] de análise sucessiva, de supervisões, de *training*, de leituras e “horas de vôo”; é também questão de “material de base” e de vida vivida, ou melhor, das modalidades com que essa foi vivida: como um apêndice do trabalho, em uma negação da própria subjetividade ou com uma intensidade emotiva, ao qual permita uma autêntica disponibilidade para o paciente, não somente do “saber” do analista, mas também do “ser” do analista.

Estou cada vez mais convencido de que na análise conta cada vez mais o que “fazemos” do que o que dizemos. Por “fazer” não entendo, naturalmente, um atuar, mas todas aquelas operações mentais que cumpri-

conceitualização dos vínculos de Bion e nos permitiria chegar a formular uma psico(pato)logia psicanalítica em termos clínicos deste tipo: $\pm L$ (*Love*) y/o $\pm H$ (*Hate*) e, por conseqüência, $\pm K$ (*Knowledge*). (N. da T.: Do ingl., *Love*, Amor; *Hate*, Ódio; *Knowledge*, Conhecimento).

Não creio que seja por acaso que os psicanalistas italianos, muito empenhados em situações extremas, reflexionem sobre a função da “fé” e da “confiança” em seu trabalho analítico (NERI, 2005), ou então falem de uma “linguagem da ternura” (GABURRI, 2004). E, outra vez, não por acaso, me parece que Racamier (1995) tenha dedicado atenção à “ternura” como sentimento primário, com funções protetoras, para desvios narcísicos negativos ou incestuosos.

Em particular, creio que a ternura (*T*) possa constituir um fator terapêutico específico (*fator T*), porque as experiências extremas nos ensinam que, freqüentemente, foi também a impossibilidade originária de vivenciar a ternura de um continente que ajude a se individuar o que alterou a evolução do sujeito.

Os pacientes graves, freqüentemente, não estão em condições de criar um significado subjetivo (*subjetivo*) sobre o qual reflexionar no *hic et nunc* da sessão. Então, o trabalho terapêutico deve desenvolver-se em uma área de experiência intermediária ou, inclusive, interna à mente do analista, área que possa conseguir oxigênio de um fator *T*, considerando-o como o substrato emocional essencial de uma contratransferência apaixonada e inspirada por bons objetos internos. Porque, uma vez mais, nas situações extremas devemos voltar a pôr em jogo a essência mais arcaica da vida mental, isto é, a vida afetiva. Então, junto à necessidade de estar o mais aberto possível para

mos na presença do paciente: algumas conhecemos (como recebemos ou não suas identificações projetivas, como as elaboramos, como as restituímos, quais *rêveries* ativamos, quão capazes somos de modular nossas intervenções segundo as capacidades assuntivas que o paciente nos aponta...), porém seguramente são muitas mais aquelas operações mentais que fazemos, inclusive na inconsciência de fazê-las, e cuja descrição e “descobrimento” constituirão os resultados das futuras investigações em psicanálise.

Creio que, junto às operações inconscientes e novas das quais Ferro fala, os pacientes em situações extremas nos levam a repensar e a criar novos significados também para operações mentais mais experimentadas e conhecidas, tanto em suas qualidades como em suas distorções.

Ao longo dessa diretriz, penso que à função de uma contratransferência dolorosamente participada entrecruza-se a função da teoria: claro, de

captar cada elemento do paciente, a condição indispensável para que o analista alcance uma autêntica compreensão de seu paciente está dada pelo carinho (fator *T*) que ele consiga realmente sentir por aquele paciente, qual função derivada do código materno.

No fundo, isso corresponde ao que Harold Searles (1959) intuiu, com antecipação, em sua genialidade sem preconceitos: isto é, a importância de que o analista seja consciente de seus sentimentos de carinho para com o paciente e a importância de que os expresse abertamente. E isto a fim de que cada paciente (seja neurótico ou psicótico) possa receber, de nossa parte (a fim de sanar suas próprias áreas traumatizadas), já não a frustração de suas necessidades afetivas, não a repressão de seus desejos, tampouco uma sedutividade atuada, não a negação de seus valores pessoais (assim como os vivenciou em sua relação com as figuras primárias), mas a máxima compreensão, de nossa parte, dos sentimentos que nascem em nós como resposta às suas experiências emocionais. Isso – nos ensina Searles – faz com que o paciente possa emergir da situação terapêutica, assim como a criança sai da situação edípica: isto é, que a criança descubra que os pais queridos correspondem ao seu amor, reagem para ele como pessoa que vale e é capaz de ser amado.

Essa experiência reforça o Eu e o paciente que, como a criança, irá adiante, com um *self* mais estável propriamente, por estar seguro de que seu amor, ainda que seja irrealizável, é correspondido; também será mais estável dando-se conta de que está vivendo em um mundo no qual os sentimentos de cada indivíduo estão inseridos em uma realidade muito mais ampla do que a sua, ou a de sua própria relação com seu analista, porém toda essa compreensão dá-se graças ao fator *T*, à ternura de seu analista.

uma teoria entendida principalmente como *cultura do encontro* (e sobre o encontro) entre paciente e analista.

Inclusive, recentemente, alguém (DE MASI, 2002) sustentou que, na psicanálise dos casos graves, desde as fases iniciais do tratamento, é necessário dotar-se de uma hipótese teórica sobre o paciente, ou seja, dispor de uma teoria a partir da qual se guiar, ainda que criticamente. Bem, creio que assim o psicanalista se expõe ao risco de perder o paciente dentro da própria teoria, visualizando apenas a teoria que adotou e vinculou ao paciente, desconhecendo-o, desse modo, como pessoa portadora de uma irreduzível subjetividade. Em essência, o risco é fazer um uso defensivo da estrutura teórica, transformando-a de religião da mente (MANCIA, 1987) – capacidade de criar vínculos e conexões – em religião do analista, que dessa maneira conserva demasiada memória e demasiado desejo, sem poder desenvolver suficientes capacidades negativas (BION, 1970).

Por outro lado, é inevitável que, em certa medida e principalmente com os pacientes graves, o analista busque uma referência e uma contenção nas próprias teorias, que, em resumo, se dirija a elas como se pode dirigir-se a um bom objeto interno. Claro, é essencial que se trate de um autêntico objeto interno e não de um ídolo, para que se possa chegar a uma teorização livremente flutuante, a uma relação livre e inspirada com teorias que se dêem como metáforas vivas.

Nesse sentido, creio que se pode falar de uma *função onírica da teoria*. Ou seja, de uma teoria sobre o paciente que se vá criando com a evolução da relação e que se possa considerar no mesmo nível que um sonho feito com e sobre esse paciente e, no fundo, evocado e solicitado justamente por esse paciente. Então, enquanto sonho, a teorização do analista pode submeter-se a um trabalho associativo e interpretativo – um trabalho auto-analítico de personalização da teoria – que poderia, também, permitir um desenvolvimento tanto da análise pessoal do analista quanto das capacidades criativas da dupla analítica.

Talvez uma função onírica, e poderíamos agregar poética, da teoria seja assimilável ao que, no campo da *poiesis* artística, é a vontade-de-dar-

forma, é esse movimento que leva com ele o impulso para a integração e a transcendência criativa.

A teoria, essa teoria específica sobre esse paciente específico, poderia, então, ser entendida como um processo imaginativo e empático necessário para acolher suas partes cindidas mais incompletas e traumatizadas. Até agora, funções contratransferenciais e funções inspiradas da teoria encontram uma possível conexão: aqui, paciente e analista podem criar algo juntos, pondo em contato diferentes partes da experiência e podendo sintetizar, de novas maneiras, coisas que talvez já estavam ali, porém pela primeira vez dessa maneira.

Rochelle Kainer (1999) usou o conceito de “empatia imaginativa” para descrever a sintonia do terapeuta com uma patologia que se tornou parte da estrutura do caráter e da visão pessoal do mundo que o paciente deseja transcender e, além disso, definiu-a como a capacidade do terapeuta para dar espaço à identificação projetiva e, por meio de tal experiência, liberá-la do núcleo patológico de que se origina. Bem, eu penso que um psicanalista que queira tentar ser empático e criativo não pode ter a *hybris* de querer curar todos os núcleos de patologia, porque sabe que não pode pretender cicatrizar todas essas feridas que, às vezes, leva também em si. Talvez possa modulá-las, talvez possa transformá-las; certamente, pode tratar de levá-las a um pensamento que consiga fazer-se sonho ou poesia. Creio que esse é o desafio que toda psicanálise deveria lançar às formas mais dilacerantes de sofrimento mental: não a celebração da dor ou a ênfase nas dimensões inefáveis de qualquer experiência extrema, mas a busca constante e apaixonada de um encontro, de uma integração que possa criar as premissas para uma poética da relação.

Loewald (1975) disse que um fragmento de bom trabalho analítico é uma criação artística realizada pelo paciente e analista. E, freqüentemente, o paciente grave chega até nós como um poeta que perdeu todo contato com a capacidade simbólica e com a função imaginativa da própria poesia (MANICA, 1999). Poderia, então, ser um dos intentos essenciais da relação terapêutica o reanimar tanto a dimensão poética do encontro como a pre-

sunção da existência de um mundo poético complementar ao destino desse momento...

Resumo

O autor explora, neste trabalho, a contratransferência como instrumento de compreensão do sofrimento mental grave. Algumas situações extremas que não podem nem ser recordadas nem simbolizadas são revividas na sessão analítica como uma experiência atual. No processo terapêutico, através da repetição na transferência e na contratransferência dolorosamente participada, é possível uma elaboração e uma construção de uma forma de lembrança.

Palavras-chave

Contratransferência. Vivência Traumática. Aflição.

Abstract

Countertransference in “Extreme” Situations

In this paper the author explores countertransference as an instrument for understanding serious mental suffering. Some extreme situations that can be neither remembered nor symbolized are relived in the analytic session as a current experience. In the therapeutic process, through repetition in the painfully shared transference and countertransference, it is possible to make and build a mode of remembrance.

Key-words

Countertransference. Traumatic Experience. Distress.

Resumen

Contratransferencia en Situaciones “Extremas”

El autor explora, en este trabajo, la contratransferencia como instrumento de comprensión del sufrimiento mental grave. Algunas situaciones extremas que no pueden ser recordadas, ni simbolizadas, se reviven en la sesión analítica como una experiencia actual. En el proceso terapéutico, a través de la repetición en la transferencia y en la contratransferencia dolorosamente participada, es posible una elaboración y una construcción de una forma de recuerdo.

Palabras-llave

Contratransferencia. Vivencia traumática. Aflicción.

Referências

- ABRAHAM, N.; TOROK, M. **Cryptonymie**: le verbier de l'Homme aux Loups. Paris: Aubier Flammarion, 1976.
- BETTELHEIM, B. (1968). Il limite ultimo. In: _____. **Sopravvivere**. Milano: Feltrinelli, 1981.
- BION, W. R. (1963). **Gli Elementi della Psicoanalisi**. Roma: Armando, 1970.
- _____. (1970). **Attenzione e Interpretazione**: una prospettiva scientifica sulla psicoanalisi e sui gruppi. Roma: Armando, 1973.
- _____. (1992). **Cogitations**. Roma: Armando, 1996.
- BOLLAS, C. (2000). **Isteria**. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
- BOLOGNINI, S. **L'Empatia Psicoanalitica**. Turín: Bollati Boringhieri, 2002.
- DE MASI, F. Quale super-lo nella clinica? **Riv. Psicoanal.**, v.48, n.3, p.517-535, 2002.
- EIGEN, M. (1996). **La Morte Psicica**. Roma: Astrolabio, 1998.
- FERENCZI, S. (1932) Confusione delle lingue fra adulti e bambini. In: _____. **Fondamenti di Psicoanalisi**. Rimini: Guaraldi, 1974. v.3.
- FERRO, A. **Fattori di Malattia, Fattori di Guarigione**: genesi della sofferenza e cura psicoanalitica. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- _____. Prefacio. In: CANCRINI, T. **Un Tempo per il Dolore**: Eros, dolore e colpa. Turín: Bollati Boringhieri, 2002-a.
- FREUD, S. (1896). **Lettere a Wilhelm Fliess 1887-1904**. Turín: Bollati Boringhieri, 1991.
- _____. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. **O.S.F.**, v.4.
- _____. (1909). Cinque conferenze sulla psicoanalisi. **O.S.F.**, v.6.
- _____. (1910). Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci. **O.S.F.**, v.6.
- _____. (1914). Ricordare, ripetere e rielaborare. **O.S.F.**, v.7.
- _____. (1915-17). Introduzione alla psicoanalisi. **O.S.F.**, v.8.
- _____. (1920). Al di là del principio di piacere. **O.S.F.**, v.9.
- _____. (1925 [1926]). Inibizione, sintomo e angoscia. **O.S.F.**, v.10.
- _____. (1937). Costruzioni nell'analisi. **O.S.F.**, v.11.
- GABURRI, E. **La paranoïa et le mythe de l'integration**. 3ème Colloque de Talloire “La Paranoïa et le Psychanaliste”. 13-14 novembre 2004.
- GREEN, A. (1980). La madre morta. In: _____. **Narcisismo di Vita, Narcisismo di Morte**. Roma Borla, 1985.

- HEIDEGGER, M. (1927). **Essere e tempo**. Turín: UTET, 1969.⁷
- KAINER, R. (1999). **Il Crollo del Sé e la sua Ricostruzione in Terapia**. Roma: Astrolabio, 2000.
- KOHUT, H. (1971). **Narcisismo e Analisi del Sé**. Turín: Boringhieri, 1976.
- LOCH, W. (1975). L'analista come legislatore e maestro. In: _____. **Psicoanalisi e Verità: prospettive psicoanalitiche**. Roma: Borla, 1996.
- LOEWALD, H. (1975) Psychoanalysis as an art and the fantasy character of the psychoanalytic situation. In: **Papers on Psychoanalysis**. New Haven, CT: Yale University Press, 1980.
- LUCAS, R. (2003). Psychoanalytic controversies: the relationship between psychoanalysis and schizophrenia. **Int. J. Psychoanal.**, v.84, part I, p.3-115, 2003.
- MANICA, M. **Il Sogno come Religione della Mente**. Roma-Bari: Laterza, 1987.
- _____. **Il Sonno della Memoria Genera Mostri**. Trabajo leído en el Centro Milanese di Psicoanalisi, 21 noviembre 2002.
- _____. Dreams actors in the theatre of memory: their role in the psychoanalytic process. **Int. J. Psychoanal.**, v.84, part 4, p.945-952, 2003.
- MANICA, M. **Guardare nell'Ombra: saggi per una psichiatria psicoanalitica**. Roma: Borla, 1999.
- MELTZER, D. (1992). **Clastrum: uno studio dei fenomeni claustrofobici**. Milán: Raffaello Cortina, 1993.
- MEOTTI, F. Un paradosso della riparazione. **Richard e Piggle**, v.6, n.2, p.141-151, 1998.
- MONEY-KYRLE, R. (1968). **Scritti 1927-1977**. Turín: Loescher, 1977.
- NERI, C. What is the function of faith and trust in psychoanalysis? **Int. J. Psychoanal.**, v.86, part I, p.79-97, 2005.
- RACAMIER, P.-C. (1995). **Incesto e Incestuale**. Milano: Franco Angeli, 2003.
- ROUSSILLON, R. **Agonie, Clivage et Symbolisation**. Paris: Presses Universitaires de France, 1999.
- SEARLES (1959).
- STEINER, J. (1993). **I Rifugi della Mente: organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline**. Turín: Bollati Boringhieri, 1996.
- WINNICOTT, D. W. (1962) Lo sviluppo della capacità di preoccuparsi. In: **Sviluppo Affettivo e Ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo**. Roma: Armando, 1970.
- _____. (1963). La paura del crollo. In: **Esplorazioni Psicoanalitiche**. Milano: Raffaello Cortina, 1995.

⁷ Em português: **Ser e Tempo**. Rio de Janeiro: Petrópolis, RJ: Vozes, 1987. (N.T.)

_____. (1965). Comunicazione e non-comunicazione come occasione di studio di alcune coppie di opposti. In: **Sviluppo Affettivo e Ambiente**: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo. Roma: Armando, 1970.

Artigo

Copyright © *Psicanálise* – Revista da SBPdePA

Somente depois de concluir este trabalho cheguei a conhecer que Bruno Bettelheim (1968) já adotou a definição de “situação extrema” para indicar essas condições nas quais uma perene ameaça de morte espreita o indivíduo, provocando a queda simultânea de seus habituais mecanismos de defesa e pondo em perigo sua própria capacidade para sobreviver. Segundo Bettelheim, é o caráter de inexorabilidade de uma imprevisível ameaça que expõe o indivíduo a um estado de absoluta impotência, a qual põe em perigo de morte sua integridade psíquica.

Porém, minha definição de “situação extrema” refere-se a uma perspectiva completamente diferente. Com efeito, Bettelheim parecia pensar em uma situação catastrófica, exterior, objetiva, que pode arrastar o indivíduo em qualquer fase de sua vida. Eu, ao contrário, penso em uma situação interior e fantasmagórica que se realiza em um acontecimento traumático originário e que se perpetua, seja em uma experiência de grave sofrimento psíquico, seja no reproduzir-se na relação paciente-analista.

Tradução: Maria Lucia Meregalli
Revisão: Maria Regina Lucena Borges

Dr. Mauro Manica

Via Porta 3
28100 – Novara – Itália
Fone: (39) 0321 399544
E-mail: mamanica@libero.it