

Simpósio da
Associação de Psicoterapia Psicanalítica
Psicoterapia na Dor Crônica



José Tolentino Rosa

**FANTASIAS INCONSCIENTES NA CLÍNICA PSICANALÍTICA
DE PACIENTES COM DOR CRÔNICA**



ISBN 978-85-66238-02-0 e-Book/PDF

Ficha catalográfica na fonte
Fundação Biblioteca Nacional

Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. Departamento de Psicologia Clínica.

Fantasia inconscientes na clínica psicanalítica de pacientes com dor crônica / Organizado por José Tolentino Rosa. São Paulo: Associação de Psicoterapia Psicanalítica, 2013. Tamanho A5, PDF/CD, 130 f.

ISBN: 978-85-66238-02-0 (E-book/PDF)

1. Psicoterapia psicanalítica. 2. Dor crônica. Org. I. José Tolentino Rosa. Simpósio "Psicoterapia e Dor Crônica" da Associação de Psicoterapia Psicanalítica.

CDU 159.964.2 (035)



Simpósio “Psicoterapia e Dor Crônica”

Associação de Psicoterapia Psicanalítica

Tel.: 5573-9430 / Cel. (11) 98895-2722

E-mail: secretariaapp@uol.com.br

www.appsi.com.br

Presidente da APP

Marisa Cintra Bortoletti





FANTASIAS INCONSCIENTES NA CLÍNICA
PSICANALÍTICA DE PACIENTES COM DOR CRÔNICA

Maria Aparecida Mazzante Colacique

Maria Tereza de Oliveira

Márcia Aparecida Isaco de Souza

Pesquisadoras do **Projeto APOIAR**, do Laboratório de
Saúde Mental e Psicologia Clínica Social

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Prof^a Associada do Departamento de Psicologia Clínica
e Coordenadora do **Laboratório de Saúde Mental e
Psicologia Clínica Social**

José Tolentino Rosa

Professor doutor do **Departamento de Psicologia Clí-
nica**; Instituto de Psicologia da Universidade de São
Paulo; líder do Grupo de Pesquisa “**Atenção Psicoló-
gica a pacientes com dor crônica**”, Plataforma Lattes,
Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq.

SUMÁRIO DE CONTEÚDOS

CAPÍTULO 1

FANTASIAS INCONSCIENTES NA TRANSFERÊNCIA E
CONTRATRANSFERÊNCIA: *HOLDING* E MANEJO EM
PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA 11

CAPÍTULO 2

FANTASIAS INCONSCIENTES NA COMUNICAÇÃO
TRANSFERENCIAL DE PACIENTES COM DOR
CRÔNICA 33

CAPÍTULO 3

VIVÊNCIAS EMOCIONAIS E EVOLUÇÃO CLÍNICA DE
PACIENTES COM DOR CRÔNICA EM PSICOTERAPIA
PSICANALÍTICA 45

CAPÍTULO 4

A CONTRATRANSFERÊNCIA NOS GRUPOS DE
SUPERVISÃO E O PROCESSO DE APRENDIZAGEM NA
PERSPECTIVA WINNICOTTIANA 65

CAPÍTULO 5

REFLEXÕES ACERCA DO TRABALHO
PSICOEDUCATIVO COM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM CÂNCER 77

CAPÍTULO 6

A COMUNICAÇÃO CLÍNICA COM PACIENTES DE DOR
CRÔNICA NA PERSPECTIVA DE PARTHENOPE BION
TALAMO E IGNACIO MATTE-BLANCO 89

CAPÍTULO 7

A CAPACIDADE DE MANTER-SE VIVO, NA SÍNDROME
DE ULISSES, CARACTERIZAM AS FANTASIAS
INCONSCIENTES DE PACIENTES COM DOR
CRÔNICA 121

APÊNDICES

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO TESTE DE RELAÇÕES
OBJETAIS, DE PHILLIPSON 127

Prefácio

Estou enviando quatro documentos (dois vídeos e dois capítulos do eBook) para comemorar a publicação pela APP.

Despeço-me lembrando de que gostaria de surpreender os adultos sérios quando me perguntavam

~ "O que gostaria de ser quando crescesse?"

~ Ser aposentado."

Lembrava-me do meu avô que contava histórias para as crianças, fazia brinquedos de madeira, como Gepeto e Pinóquio.

Passávamos horas em sua marcenaria, como Gepeto conversando com Pinóquio...

1) o vídeo com as legendas publicado pelo Instituto de Psicanálise de Londres.

URL:

<Encounters through generations- Portuguese subtitles - YouTube>
Encounters through generations- Portuguese subtitles - YouTube

2) o vídeo sobre as relações entre o FADO e o INCONSCIENTE, da fadista Cristina Branco, natural de Portugal e psicóloga, que montou um conjunto de música que divulga as músicas portuguesas, principalmente as canções de FADO:

URL:<<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQtwIwAA&url=http://www.youtube.com/watch?v=hjgyxZf9mZE&ei=R07wUuG4H4ajkQfbhY->

DACw&usg=AFQjCNFNwDCBXqlS93d2_8-
9IKy4cxaO6w&sig2=pZoH7CiPYUmBNES7gbV4sQ>

Cristina Branco:

- Tive um coração, perdi-o
- Trago fado nos sentidos
- Água e Mel
- Tudo isto é fado ...

3) **Cristina Branco** também ficou encantada por Ulisses, de Homero, e produziu um album intitulado Ulisses, bastante semelhante ao que descrevo no capítulo 7 sobre dor crônica e psicanálise, que envio uma cópia para divulgar entre os colegas do Diretório de Grupo da Plataforma Lattes, do CNPq, sobre dor crônica;

4) No Capitulo 6 descrevo os fundamentos da síndrome de ULISSES, desconfiança dos pais e sentimento de abandono, no qual perde a humanização de chorar quando precisa dos pais. A publicação do livro foi patrocinada pela APP em 2013, "Fantasias inconscientes na clínica psicanalítica: pacientes com dor crônica" com ISBN (eBook): 978-85-66238-02.

Cordial abraço a todos, com a sincera amizade.

Jose Tolentino Rosa
josetolentinorosa@mac.com

1



Manejo de fantasias inconscientes na transferência e contratransferência

Yara Malki

José Tolentino Rosa

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Pacientes cujas queixas estão registradas no nível da concretude do corpo trazem para o psicoterapeuta um corpo que conta uma história, mas não uma história simbólica, acessível ao paciente por meio de sua linguagem, suas reflexões, mas uma história concreta, fragmentada, repleta de cisões que refletem seu próprio estado psíquico.

Tal foi com esta paciente que aqui retrataremos, a qual chamaremos Zulmira, que tinha 30 anos e era solteira, sem filhos quando procurou o laboratório Apoiar. O motivo da procura

deveu-se à presença de tontura e tremores nas mãos e braços que arriscavam seu desempenho no trabalho, acrescentando ainda episódios eventuais de ofegância e sufocamento. Exames médicos, porém, nada constataram.

Seu tratamento dividiu-se da seguinte maneira: durante um ano, foi acompanhada em psicoterapia breve, uma vez por semana. Ao término deste período, a terapeuta, junto a seus supervisores, julgou necessária a continuidade do tratamento devido ao grau elevado de sofrimento da paciente com o término. Este teve continuidade com frequência de uma sessão semanal, sem prazo para terminar. O presente trabalho está levando em conta o material clínico desenvolvido durante o primeiro ano de tratamento em psicoterapia breve.

A transferência de Zulmira para a terapeuta

Ao longo de seu ano de tratamento, percebemos que seus sintomas psicossomáticos relacionavam-se a pouca possibilidade de elaboração de angústias primitivas. Com efeito, logo de início instalou-se uma relação transferencial intensa, instável – tanto devido ao grau de clivagem quanto pela instalação de quadros confusionais, além de vertigem, enjoo e tremores antes, durante e depois dos encontros.

Por ser uma paciente em que aspectos regredidos predominavam na organização psíquica, a relação transferencial era sempre figura principal. Entretanto, sendo uma psicoterapia breve, as interpretações não visavam focar apenas a transferência mas procuravam utilizar o material transferencial para relacioná-lo com

outras vivências da paciente.

Na dinâmica transferencial que se estabeleceu, era notável que quando obtinha da psicoterapeuta alimento psíquico, experimentando alívio, compreensão, esperança, na a predominar uma dependência simbiótica, que se manifestava também na forma de transferência erótica, cujo desejo inconsciente era o de se fundir com um objeto plenamente provedor, projetado na terapeuta idealizada, que a livraria de toda dor e angústia. Por outro lado, esta vivência também eliciava o temor de se deparar com seu reverso, o objeto abandonador, egoísta, frio e distante.

Em outros momentos, predominava a transferência de caráter sado-masoquista, projetando na terapeuta o objeto sádico e persecutório que a teria atacado, instalando uma relação do tipo luta-fuga. Na co-transferência, eram seus chefes, parentes e colegas de trabalho que se alternavam nesses papéis.

Seus ataques geravam culpa, muitas vezes persecutória mas também culpa depressiva. Especialmente quando emergia esta última, era possível a Zulmira, ainda que fragilmente, pensar e elaborar a tempestade que havia desabado na transferência.

Estas foram as relações predominantes. Na realidade, era um ciclo transferencial que se desenrolava aproximadamente assim: *Experiência gratificante – tentativa de simbiose – frustração – ódio/sentimento de abandono – ataque – culpa persecutória OU culpa depressiva (neste caso: tentativa de reparação – possibilidade de pensamento).*

Uma vinheta clínica ilustrativa

Zulmira enviou para a terapeuta mensagens de texto pelo celular, escritas de maneira que pareciam mensagens entre namorados: “Queria que você estivesse aqui.”, “Sinto sua falta.” ou “Você me faz tão bem.”. As sessões anteriores haviam sido tranquilas e produtivas.

Ao chegar à sessão, mal entra na sala e faz afirmações (inferidas) sobre a vida pessoal da terapeuta, de modo bastante invasivo. A terapeuta sente com isso Zulmira tentando cumplicidade para horizontalizar a relação profissional. A terapeuta chama sua atenção para sua tentativa de entrar em sua vida pessoal e indaga se não haveria alguma relação com o teor das mensagens enviadas durante a semana. Zulmira imediatamente reage, primeiro com indignação, sentindo-se profundamente ofendida. Depois, passando a dizer que a terapeuta não a compreendia. Em seguida, chora raivosamente, dizendo em tom acusatório que ela seria, para a terapeuta, “apenas um prontuário e nada mais.” A terapeuta fala, com muito cuidado, que que o fato de ser uma relação profissional não significava frieza nem indiferença, mas que isso parecia machucá-la muito; que não pretendia ofendê-la, mas ajudá-la. Zulmira fica possuída de ódio, passa a questionar ironicamente: “Isso você chama de ajudar?” e dizer que “para um psicólogo, é fácil dizer essas coisas, eu saio daqui e depois vem outro. Você vive disso, para você eu sou mais uma, mas para mim não. Para o paciente

é difícil ser apenas um prontuário, ser apenas mais um paciente.” Com muita raiva, levanta-se e sai da sala violentamente, antes do término da sessão.

No dia seguinte e posteriores, enviou diversas mensagens com desculpas, dizeres de que a terapeuta era a melhor do mundo e agradecimento por não desistir dela. Na sessão seguinte, chegou muito envergonhada, pedindo desculpas “pela cena” da sessão anterior, dizendo-se arrependida por não ter aproveitado a sessão inteira e então foi possível conversar sobre o que havia motivado tamanha raiva. Esse assunto levou, em sessões seguintes, à sua compreensão do desejo de ser parte da terapeuta, uma filha, uma amiga, uma “relação amorosa” e aceitar com menos ódio o fato de ser uma relação profissional.

Portanto, se há a queixa psicossomática, também é verdade que há toda uma organização psíquica transbordante de angústia e hostilidade.

Encontramos em Quinodoz (1995) uma ponte possível entre a angústia transbordante de Zulmira e sua queixa psicossomática, na compreensão que a autora faz da vertigem tanto como “uma expressão da angústia” quanto como “um meio privilegiado para abordar o estudo da relação de objeto” (p.12), suas peculiaridades e características.

Ao longo de sua obra, dedicada ao estudo das vertigens, ela sugere a existência de diferentes tipos de angústias ligadas às vertigens: vertigem por fusão, vertigem por ser deixado cair, vertigem

por aspiração e, por fim, vertigem por alternância prisão-evasão.

Zulmira evidencia-nos vertigem ora por fusão, ora por ser deixado cair. A vertigem por fusão ocorre pelo fusionamento com um objeto não-confiável que desmorona e, como em fantasia está fusionado com o paciente, este sente-se desmoronar também. No segundo tipo de vertigem, o objeto é, na fantasia, um objeto que larga. Há intensa angústia de separação, vivida com muito sofrimento, e sentimentos de abandono acompanhados por uma fantasia típica de que, como diz Quinodoz (1995, p. 35), o terapeuta “trata dele por puro dever.” (p. 35). Ou seja, é um objeto que o deixou cair porque não se interessa por ele.

O medo do abandono em Zulmira evidencia, em nosso entendimento, as duas qualidades de vertigem. Ele vinha acompanhado da dor de, em sua fantasia, sentir que a terapeuta queria se livrar dela ou atendê-la como se ela fosse “apenas um prontuário.” Igualmente, a medo de ser abandonada representava o medo de se perder de si. Na vinheta abaixo, o medo do abandono claramente provoca vertigem por ser deixada cair:

Quase toda semana a paciente relatava tremores, tontura e enjoo ao ir à sessão. Ao indagar a respeito, a terapeuta percebia que se relacionavam ao medo de não encontrar a terapeuta ali para atendê-la. Zulmira dizia temer que aquele seria “finalmente o dia” em que, sem mais, a terapeuta cortaria o tratamento. O intenso mal-estar dissipava-se ao longo da sessão.

A seguinte vinheta pode exemplificar os episódios de verti-

gem por fusão na paciente:

Zulmira encontrava-se voluntariamente demissionária de um estabelecimento comercial onde trabalhou por oito anos, o que estava lhe causando imensas preocupações relacionadas à sua sobrevivência psíquica. Manifestava crescente medo de se perder junto com a perda da empresa. Embora tivesse um plano de ação e condições de se manter por alguns meses, acreditava que não sobreviveria após a concretização da demissão. Conforme a data da formalização do desligamento se aproximasse, relatava aumentar sentir suas pernas tremerem e a cabeça “rodar” muito.

Quinodoz (1995) acrescenta ainda, além da ligação entre as vertigens e a angústia, o prazer que há nelas. No caso da vertigem por fusão, diz a autora: “...a fusão parece ser útil e enriquecedora, desde que se possa sair dela; ela provoca vertigem, se se pensar que não se pode sair dela, causa prazer, quando se pode saboreá-la por um momento.” (p. 95). Como exemplo cotidiano de mergulho e saída da fusão, ela dá o assistir a um filme no cinema. Na vertigem por ser deixado cair, é o próprio prazer do “frio na barriga” de uma queda de paraquedas ou na montanha-russa. Em todos os dois casos, para se passar da angústia para o prazer, é necessária a desidealização do objeto, fundido e portador. No caso de Zulmira, para isso ocorrer ela necessitaria primeiramente sedimentar a clivagem que separa e protege o bom objeto do mau, e assim, o prazer do sofrimento. Esse processo é condição para o progresso rumo à po-

sição depressiva (Simon, 1986).

Em estudo sobre a tensão das fantasias inconscientes no teste de Phillipson (Silva & Rosa, 2005), os autores relacionam sintomas psicossomáticos de vertigem e enjoo a estados confusionais e regressão à posição viscocárica.

A posição glicos cárica é uma proposição de José Bleger, desenvolvida em *Simbiose e Ambiguidade* a partir da noção de Bion sobre a divisão da mente em parte psicótica e não-psicótica; foi sugerida sua tradução em português pelo professor Tolentino, em 1995 (Rosa, 1995; Silva & Rosa, 2005). Trata-se de uma etapa anterior à posição esquizoparanoide que mantém remanescente um núcleo psicótico enviscado que representa “a perda ou ausência de discriminação entre objetos bom e mau” (p.8), correspondendo à ansiedade confusional de Klein ou estados confusionais de Rosenfeld. A vertigem, tal como o enjoo, seria uma manifestação primitiva da ansiedade de separação, “um sinal de alarme frente ao perigo de reintrojeção maciça do núcleo enviscado, com o perigo decorrente de uma desintegração psicótica do ego.” (p. 9). O desejo de se fundir com o objeto bom visa conter o risco de desintegração e é também acompanhado pelo medo intenso de abandono.

As Figuras 1 e 2 ilustram os refúgios psicossomáticos e psíquicos como partes integrantes da organização patológica definida por John Steiner em *Pathological Organizations as Obstacles to Mourning: The Role of Unbearable Guilt* (1990) e em *The Equilibrium Between the Paranoid-Schizoid and the Depressive Positions* (1992).

Observamos com isso que a vertigem por fusão e a vertigem por ser deixado cair (Quinodoz, 1995) poderiam constar da mi-

Organização patológica I
Refúgios Somáticos - usam a via somática como via de expressão emocional

Exemplos de sintomas psicossomáticos como disfunção de pregas vocais, cefaleias, delírios, vômito, diarreia, disúria, terror noturno, pesadelos

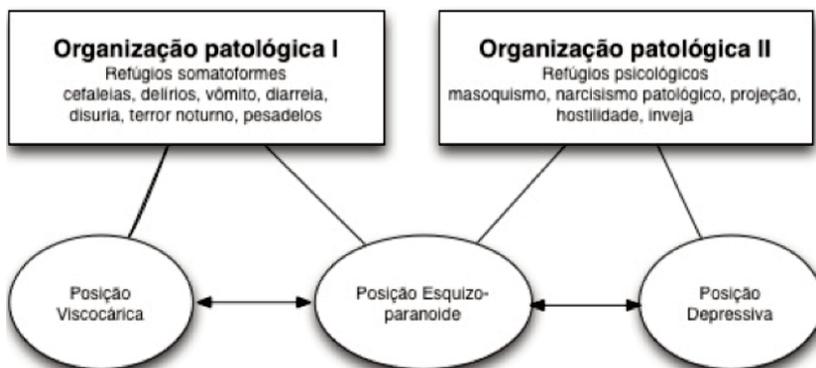
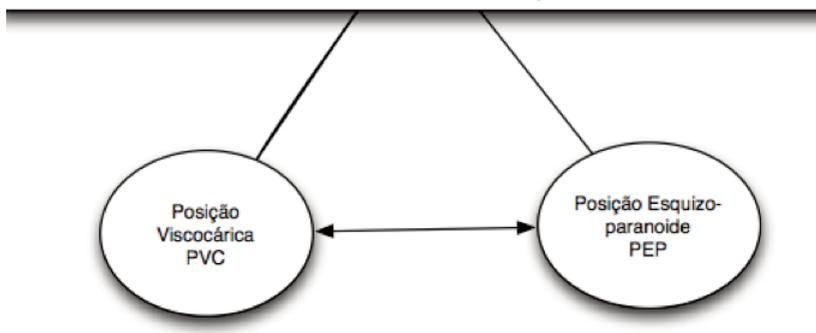


Figura 1 - A organização patológica I se caracteriza por predominância de refúgios somatoformes, correspondentes ao espaço de transição entre a posição viscocárica para a posição esquizoparanoide. A organização patológica II, definida por John Steiner, é caracterizada pelo uso de refúgios psicológicos, cujas fantasias inconscientes oscilam entre a posição esquizoparanoide e a posição depressiva (Rosa e cols., 2005).

Organização patológica II Mecanismos de Defesa da Esquizofrenia e do Transtorno Bipolar - Mania e Depressão

Refúgios psicológicos

Os mais regressivos dependem da manifestação de transtornos psicóticos comuns na esquizofrenia e sintomas negativos

Exemplos: transformar ciúme em inveja, com destruição do objeto amado.

As defesas mais evoluídas pertencem à posição depressiva, que para Bion se caracteriza por má tolerância à frustração e aumento da capacidade de pensar: amor e ódio (ciúme), masoquismo (exagero no sofrimento), narcisismo patológico (excesso de amor próprio e autoestima, com predominância da arrogância), projeção da hostilidade pelo mecanismo da identificação projetiva ou uso maciço da equação simbólica, caracterizada pela equivalência do símbolo com a coisa simbolizada.

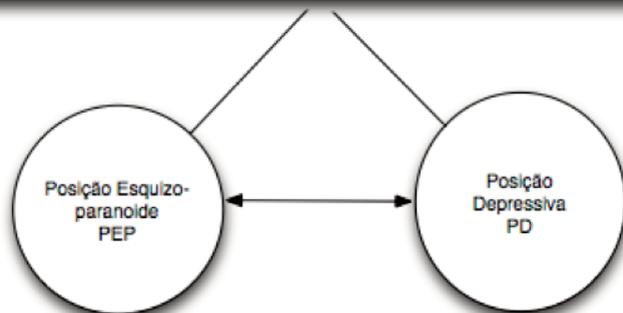


Figura 2 - A organização patológica II, definida por John Steiner, que a definiu pelo uso de refúgios psicológicos, cujas fantasias inconscientes oscilam entre a posição esquizoparanoide e a posição depressiva.

riade de afetos e angústias da posição viscocárica. No caso da fusão e dos estados confusionais, esta relação fica clara – a vertigem ocorre devido ao desmoronamento do *self* e do objeto. Ele desmorona por não haver mais separação entre o bom e o mau: a clivagem regride e o sujeito não sabe mais quem ou o que é perigoso e o que não é, perdido, o ego enfrenta perigo de colapso. A verti-

gem por ser deixado cair corresponderia ao medo intenso de colapso por abandono do objeto. Note-se que, nestes momentos, não se trata de angústia depressiva de perda, porque não há vivência de pesar ou tristeza pela separação, mas medo de se perder.

Jussara e Tolentino igualmente relacionam a posição visco-cárica à organização *borderline* de personalidade (Silva & Rosa, 2005). Este também é nosso diagnóstico de Zulmira, o qual trataremos segundo a compreensão de Clarkin, Yeomans e Kernberg (2006).

Tendo por base a teoria das relações de objeto, que se apoia na teoria de Melanie Klein, Clarkin, Yeomans & Kernberg (2006) definem os objetos internos compostos de “unidades de representação de si, do objeto e do afeto ligando-os”; as unidades *self-outro* são chamadas de díades objetais.

Esses autores sustentam como principais características de organizações *borderline* de personalidade uma clivagem profunda, difusão de identidade e desregulação emocional e cognitiva. A cisão estaria a serviço de “proteger as representações idealizadas (imbuídas de calor, sentimentos amorosos pelo objeto percebido como perfeitamente satisfatório) das representações negativas (associadas com afetos de raiva e ódio pelo objeto percebido como prejudicial e persecutório.” (p.7). Desta maneira, com poucos elementos da posição depressiva, há pouca integração, redundando em uma relação idealizada ou persecutória. A intensa carga de ódio dificulta os investimentos libidinais e a culpa depressiva tem dificuldade para emergir (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006).

Assim, permanecem:

“...sob a influência de emoções intensas e primitivas que não estão integradas e que eles não podem controlar; estas emoções tornam-se ativas junto a seu sistema cognitivo correspondente. Estes indivíduos não apenas tornam-se raivosos como também pensam haver boas razões para sua raiva. Este tipo de resposta não apenas reflete desregulação afetiva mas também desregulação da cognição.” (p.15-17).

Acrescentamos, entretanto, em relação à clivagem, característica da organização limítrofe, que ela também é usada como forma de defesa na posição viscocárica e na passagem para a posição esquizoparanoide, indicando evolução favorável na mudança psíquica. Na realidade, com Zulmira observamos que este jogo de regressão e progresso da posição viscocárica para a posição esquizoparanoide acontecia algumas vezes de modo muito rápido. O desejo de fusão advinha, como já dito, de uma experiência gratificante, mas ao fundir-se com o seio inexaurível, o *self* desapareceria (colapso); por outro lado, a oposição e a separação do objeto amado leva ao sentimento de abandono, característica da posição esquizoparanoide. As contribuições de Melanie Klein (2006) ajudam a compreender a origem primitiva deste desejo:

“... o anseio do bebê por um seio inexaurível e sempre-presente (...) está fundamentalmente enraizado na ansiedade. (...) ... seus desejos implicam querer que o seio e o *self* se fundam. E em seguida que a mãe fizesse desaparecer esses impulsos destrutivos concomitantes à dor da ansiedade persecutória.” (Klein, 2006, p.

211).

Diante do exposto, fica-nos claro que o funcionamento mental de Zulmira predominante era viscosáríco e que a melhora se expressava com progressivo ingresso na posição esquizoparanoide e breves incursões à posição depressiva. O estado confusional e psicossomático inicial foi cedendo espaço à emergência de núcleos psicóticos com clivagem mais estruturada e angústia de aniquilamento, com rápidos momentos de consideração pelo objeto.

Este é o quadro de referência que utilizamos para analisar o sistema das fantasias inconscientes de Zulmira na transferência, segundo Bion (Rosa, 2008) que englobam: (1) os medos e sentimentos, (2) os desejos inconscientes, (3) os mecanismos de defesa, (4) posição das relações de objeto e (5) níveis de solução do conflito” (p.82) e o último nível, acrescentado pelo autor a partir de Chiozza, (6) a gênese do conflito central da fantasia inconsciente” (p. 83).

1. Medos e sentimentos

O medo predominante era de ser abandonada e a perda do objeto significar a perda de si (colapso), com evoluções para angústia de aniquilamento e angústia de separação, com episódios severos de depressão.

O fato de estar em uma terapia breve, com prazo para terminar, compreensivelmente aguçava os temores de abandono de Zulmira. Entretanto, na maior parte das vezes, este dado real se confundia com a fantasia de que seria desligada a qualquer momento pela terapeuta, durante o período regular de terapia. Esta

fantasia ligava-se à intensidade de seus ataques e ao medo de danificar ou de ser retaliada pela terapeuta que, por cansaço ou por raiva, cortaria o vínculo – que ela percebia necessitar muito.

O trabalho foi direcionado para a reverie dos elementos beta que transbordavam durante os encontros. Inclui-se também o discernimento entre suas fantasias de abandono e a realidade, e por outro lado, o fortalecimento e o reconhecimento, por parte da paciente, dos recursos psíquicos de que ela dispunha para não se perder. Complementarmente, o início de terapia medicamentosa antidepressiva ministrada por psiquiatra quando emergiu a forte depressão e o assinalamento desta como melhora no seu quadro.

Vale lembrar do novo enquadre terapêutico proposto ao final do período da terapia breve, para uma terapia sem prazo determinado.

2. Desejos inconscientes

Intenso desejo de fusão com o objeto benigno protetor terapeuta, na posição viscocárica. Quando tinha na terapia uma boa experiência, esta se acompanhava deste forte desejo de fusão com a terapia/terapeuta passava a representar, simultaneamente, perigo. Por isso, seu desejo de ter prazer era perigoso pois ao ter prazer angustiava-se por reavivar o medo de se fundir e deixar de existir. O desejo de melhorar e de ser cuidada ficava constantemente obliterado.

Quando saía do estado confusional e conseguia manter a clivagem, os desejos eram de proteger o objeto bom, aniquilando o

Quadro 1

Síntese dos principais componentes de fantasias inconscientes dos sintomas somatoformes

Desejos inconscientes	Medos e sentimentos	Mecanismos de defesa	Posição das relações objetais	Níveis de solução do conflito	Gênese da fantasia inconsciente
Fusão com o objeto benigno protetor terapeuta;	Medo de ser abandonada; medo de não manter-se viva	Identificação adesiva, horizontalidade entre ela e a terapeuta; introjeção voraz associada ao desejo de fusão com o objeto idealizado	Predomínio da posição viscocárica - PVC - no início do tratamento	Sintomas somatoformes; medo de separar-se da dor crônica	Hipótese da gênese nas primeiras interações com o ambiente; Sentimento de abandono;
Desejo de aniquilamento	Angústia de aniquilamento; medo de perder o objeto bom e entrar em colapso, perdendo o contato consigo mesma;	Clivagem; identificação projetiva;	Atual predomínio da posição esquizoparanoide - PEP	Negação (anal); identificação projetiva (oral)	Relação simbiótica com objeto não-confiável;
Desejo de proteger o bom objeto	Ansiedade de separação.	Projeção; idealização; identificação introjetiva;	Breves incursões na posição depressiva - PD	Simbólico (fálica)	Transmissão transgeracional dos sintomas somatoformes

objeto mau ameaçador.

3. Mecanismos de defesa

Em Zulmira observamos a necessidade constante de recorrer a defesas primitivas, como a identificação adesiva, horizontalidade entre ela e a terapeuta, clivagem, identificação projetiva maciça.

As identificações projetivas e projeções, maciças ao torná-la depauperada colaboram com a idealização e com a persecutoriedade do mundo externo. As identificações introjetivas e introjeções eram vorazes, ligando-se ao desejo de se fundir com o objeto idealizado.

Às vezes, a clivagem ficava perturbada e o prazer e a angústia misturavam-se, terminando por equacionar a coisa simbolizada (angústia e prazer), que são incompatíveis.

O material abaixo mostra o uso defensivo da identificação projetiva expulsando o objeto sádico, após quebra da ilusão de fusão com a terapeuta:

A sessão já estava em seus minutos finais quando Zulmira pergunta à terapeuta acerca dos critérios de escolha de pacientes pelo Projeto Apoiar. Queria saber como havia sido selecionada. Como não havia mais tempo, a terapeuta decidiu não dar uma resposta objetiva mas explorar o significado da pergunta e pediu à paciente que deixassem para a sessão seguinte. Chegada esta, a paciente não tocou no assunto durante todo o período. Faltando alguns minutos para o final, entretanto, olha muito machucada para a terapeuta e pergunta se não falaria "sobre o que combinaram de

falar na sessão anterior”. O questionamento pareceu cifrado à terapeuta, que, sem compreender exatamente ao que se referia, pediu esclarecimento. Zulmira responde que não era nada. Na sessão posterior, chegou muitíssimo raivosa e ferida, chorando o tempo todo e desafiando a terapeuta a adivinhar o que esta teria “feito de errado”, acusando-a de ter “destruído” sua “semana”. Contratransferencialmente, a terapeuta sentiu-se culpada por haver esquecido e ter provocado tamanho mal. A partir de seus próprios sentimentos naquele momento, a terapeuta percebe uma paciente enormemente exigente, intolerante e frágil, cuja organização mental facilmente se desequilibra quando não é atendida “do jeito certo no momento exato”, sem perdão para os “malfeitores”, cabendo ao outro adivinhar-lhe os desejos (ilusão de fusão). Estas ideias foram colocadas à paciente, no tempo possível à ela, e o episódio foi rico para explorar estes aspectos.

4. As diferentes posições das relações de objeto

No relato da paciente predominam relações viscocáricas, com progressivo desenvolvimento para relações esquizoparanoides, com episódios de culpa persecutória, na forma de medo de ser retaliada por ter agredido ou despejado seus conteúdos no outro (terapeuta, familiares, colegas) e episódios rápidos de culpa depressiva, em que mostra alguma consideração pelo objeto. A orientação da psicoterapeuta foi de estar muito atenta às oscilações e valorizar a capacidade da paciente de sustentar o vínculo terapêutico. A vinheta

abaixo mostra a importância do vínculo em um momento de depressão:

Zulmira chega à sessão dizendo que, naquele dia, sua vontade era a de não sair da cama, nem para ir trabalhar. Fala que, no entanto, o fato de ter terapia e encontrar-se com a terapeuta foi a razão que a fez levantar-se. Durante a sessão, a terapeuta registra seu esforço e a importância dele, comunicando que havia um pedaço de Zulmira que queria se ligar à vida e não à morte e à paralisia e conseguia fazer uso construtivo da terapia, vendo-a como oportunidade para viver.

5. Níveis de solução do conflito

O grau de expressão das relações de objeto em Zulmira é oral. Com isso, o desafio da psicoterapia é ser um continente mais eficiente do que seu ego no trato das angústias. Isso significa ter servido como recipiente concreto de projeções e identificações projetivas “vomitadas” em diversas sessões e, posteriormente, com a paciente mais aliviada e apresentando sentimento de culpa, estabelecer um vínculo que pôde sair da oralidade para a analidade (evacuação).

6. Gênese do conflito central da fantasia inconsciente

A hipótese da gênese sugere que nas primeiras interações com o ambiente, formou-se uma relação simbiótica com objeto não-confiável, com predomínio do sentimento de abandono; e transmissão transgeracional de sintomas somatoformes. Jean Michel Petot assinala a importância de distinguir-se o medo do abandono da posição viscocárica (mundo *dread*, desamparo, terror sem

nome) da posição depressiva, cuja característica é a elaboração da ansiedade de separação (Petot, 1988). A fantasia inconsciente temida, em geral nos pacientes com dor crônica, tem relação com o descontrole que um dos genitores tinha sobre a mesma fantasia, em geral a manifestação descontrolada da agressividade e da destrutividade.

As hipóteses propostas para a gênese do conflito principal remontam às primeiras interações com o ambiente, na posição viscocárica. O que Zulmira já contou sobre os pais nos forneceram as pistas. A mãe parece ser pessoa pouco afetiva e com vínculo viscocárico e simbiótico e o pai de Zulmira era desconhecido.

Incluiu-se também a hipótese da transmissão transgeracional (Garcia, Pires, & Penna, 2011; Gomes, 2005; Gomes & Zanetti, 2009; Inglez-Mazzarella, 2008; Kaës, 2005; Magalhães & Féres-Carneiro, 2005; Paiva, 2009) nos sintomas somatoformes, típicos da posição viscocárica. Zulmira relatou que tem na família diversos parentes que sofrem de sintomas como tremores e tonturas. O relato foi concluído com a síntese expressa no Quadro I, sobre os componentes da fantasia inconsciente da dor crônica.

Referências

- Clarkin, J., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Garcia, C. A., Pires, C. M., & Penna, A. (2011). O trabalho do negativo e a transmissão psíquica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*,

62(3).

- Gomes, I. C. (2005). Transmissão psíquica transgeracional e violência conjugal: um relato de caso. *Boletim de Psicologia*, 55(123), 177-188.
- Gomes, I. C., & Zanetti, S. A. S. (2009). Transmissão psíquica transgeracional e construção de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular. *Psicologia USP*, 20(1), 93-108.
- Inglez-Mazzarella, T. (2008). Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(4), 163-166.
- Kaës, R. (2005). Transmissão psíquica e negatividade. In R. Kaës (Ed.), *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade* (p. 258). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Klein, M. (2006). Inveja e gratidão (Original de 1957) (E. M. d. R. Barros & L. P. Chaves, trad.). In M. Klein (Ed.), *Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963. Vol. III das Obras Completas de Melanie Klein* (pp. 205-267). Rio de Janeiro: Imago.
- Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2005). Conquistando a herança: sobre o papel da transmissão psíquica familiar no processo de subjetivação. In T. Féres-Carneiro (Ed.), *Família e casal: efeitos da contemporaneidade* (pp. 24-32). Rio de Janeiro: Editora

PUC-Rio.

- Paiva, M. L. S. C. (2009). As interfaces na constituição do vínculo conjugal. *Revista da SPAGESP*, 10(2), 50-55.
- Petot, Jean-Michel (1988). Os paradoxos kleinianos da posição depressiva. In Petot, J.M. (1988). *Melanie Klein II - O ego e o bom objeto - 1932-1960.*(Haber, B.M., Bilenky, M.K., Wahrhaftig, M.L. & Kon, N.M., trad). São Paulo: Ed. Perspectiva.
- Quinodoz, D. (1995). *A vertigem: entre a angústia e o prazer* (F. Settineri, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rosa, J. T. (2008). O inconsciente para Bion e suas repercussões na teoria e na técnica psicanalítica. In M. C. Hermann (Ed.), *O inconsciente e a clínica psicanalítica* (pp. 79-98). São Bernardo do Campo: Editora da UMESP.
- Silva, J. C. V. V., & Rosa, J. T. (2005). O uso clínico do Teste de Relações Objetais de Phillipson. In J. C. V. V. Silva & J. T. Rowsa (Eds.), *Desenvolvimentos na prática clínica com o Teste de Phillipson* (pp. 17-26). São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica.
- Simon, R. (1986). *Introdução à psicanálise: Melanie Klein*. São Paulo: E.P.U.
- Steiner, J. (1990). Pathological Organizations as Obstacles to Mourning: The Role of Unbearable Guilt. *Int. J. Psycho-Anal.*, 71, 87-

94.

Steiner, J. (1992). O equilíbrio entre as posições esquizo-paranoide e a depressiva (p. 46-58). In Anderson, R. (1994). **Conferências clínicas sobre Klein e Bion** (tradução da Dra. Belinda Haber Mandelbaum, PSC-IPUSP). Rio de Janeiro: Imago Editora, 1994 (155 p.).

2



Fantasia inconscientes na comunicação transferencial de pacientes com dor crônica

Maria Tereza de Oliveira

José Tolentino Rosa

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Na primeira entrevista, uma paciente setuagenária atendida na instituição, um tanto emocionada e com lágrimas nos olhos, disse à terapeuta: “**sinto muita dor em todo o meu corpo, não tenho relacionamento muito fácil com meus filhos, parece que a minha vida está um nó sem afrouxar**” (*sic*).

Tendo sido casada por quase duas décadas, resumiu os motivos que, a seu ver, tornavam difícil o seu relacionamento com os

filhos adultos. Os atritos aconteciam por achar o filho pouco responsável, uma das filhas geniosa, a outra prepotente. A penúltima filha, apresentando deficiência intelectual grave, desequilíbrio emocional, por vezes demandando internação psiquiátrica, deixava-a a beira da exaustão. E, a seu ver, pouco compreendida pelos outros filhos nos cuidados a esta, sentia-se amedrontada, deprimida e sem perspectivas de um futuro mais tranquilo.

No decorrer das entrevistas iniciais e associando sobre sua família, relatou que tinha muita admiração pelo pai que faleceu aos 70 anos: “era apaixonada por meu pai; ele era seguro em relação ao dinheiro, mas sempre nos proporcionou uma vida boa. Minha mãe, por qualquer motivo, batia muito nos filhos e eu me calava, pois, se retrucasse, apanhava mais” (*sic*).

A mãe faleceu aos 80 anos. Com emoção, disse à terapeuta: “era estranho, mas eu não gostava dela. Após a morte do meu pai ela morou comigo e eu cuidei dela até pouco antes de seu falecimento. Tem dias que eu acordo e tenho a impressão que ela ainda vive conosco” (*sic*).

Ela era a caçula e o irmão mais velho faleceu devido alcoolismo. Com o outro irmão ainda vivo, o relacionamento estava rompido. “Quando me casei, não abandonei minha família, ajudei este irmão financeiramente no sustento de sua família. E ele não me apoiou com os cuidados à mamãe quando eu mais precisei de sua colaboração, por isso me afastei dele há anos...” (*sic*).

A separação matrimonial foi por iniciativa dela e motivada por não suportar as agressões físicas do marido: “ele era ciumento, me batia sem motivo, e eu só chorava, tinha medo da separação,

ossos filhos tinham tudo o que precisavam. Eu pensava que não teria como mantê-los.” (sic). Após a separação empregou-se em uma instituição pública até sua aposentadoria.

Além das dores corporais sofreu de sérias doenças após o falecimento da mãe e a separação matrimonial: “sofri muitas dores na cirurgia pulmonar, fui operada da tireóide, de câncer no aparelho gástrico, tomo medicamentos para hipertensão, tireóide, colesterol, depressão e estou procurando explicações para essas manchas roxas que aparecem na minha pele e que doem muito” (sic).

A intervenção terapêutica a esta paciente, inicialmente, foi baseada na técnica da “**Psicoterapia Breve Operacionalizada**” proposta por Ryad Simon (2005), na forma de uma sessão semanal. O objetivo desta técnica consiste na superação, por parte do paciente, de soluções inadequadas para as situações-problemas existentes; e na compreensão de alguns dinamismos que sustentam as soluções inadequadas. O terapeuta age diretamente sobre as situações-problemas e suas interações nos sistemas adaptativos esclarecendo-as com interpretações teorizadas baseadas na teoria psicanalítica (Simon, 2005, p. 129).

O trabalho analítico pode revelar as fantasias inconscientes por meio das associações do paciente. Freud (1911) escreveu: “... com a introdução do princípio de realidade, uma das espécies de atividade de pensamento foi separada; ela foi liberada no teste de realidade e permaneceu subordinada somente ao princípio do prazer. Essa atividade é o fantasiar, que começa já nas brincadeiras infantis, e posteriormente conservadas como devaneio, abandona a

dependência de objetos reais” (vol. XII - p.240-241).

De acordo com Rosa (2005), para Freud, “a força básica da formação de fantasias deriva de um desejo inconsciente cuja satisfação foi bloqueada, e a fantasia é expressão disfarçada da satisfação desse desejo inconsciente. Se formadas no consciente ou com acesso a ele permitido (devaneios) não passariam pelo crivo da lógica racional. Formam-se no sistema pré-consciente ou são reprimidas nele. Se reprimidas no inconsciente, submetem-se à lógica peculiar do processo primário proliferando no escuro e podendo ficar indistinguíveis das lembranças ou podem encontrar o caminho de sua expressão nos sonhos, sintomas, atos sintomáticos ou outros derivados da pulsão. A unidade básica do sistema inconsciente para Freud é o desejo instintivo inconsciente. A formação de ‘sonhos’ e de ‘fantasias’ envolve a transformação do conteúdo primário inconsciente na forma disfarçada. Para Klein, as fantasias inconscientes são o conteúdo primário inconsciente e os sonhos são a transformação desses conteúdos. Isaacs (1952) ressalta a ligação entre o conceito de fantasia de Klein como uma ampliação do conceito de pulsão de Freud, defendendo especialmente a idéia de que toda pessoa tem uma corrente contínua de fantasia inconsciente e que anormalidade ou normalidade não repousam na presença ou ausência delas, mas na maneira pela qual ela se expressa, se modifica e se relaciona com a realidade externa. Assim sendo, é provável que a importância da noção de fantasia inconsciente para a escola kleiniana seja manter a atenção dos terapeutas focalizada predominantemente em ‘desejos inconscientes’, ‘medos e sentimentos’, ‘mecanismos de defesa para lidar com os conflitos

entre medos e desejos’, ‘níveis de expressão da fantasia inconsciente’ e ‘origem das fantasias inconscientes’ ” (Rosa, 2005).

A paciente, objeto deste estudo, apresentou inúmeros sintomas somatoformes após o falecimento da mãe e a separação matrimonial, coincidentemente, as principais fontes de sofrimento físico e psicológico.

No quadro a seguir sistematizamos o entendimento do Sistema Inconsciente Dominante da paciente e através do qual, normateamos a condução do trabalho analítico.

A paciente oscila entre a posição viscocárica (Bleger) e a posição esquizoparanóide (Klein). Na sessão quando a paciente associou a paixão pelo pai e os ressentimentos do tratamento hostil da mãe, remetendo à constelação do Édipo

Na oitava sessão da psicoterapia psicanalítica, antecedendo uma interrupção por três semanas consecutivas por férias da terapeuta, e da qual a paciente tinha sido avisada com a devida antecedência, associou que em três dias consecutivos daquela semana havia sonhado com uma “sobrinha” que, calada, apenas observava cenas que sonhara. E disse à terapeuta: “Na verdade, essa moça não é propriamente ‘parente’ e sim, era uma amiga de infância da minha filha mais velha. E eu a considero como uma ‘sobrinha’, por razões da nossa grande convivência no passado” (*sic*).

Na cena do primeiro sonho estavam a ‘sobrinha’, a paciente, seu ex-marido e a primeira mulher deste com os outros filhos reais dele. E ele comunica à primeira mulher que se casaria com a ela (a paciente) por amá-la muito. Nesse momento associou que o ex-marido, apesar de agredi-la fisicamente, sempre dizia que a amava.

Quadro 1 - Ilustração das fantasias inconscientes no sistema tensional dominante

Desejos inconscientes	Medos e Sentimentos	Mecanismos de defesa	Nível de Expressão da Fantasia Inconsciente	Gênese da Fantasia Inconsciente
De ser filha de outra mãe que não a rejeitasse	Culpa pelo triunfo sobre a mãe	Sintomas: queixas de dor crônica; doença pulmonar; hipotireoidismo; transtornos de pele; câncer e hipertensão	Entre a posição visco-cárica (Bleger) e a posição esquizoparanoide (Klein)	Na sessão quando a paciente associou a paixão pelo pai e os conflitos com a mãe.
Desejo de matar a mãe e viver somente com seu pai	Sentimento de abandono pelos filhos e, mais recente, pela terapeuta	Ausência de desejo de manter-se vivo; negação.	Introjeção do ódio paterno	Ressentimentos pelo tratamento hostil da mãe
Ter uma filha saudável	Sentimento de culpa por rejeitar a “filha doente”	Aceitação de que precisa sofrer para expiar a culpa persecutória	Aliada a fantasias de masoquismo	Resquícios de culpabilidade relacionados à constelação do Édipo

Na cena do segundo sonho estavam a ‘sobrinha’, a paciente, seu ex-marido e uma funcionária dele. E ele lhe comunica que se casaria com a funcionária porque ela estava grávida dele. Trouxe novas associações que o ex-marido teve uma funcionária, com a qual se casou após a separação do matrimônio com ela. E que ambos faleceram com diferença de poucos meses, ele em primeiro lugar. Relatou ter sido grata a esta, que cuidou de sua filha doente, durante uma de suas intervenções cirúrgicas e que, a partir de então tiveram uma boa convivência; entristeceu-se pelo falecimento de ambos.

Na cena do terceiro sonho estavam a ‘sobrinha’, a paciente, seu ex-marido e uma colega de trabalho da paciente. O ex-marido lhe comunica que se casaria com sua colega de trabalho porque ela era inteligente. Associou que a colega, apesar de ser uma boa pessoa, não fazia o tipo físico dele. E que ele sempre dizia que a paciente era inteligente.

No método científico que Freud utilizou para interpretar os sonhos, atribuía um sentido aos mesmos. Freud (1900) escreveu que “todo sonho se revela como uma estrutura psíquica que tem um sentido e pode ser inserida num ponto designável nas atividades mentais da vida de vigília” (vol. IV, p. 39). O material que dá conteúdo ao sonho é derivado, de algum modo, da experiência, e reproduzido ou lembrado no sonho; uma das fontes é a experiência da infância. E a mais surpreendente e menos compreensível característica da memória nos sonhos é demonstrada na escolha do material reproduzido.

Quatro seriam as fontes que se tem utilizado para a classifi-

cação de sonhos: excitações sensoriais externas (objetivas); excitações sensoriais internas (subjetivas); estímulos somáticos internos (orgânicos) e fontes de estimulação puramente psíquicas (vol. IV, p. 59).

O sonho é o próprio sonhador e a interpretação poderá ser possível através da decomposição das pequenas partes, pois o sonho é composto por várias tramas.

Freud (1900) escreveu: “quando eu digo ao paciente ‘Que é que lhe ocorre em relação a esse sonho?’ seu horizonte mental costuma se transformar num vazio. No entanto, se colocar diante dele o sonho fracionado, ele me dará uma série de associações para cada fração, que poderiam ser descritas como os ‘pensamentos de fundo’ dessa parte específica do sonho” (vol. IV, p. 138).

Um sonho pode representar um desejo como realizado - “mesmo que estejamos dispostos a constatar que todo sonho tem um sentido e um valor psíquico, deve permanecer em aberto a possibilidade de que esse sentido não seja o mesmo em todos os sonhos” (vol. IV, p. 158) - podendo ser a expressão de um desejo, um temor, uma reflexão, uma lembrança, uma conveniência, etc.

Para Freud os sonhos recebem sua forma em cada ser humano mediante a ação de duas forças psíquicas: uma que constrói o desejo que é expresso pelo sonho e outra que exerce uma censura e acarreta uma distorção na expressão do desejo. E dos ‘pensamentos do sonho’ - conteúdo latente - pode-se depreender seu sentido e não do conteúdo manifesto do sonho.

Na publicação de 1911 sobre o manejo da interpretação de sonhos na psicanálise ele tratou da maneira pela qual o analista

deve utilizar a arte da interpretação dos sonhos afirmando que este deve trabalhar com o que está emergindo naquele momento, ciente de que complexos e resistências estão ativos.

Os sonhos trazidos pela paciente, na transferência, parecem ilustrar que a ‘sobrinha’ que observa as cenas, é a sua terapeuta que irá promover um afastamento temporário, e que para tanto precisa ser informada das qualidades da paciente. O sentimento da paciente parece ser o do abandono pela terapeuta como também o sente em relação aos seus filhos.

Na sessão após as férias, a paciente tem um compromisso com a filha que mais demanda seus cuidados e se esquece da consulta. Ao telefonema da terapeuta, demonstra seu desapontamento, se desculpa e solicita uma nova chance para ser atendida durante a semana. Na sessão seguinte a transferência negativa foi interpretada e os atendimentos semanais foram continuados com a devida assiduidade por parte da paciente que apresentou significativa melhora na iniciativa e disposição para cuidar de si própria em relação à sua saúde, seu estado de humor e o relacionamento com os filhos.

Numa outra ocasião, quando grande parte do tempo da sessão tinha sido ocupada por associações sobre a sua dinâmica de vida no convívio familiar com as duas filhas e o seu estresse decorrente da situação atual das mesmas, ao final, trouxe um novo sonho.

Relatou que no dia anterior a esta consulta, sonhou que estava diante de uma multidão de pessoas, cujos rostos não se ressaltavam e que desta multidão se sobressaiu uma menina, com laço

de fita na cabeça, semelhante ao que ela usava na sua infância. Esta menina veio em sua direção lhe entregando um lindo buquê de flores. E associa: “lembrei-me de minha mãe” (*sic*). Isto foi compreendido, na transferência, como seu desejo de ser cuidada e reconhecida pela terapeuta e pelas pessoas que a cercam, de não ser uma daquelas pessoas que pareciam não ter rostos.

No andamento da psicoterapia nos parece que a paciente conseguiu compreender melhor sua agressividade na relação consigo mesma e com os outros, conseguindo manter relações familiares mais harmoniosas, vinha se utilizando de vários recursos médicos para amenizar as dores e apresentava melhores perspectivas futuras para sua vida pessoal e familiar. A principal mudança psíquica da paciente foi sua descoberta das fantasias inconscientes em relação à agressividade da mãe e do esposo, seus sentimentos de culpa que a levavam a agir como se tivesse uma dívida impagável com os mesmos.

Referências

- Freud, S. (1996). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira – vol. IV e XII*. Rio de Janeiro: Imago.
- Rosa, J. T. (2005). Uso clínico do Teste de Relações Objetais de Phillipson - Cap. 1. In: Silva, J. C. V. V. V. & Rosa, J. T. (Ed.). *Atualizações clínicas do Teste de Relações Objetais*. São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica.
- Simon, R. (2005). *Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Simon, R. (2008). *Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos – 2ª edição atualizada*. São Paulo: E.P.U.
- Simon, R. (2010). *Psicoterapia psicanalítica: concepção original – Teoria Técnica Pesquisa Ilustrações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.



3



Vivências emocionais e evolução em psicoterapia psicanalítica de pacientes com dor crônica

Márcia Aparecida Isaco de Souza

Maria Aparecida Mazzante Colacique

José Tolentino Rosa

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Introdução

No mundo contemporâneo tem-se percebido o aumento gradativo de intensa demanda de pacientes que procuram a psicoterapia para lidar com problemas emocionais ligados ao corpo, e entre diversas manifestações a dor crônica e seu sofrimento por conta de vários incômodos que são de ordem física e emocional. (Winnicott, 1949; Joseph, 1992a; Chiozza, 1998; Outeiral, 2001;

Meltzer, 2009; Shoenberg, 2009).

O sofrimento por si só penetra profundamente em cada ser humano, podendo destruir as idéias e sentimentos, ou simplesmente paralisar a pessoa. Em alguns momentos chega a destruir as raízes da esperança e arrastando a pessoa para a falta de sentido, ou seja a desesperança.

As pessoas procuram naturalmente o médico em primeiro lugar, mas os médicos vêm buscando evitar os problemas iatrogênicos de tratamentos inadequados. Por isso, quando não se confirma a hipótese de doença orgânica com os exames complementares, mas persistem as dores, encaminha-se o paciente com dor crônica para avaliação psicológica (Chiozza, 1998; Shoenberg, 2009). Neste relato apresentaremos a evolução clínica de duas pacientes em psicoterapia com dor de coluna lombar e cervical.

É importante reconhecer a relevância do trabalho psicológico de para que o paciente diminua o grau de alexitimia e possa ter mais contato com seu psiquismo. (Winnicott, 1949; Joseph, 1992a; Outeiral, 2001; Rosa, 2002; Outeiral, 2008).

Este trabalho tem por objetivo compreender a reorganização interna de pacientes com dor crônica e favorecer o aumento na resolução da existência de conflitos entre corpo e mente de pacientes, possibilitando um processo final de desenvolvimento e crescimento humano.

Alguns autores, como Betty Joseph, relatam que os pacientes dependentes da dor em geral não têm consciência dessa limitação

e tem ganhos secundários, que, com o passar do tempo, agravam seus problemas, ficam aprisionados na posição de vítima e não desenvolvem outros aspectos sadios (Joseph, 1992).

Em pacientes com Dor Crônica percebe-se um traço comum entre eles que é a dificuldade de aceitar a terceira pessoa em relação, ou seja, a dificuldade de viver a relação triangular do conflito edípico. A relação a dois é vista como a única possível, mas idealizada. A figura ausente, o “morto” é vista como uma figura idealizada, e apenas o luto é elaborado quando conseguem enxergar a relação a três (separação dos dois para se tornar o terceiro ausente), ou seja, tendo que aceitar que na relação triangular o terceiro tem de ficar sozinho, elaborar o luto da perda do lugar de ser o único, e aceitar a relação triangular da estrutura edípica.

Quando esse luto é elaborado, os pacientes melhoram e a dor diminui (Bell & Steiner, 2011; Spillius, 1994 e McDougall, 2013). Há um consenso em psicossomática de que o órgão escolhido como o depositário da dor é o mais forte do organismo, por exemplo o estômago, quando o sistema digestivo é bom; a pele, quando o contato com o outro é bom; a obesidade, quando aparece a fantasia da falta do objeto afetivo, etc. Quando se escolhe o órgão fraco, a pessoa fica mais vulnerável a morte. É como se já houvesse um codificador do aparecimento de doenças a partir da nossa formação genética dada pela análise do DNA.

É importante destacar que os autores que enfatizam a importância da existência e aceitação do terceiro em uma relação, como positivo, como a lei representada pela figura paterna

(Lacan), como o contato com a realidade (Winnicott,); a importância da mãe suficientemente boa (Winnicott,); esta visão integrada e triangular, forma-se uma relação dos dois olhos (direito e esquerdo) e o objeto com a visão da paralaxe, uma visão aprofundada e estereoscópica, uma relação triangular como foi apontada por Bion.

A idéia de Winnicott sobre a palavra psicossomática é que não existe nenhuma outra palavra simples que seja apropriada na descrição de certos estados clínicos. A capacidade de *holding* fornece o sentido de unidade do ser e facilita assim a integração do corpo e mente (Winnicott, 1949; Giovachini, 1995). Portanto, as intervenções psicológicas que foram feitas com os pacientes tiveram o intuito de favorecer o desenvolvimento saudável da expressão emocional, favorecida também pela função de *holding* e manejo, exercida pelo ego auxiliar da psicoterapeuta.

Evolução de fatos clínicos na psicoterapia de duas pacientes com dor

Apresentamos duas pessoas, com nomes fictícios, situando as informações sobre a dor e relacionando-a com dificuldades emocionais trazidas da infância e que dominavam a vida adulta de ambas. Utilizaremos conceitos da teoria do desenvolvimento emocional, presentes na clínica do setting de Winnicott (Winnicott, 1949; Hisada, 2002; Roth, 2003; Outeiral, 2008).

Marcela teve o atendimento psicoterápico no período de um ano e Josefa no período de três anos. Observaram-se as maiores dificuldades iniciais em ambas relacionadas, ao medo de se posi-

cionar na vida; dificuldades no trabalho profissional; problemas no relacionamento familiar, e conflitos em relação ao sexo oposto.

Marcela

Com de 46 anos de idade, queixava-se de dores na coluna lombar, há muitos anos. No seu relato dizia dos sentimentos de abandono que sofreu na infância. Apresentava dificuldades na área profissional, aumentadas por trabalhar na empresa própria, onde era sócia do marido, no momento do atendimento estavam separados. Apareciam sentimentos ambíguos em relação à mãe e outros membros familiares.

Josefa

Com 54 anos de idade, queixava-se de dores na coluna cervical, que se irradiava até o pescoço e em alguns momentos chegava ao rosto. Contou que na sua infância apresentava uma timidez que não a deixava se relacionar com qualquer pessoa da família e muito menos no âmbito social. Conseguiu um trabalho público e resolveu ir para Rondônia, teve inúmeras dificuldades de relacionamento com colegas de trabalho e na área afetiva fugia dos homens que se interessavam por ela. Seu caso era semelhante aos descritos na literatura com casos de dor crônica (Shoenberg, 2009).

Evolução da psicoterapia

Em ambos os casos foram trabalhadas as trajetórias de suas vidas, marcadas pelo sofrimento da infância e adolescência e, principalmente, pela dificuldade de adulecer (Outeiral, 2001; 2008).

Marcela se submeteu a uma cirurgia de coluna, que diante do seu estado emocional não obteve resultado eficaz para suas dores. Após os atendimentos psicoterápicos pode-se perceber que em um período muito breve de tempo, pode começar a tomar conta de sua vida, e a dor na coluna foi melhorando (Winnicott, 1949; Joseph, 1992a; c; Giovachini, 1995; Chiozza, 1998; Hisada, 2002; Roth, 2003; Shoenberg, 2009).

Fez a seguinte observação na 10ª sessão, após 2 meses de psicoterapia:

— “Gosto de morar em São Paulo, vivo em um ambiente sadio, apesar de solitário. Na minha casa encontro paz, ordem e bem estar, que eu mesma criei. Submeto-me a vários tratamentos gratuitos e posso aproveitá-los durante toda a semana”.

Josefa após um ano de sessão passou a comunicar que se sentia melhor, embora ainda tenha medo de se afastar do médico que a vem acompanhando há muito tempo, pois não acredita que pode contar com sua família.

Referiu-se a esse aspecto da seguinte forma, na 24ª sessão, após um ano e meio de psicoterapia:

— “Quase não havia percebido que estava passando bem, sem dores no pescoço e rosto que me acompanharam durante toda a vida, mas sinto que preciso me acostumar com o lado bom da vida. Tenho medo de voltar a sentir dores, por isso não quero deixar o médico”.

Sorriu e continuou dizendo:

— “Converso com meus irmãos e aproveito o convívio deles, coisa que sempre escapei”.

As duas pacientes concluíram que foi possível abandonar o mundo da dor, no qual viviam, e substituí-lo por um mundo externo na busca ativa de desenvolvimento pessoal e social (Winnicott, 1949; Joseph, 1992b; Giovachini, 1995; Chiozza, 1998; Outeiral, 2001; Hisada, 2002; Meltzer, 2009; Shoenberg, 2009).

Marcela, na penúltima sessão de psicoterapia, conseguiu expressar um desejo de que talvez não imaginasse que pudesse vir a acontecer:

— “Quando penso em morar em outro país como a Espanha, vejo como uma grande aventura, sem garantias, mas sinto que hoje posso dar conta de novidades, alcançar ascensão financeira, independência e por que não dinheiro?”

Josefa por outro lado, nunca imaginou sair de seu Estado, a não ser para trabalhar, embora fosse uma fuga da família e de outras pessoas conhecidas, o que só veio a perceber na psicoterapia.

Relatou essa questão de poder visitar um país estrangeiro, quando uma amiga, brincando, convidou-a para passear 20 dias no exterior:

— “Uma amiga, me gozando, disse que vai aos Estados Unidos e pensou em mim. Todos riram. Nesse momento disse por que não? Estou tratando de tudo e estou muito animada. Vou fazer algo que não me permitia nem sonhar”.

Pode-se notar a alegria de ambas as pacientes, diante das suas

Quadro 1 – Ilustração do sistema tensional inconsciente de Marcela

Desejos Inconscientes	Medos e sentimentos	Mecanismos de Defesa	Expressão da Fantasia Inconsciente	Gênese da fantasia
Sentir falta de olhada / amada quando criança por parte da mãe e dos familia- res mais pró- ximos, seus irmãos.	Repetir na sua vida o que fi- zeram com ela. O senti- mento de abandono por parte do es- poso repete- em seu senti- mento sobre os médicos.	Psicossomáti- cas; (dores lombares acarretando a pesquisa de vários profis- sionais da saúde che- gando até a cirurgia). Após a inter- venção foi visto que as dores não me- lhoraram.	Somáticas	Provavel- mente dificul- dade na alimentação por parte da relação mãe - criança. Quando pode perceber que ela própria poderia me- lhorar sua li- gação com a vida. Dei- xando a dor que a manti- nha em liga- ção com a vida e poder viver a vida de forma sau- dável.

Quadro 2 – Ilustração do sistema tensional inconsciente de Josefa

Desejos Inconscientes	Medos e sentimentos	Mecanismos de Defesa	Expressão da Fantasia Inconsciente	Gênese da fantasia
Poder ter vivido com os pais e não com os avós. Essa separação da família natural trouxe um distanciamento até a vida adulta de relacionamentos sociais e amorosos.	Medo de não ser aceita pelos pais e irmãos. Era visível que a família a aceitava, porém ela queria estar fundida com eles, achava-se parte deles e queria viver dentro deles.	Psicossomáticas, representadas por dores cervicais que irradiavam pelo pescoço chegando até o rosto e sentindo que poderia ser algo sério em que os médicos não descobriam causas orgânicas.	Somáticas	Vivenciou situações de abandono, por parte da mãe e como teve irmãos muito próximos, a mãe delegou a avó os cuidados dela. Pode perceber com o tempo que conseguiu cuidar-se só e ter um relacionamento familiar e social agradável.

melhoras. Vieram para o atendimento psicológico, e falaram das dores na coluna, de seus incômodos, tratamentos e aos poucos os temas nas sessões foram sendo substituídos por situações relevantes em suas vidas (Chiozza, 1998; Roth, 2003; Shoenberg, 2009).

Marcela pôde encontrar novas perspectivas de trabalho, fazendo novos amigos enquanto que Josefa pôde se aposentar, e tranquilamente fazer um trabalho social em alguns dias da semana e poder fazer esporte em academia.

Os Quadros 1 e 2 apresentam uma síntese da evolução clínica de Marcela e Josefa. Já o Quadro 3 apresenta uma síntese dos casos de pacientes do grupo de morfina via intratecal.

Pacientes com bomba de morfina intratecal (IT)

Uma outra amostra de seis pacientes, cinco mulheres e um homem, na faixa de 40 a 65 anos, com planejamento futuro de colocação de Bomba de Morfina Intra-Tecal (IT), foram encaminhados pela Equipe Médica de Dor, para passarem por Entrevistas, Aplicação do T.A.T. e Rorschach, detectou-se a problemática de que, em cada um dos pacientes se identificava com uma das figuras parentais que era mais presente em suas vidas em termos de agressividade, e que, com o decorrer das experiências vividas ao longo da vida, essa figuras idealizadas eram projetadas em situações de agressividade e violência. O apego ao masoquismo e ausência do prazer se faziam presentes. O órgão depositário da dor era a Coluna Cervical, simbolizando o peso de suportar o mundo nas costas, a síndrome de Atlas, a dificuldade de sustentar

a vida, com a intenção de carregar o mundo nas costas, como Átila e Ulisses, na Odisséia.

Percebe-se que esses pacientes não se atentam muito às dificuldades físicas, alguns deles não prestando atenção ao andar, e deixando-se distrair e caindo com facilidade; queixa de formigamento nas pernas, etc., todas com a identificação da dor no sistema locomotor e de sustentação.

O objetivo da colocação da Bomba de Morfina é ministrada através de equipes médicas de dor, para pacientes com dor crônica e tem por objetivo facilitar o desmame do opiáceo, pois esta pode ser reprogramada periodicamente, para ir liberando cada vez menos morfina, e o paciente ficar cada vez menos dependente do opiáceo.

Betty Joseph relata sobre pacientes que não distinguem entre dor e sofrimento, o que gera maior dificuldade em lidar com as perdas. Quem não pode sofrer a dor, não pode viver o prazer é um assinalamento de Bion, ao explicar os dois princípios do funcionamento mental.

Evolução clínica dos pacientes com descrição dos principais sintomas

Pac. Irma

Intriga básica: conflito edipiano, revelado no TAT.

Falou da importância de sentir-se mulher, com olhar do pai (Édipo). Ele conseguiu ver na filha essa admiração, na infância da filha, mostrando que fez bem sentir-se que ela era admirada por seu pai.

Pac. Rita

É o olhar do pai no Édipo, que reviveu através do episódio na rebelião da penitenciária onde trabalhava, revivendo a agressividade da figura paterna, e a partir desse acontecimento aparece o formigamento em sua perna.

Pac. Vania

A partir de um acidente marido morre, tendo que criar filhos sozinha, e a partir da viuvez aparecem as dores na coluna, infecções, e uso de cadeira de rodas. Voltou a andar mas a dormência nos pés continua. Revive, através da perda do marido no acidente, que era um companheiro que não deixava faltar nada, com a perda do seu pai baleado e morto em um assalto, descrito também como um pai que não deixava faltar nada para a família.

Pac. Cecília

Dificuldade de assumir seu lado mulher, sente-se pouco valorizada pelo pai, que botava os filhos no mundo para ela cuidar dos irmãos. Podia trabalhar e sofrer, mas não participara do prazer com os pais. Sentiu ter superado as dificuldades por seu próprio esforço e teve três filhos.

Pac. M. Luiza

O que consigo identificar é a questão da perda da função de ser mãe. Suas dores começaram depois da retirada das trompas e ovários (síndrome de ovários policísticos) com perda da fertilidade e identificação projetiva ao tentar ocupar o lugar do pai. As

Quadro 3 – Síntese dos principais componentes de fantasias inconscientes de pacientes com sintomas somatoformes

Sujeitos	Desejos inconscientes	Medos e outros sintomas	Mecanismos de Defesa
Amaro	Ser admirado como um pai bom	Medo da hostilidade do filho do vizinho (decepcionado)	Ficou identificado com o objeto mau
Cecília	Ser admirada pelo pai como cuidadora e como amante	Não podia crescer e tornar-se mulher	Ficar infantilizada e sem prazer
Irma	Ser admirada pelo pai	Não podia crescer e tornar-se mulher	Ficar infantilizada
M. Luiza	Ser admirada pelo pai	Não podia crescer e tornar-se mulher	Ficar infantilizada e sem prazer, identificada com o pai
Rita	Ser admirada pelo pai	Da agressividade do pai	Formigamento nas pernas
Vania	Perdeu o companheiro que a valorizava	Não podia crescer e tornar-se mulher	Ficar morta, como seu marido

Continuação do Quadro 3 – Síntese dos principais componentes de fantasias inconscientes de pacientes com sintomas somatoformes

Sujeitos	Grau de expressão da fantasia inconsciente	Conflito	Gênese da fantasia inconsciente
Amaro	Paralisou seu crescimento	Dificuldade ser pai; identificação projetiva com o menino mau	Medo do crescimento
Cecília	Paralisar o crescimento	Fusão com a mãe	Medo do crescimento
Irma	Viscosidade e paralisção	Simbiótico	Medo do crescimento
M. Luiza	Paralisar o crescimento	Dificuldade de ser mãe; identificação projetiva com o pai	Medo do crescimento, de ser mulher
Rita	Descontrole; perda do sossego	Fusão com o pai	Medo da agressividade (motim)
Vania	Paralisar seu crescimento	Fusão com o objeto morto	Medo de fruir a vida

dores começaram, após quatro anos do falecimento da mãe, quando procurou rever um ex-namorado com o qual iria se casar antes das dores aparecerem. Tinha receio de que o namorado não cuidasse dela, que não se interessasse por ela, como seu pai tinha dificuldades de cuidar da própria mãe. Cuidou da mãe por 15 anos que veio a falecer em função de um câncer.

Pac. Amaro

Sofreu um assalto, em sua própria casa, sendo o assaltante filho de um vizinho. Ficou muito decepcionado depois deste acidente, fez cirurgia mas as dores continuam. Esqueceu de si mesmo e passou a se dedicar aos cuidados com a mãe e o irmão.

Fica muito identificado com o pai, que faleceu e parecia muito fragilizado, como ele mesmo.

Conclusões sobre os pacientes com morfina intratecal

Detecta-se nos pacientes com Bomba de Morfina, os mesmos sintomas apresentados nas duas pacientes descritas inicialmente, como desejos inconscientes de fusão com o objeto paterno/materno; medos de ficar com o lado vazio de si mesmos, com o sentimento de perda do sentido da vida que é o cuidar ou ser cuidado; defesa psicossomática apresentando dores lombares e cervicais com irradiação para os membros inferiores; fantasias inconscientes de fusão e defusão; conflito em relação à idealização da simbiose e a gênese da fantasia inconsciente como vivências de situações de abandono e desamparo, não conseguindo perceberem a falta do cuidarem-se de si mesmos.

O que tem em comum com os pacientes é a dificuldade que

tem de assumir as relações triangulares e prazerosas. Ficam paralisados quando frustrados na relação diádica e sentem-se incapazes de se lançarem na relação triangular. O desafio é ver a parte boa e má do Ego e dos objetos bons (Sim) e objetos maus (Mas) integrando o binômio *Yes/However*.

Considerações finais e conclusão

A melhora na vida pôde acontecer de acordo com o que estava se organizando internamente, resultante de uma busca de uma reestruturação emocional, além de busca de resolução dos conflitos.

As pacientes com dor crônica enfrentam uma forte ambivalência. Desejam melhorar essa manifestação e ao mesmo tempo, a dor tem muitos benefícios em sua vida, revezando inclusive alguns ganhos secundários, como a piedade e o interesse das pessoas pela doença. A dor toma um lugar central na vida e sendo assim, é difícil separar-se dela. Esses pacientes mantêm afetos de forma patológica na dor e é esse aspecto que foi trabalhado nas sessões de psicoterapia.

Outros autores de base winnicottiana salientam a necessidade de serem trabalhadas falhas básicas em pacientes com dor crônica, como ocorrem nos casos aqui relatados (Rosa e Rizzo Di Leone, 2007).

Outra característica presente em pacientes é o ser “choroso”, “masoquista” e que têm grande tendência de afastar as pessoas do contato com eles, pois são pessoas que não simbolizam aquilo que é sentido como dor e perdem temporariamente a capacidade

de pensar sobre a dor, pois esta é a demonstração de um sentimento sobre o qual não se quer pensar, e com isso aparece a síndrome da amplificação da dor. Por exemplo, uma pomada só será reabsorvida pelo organismo se o indivíduo permitir a abertura e absorção; uma vacina só “pega” se o indivíduo não estiver com depressão e ansiedade.

Percebemos que esses pacientes se vinculam à equipe de tratamento pelo afeto que recebem, mas sentem que não podem curtir a vida, confundindo amor com sofrimento.

É visível a melhora nesses pacientes quando conseguem ter prazer de falar das suas conquistas, deixando o sofrimento fora do consultório, e também podem experimentar prazer nas conquistas das sessões de psicoterapia, pois sentem que podem despir-se e lavar a alma.

O processo de dor crônica estimula a pobreza mental, sendo uma depressão difusa, que aumenta a intensidade das dores, e conseqüentemente favorecem o isolamento dos outros e do mundo.

Esses atendimentos foram realizados de forma a que os pacientes pudessem entrar em contato com todos esses significados e conseguissem melhorar as suas relações de vida, podendo não mais deixar a dor como fator relevante.

Na medida em que as pacientes foram mantendo contato com a realidade, as situações suficientemente boas puderam ser internalizadas como situações de vida possível e realista (Outeiral, 2001; 2008; Rosa e Rosa, 2007; Valverde Filho, 2010).

Referências

- BELL, David & STEINER, J. Faleceu Hanna Segal. In <http://www.theguardian.com/science/2011/jul/14/hanna-segal-obituary>. The Guardian, Londres, 5 de julho de 2011. Tradução de Jose Tolentino Rosa.
- CHIOZZA, L. A interpretação psicanalítica da doença somática. In: CHIOZZA, L. (Ed.). **Os sentimentos ocultos em hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia de próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-imunes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. cap. 1, p.13-32.
- GIOVACHINI, P. L. Regressão, reconstrução e resolução: continência e *holding*. In: GIOVACHINI, P. L. (Ed.). **Táticas e técnicas psicanalíticas de D.W. Winnicott**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1995. cap. 13, p.183-211.
- HISADA, S. **Clínica do *setting* em Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. 1-142
- JOSEPH, B. Em direção à experiência de dor psíquica. In: SPILLIUS, E. B. FELDMAN, M. (Ed.). **Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph**. Rio de Janeiro: Imago, 1992 a. p.97-105.
- JOSEPH, B. Relações de objeto na prática clínica. In: SPILLIUS, E. B. e FELDMAN, M. (Ed.). **Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph**. Rio de Janeiro: Imago, 1992b. p.205-216.
- JOSEPH, B. Transferência: a situação total. In: SPILLIUS, E. B. e FELDMAN, M. (Ed.). **Equilíbrio psíquico e mudança psíquica:**

artigos selecionados de Betty Joseph. Rio de Janeiro: Imago, 1992c. p.162-172.

McDOUGALL, Joyce. **Conferência: A pessoa de Donald Winnicott: Reflexões e Reminiscências.** Tradução de Isolda Maria de Oliveira Assumpção, Maria Tereza de Oliveira, Lúcia de Mello Senra Valle, Isabel G. Lopes Schvartzaid e Márcia Aparecida Isaco de Souza. Revisão de Marcus E. G. César e Yara Malki. Supervisão de José Tolentino Rosa. Instituto de Psicologia da USP, 2013.

MELTZER, D. The relation of dreaming to learning from experience in patient and analyst. In: MELTZER, D. (Ed.). **Dream life: a re-examination of the psychoanalysis theory and technique.** Londres: Karnac Books, 2009. cap. 13, p.163-169.

OUTEIRAL, J. O. Desamparo e trauma: transferência e contra-transferência. In: OUTEIRAL, J. O. (Ed.). **Clínica da transicionalidade: fragmentos da análise de uma adolescente.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001. Cap. 4, p.75-113.

OUTEIRAL, J. O. Do adolescer ao adultecer. In: OUTEIRAL, J. O.; MOURA, L., et al (Ed.). **Adultecer: a dor e o prazer de tornar-se adulto.** Rio de Janeiro: Revinter, 2008. cap. 1, p.1-14.

ROSA, J. T. Apresentação. In: HISADA, S. (Ed.). **Clínica do setting em Winnicott.** Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p.i-iv.

ROSA, C.P.; ROSA, J.T. A psicoterapia na clínica psicossomática: uma resenha do livro de Peter Shoenberg. **Mudanças – Psicologia da Saúde, 15 (2) 178-184, Jul-Dez, 2007**

ROSA, C.P.; RIZZO DI LIONE, F.. Uma criança com câncer atendida

pela equipe multiprofissional da clínica de dor. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, Brasil, 15, apr. 2009. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/622>. Acesso em: 11 Aug. 2014.

ROTH, P. Delineando uma cena: níveis de interpretação transferencial. In: PONCE, R. D.-M. (Ed.). **Livro anual de psicanálise 17**. São Paulo: Editora Escuta, 2003. p.55-64.

SHOENBERG, P. Musculoskeletal disorders. In: SHOENBERG, P. (Ed.). **Psychosomatics: the uses of psychotherapy**. London: Palgrave Macmillan, 2009. cap. 12, p.171-179.

SPILLIUS, E.B. Developments in Kleinian Thought: Overview and Personal View. **Psychoanalytic Inquiry**, Vol. 14, No. 3, Contemporary Kleinian Psychoanalysis, pp. 324-364, 1994.

VALVERDE FILHO, J. (2010). **O impacto neuroendocrinológico do uso prolongado de morfina por vias espinal e oral no tratamento da dor crônica/ Neuroendocrine and metabolic effect of the treatment of non-cancer pain patients with morphine used through oral or spinal route**. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da USP. Orientador: Teixeira, Manoel Jacobsen.

WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com psicossoma. In: WINNICOTT, D. W. (Ed.). **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1949. cap. 19, p.332-346.

4



Capítulo 4

A contratransferência na supervisão e o processo de aprendizagem, na perspectiva winnicottiana

Maria Aparecida Mazzante Colacique

Márcia Aparecida Isaco de Souza

José Tolentino Rosa

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Uma das mais belas compensações da vida é que nenhum ser humano pode ajudar o outro sem que esteja ajudando a si próprio.

Ralph Waldo Emerson

Esta comunicação apresenta um modelo heurístico para a supervisão psicanalítica, com o objetivo de identificar e pensar sobre os elementos complexos e forças que influenciam o processo de supervisão. É uma tarefa complexa, na qual ocorrem e interagem elementos aparentemente contraditórios, com regras rígidas e intuições criativas. São discutidos: objetivos, processos de aprendizagem, métodos de ensino, relacionamento, clima emocional e avaliação. A competência, na supervisão, é um campo de tensões dinâmicas entre fenômenos opostos, reais ou aparentes.

A supervisão psicológica fixa as dimensões que dependem do conhecimento teórico-prático do supervisor e é influenciado pelo instinto epistemofílico de profissionais que almejam o desenvolvimento pessoal no campo da psicoterapia psicanalítica (Rosa, 1996; Yamamoto, 2006).

Faz-se necessário a aquisição desse conhecimento teórico-prático por parte dos integrantes da relação, ou seja, o supervisionando e o supervisor, para que se possa adquirir a destreza e habilidade em cada caso que se esteja atendendo ou se está estudando (Godoy, 2006; Gordan, 1997; Khan, 2001; Rosa, 2006; Tardivo, 2006; Yamamoto, 2006).

Para o supervisionando, a prática se torna presente com a adequação da teoria frente às situações do paciente na relação a dois na sessão, podendo ser em consultório, ou em Instituição (Chiozza, 1998; Gordan, 1997; Grinberg, 1997; Khan, 2001; Roth, 2003).

Quanto mais se permite estar com o paciente, mais as idéias

surtem no sentido de poder entender o caso e o próprio paciente e poder levar o que aconteceu na sessão e o que não houve entendimento para a supervisão (Grinberg, 1997).

Por outro lado o trabalho do supervisor além de ter o conhecimento teórico-prático constante, através de anos de experiência possibilita a facilidade de um diálogo entre as diferenças que se apresentam diante do relato de um caso (Godoy, 2006).

A dinâmica do relacionamento do supervisor com o candidato é ao mesmo tempo de autoridade e de um mentor para promover o crescimento do candidato, principalmente de sua autonomia. A supervisão psicanalítica envolve tensões inerentes ao trabalho clínico. Na supervisão de atendimentos psicoterápicos diversos aspectos devem ser considerados, como o conhecimento teórico e prático do supervisor, e o forte desejo de aprender de profissionais que buscam se desenvolver como dentro da psicoterapia psicanalítica.

Há várias vertentes que podem ser vistas e analisadas diante da riqueza de um grupo de supervisão, porém iremos nos deter em alguns aspectos, que dizem respeito à repetição de situações das sessões, nos grupos de supervisão (Rosa, 1996, 2006).

Muitos autores enfatizam que na supervisão se repetem conflitos e conteúdos da sessão supervisionada, sendo comum o grupo, sentir-se perdido e angustiado em alguns momentos, ou mesmo impactados diante de algum problema mais denso (Rosa, 1996, 2006).

Nota-se que algum problema de maior intensidade, que

possa ter surgido na sessão, normalmente é revivido pelo grupo, quando o psicólogo relata o episódio ou a própria sessão, traz consigo a angustia da situação vivenciada (Chiozza, 1998; Godoy, 2006; Gordan, 1997; Grinberg, 1997; Rosa, 2006; Tardivo, 2006; Yamamoto, 2006).

Dentro desse tipo de enquadre, pode se notar que algum membro do grupo (ou o supervisor) pode acolher o sofrimento, favorecendo o uso das funções alfa (holding) e de sonhar (reverie).

O primeiro aspecto a ser desenvolvido é o papel do supervisor, que deve ser o de conduzir o grupo a pensar sobre o que aconteceu na sessão do seu colega com o seu paciente, não deve em nenhum momento deixar que o supervisionando sinta-se perseguido ou terapeutizado pelos colegas ou o próprio supervisor. Entretanto, como lembra Hanna Segal, nos seminários de São Paulo, o crime da violência contra o outro é o silêncio, e por isso o grupo deve humanizar-se pela fala, pela troca de experiências (França, Thomé, & Segal, 2000).

O supervisionando que se sente perseguido, diante de uma observação crítica em relação à conduta pessoal ou ao procedimento adotado, passa a ter a tendência a esconder o que realmente ocorreu na sessão, chegando mesmo a mentir, como uma forma de se proteger. Masud Khan assinala que:

“Winnicott também cria um espaço secreto no âmbito das anotações, que corresponde ao espaço secreto do “sono de divã” do paciente. Desta forma, ambos estão seguros na relação e ambos sobrevivem um ao outro. Cada um esta ciente do segredo do

outro e ambos vivem com esse segredo sem questioná-lo” (Khan, 2001, p. 23)

Em alguns casos os terapeutas mudam de supervisores e de grupos, ou inventam alguma desculpa para não mais atender o paciente, como se fosse um acting-out (Giovachini, 1995; Gordan, 1997; Grinberg, 1997; Hisada, 2002; Joseph, 1992a, 1992b, 1992c).

O segundo aspecto da supervisão psicológica importante é o compromisso de quem recebe as orientações, bem como a disponibilidade de aprender a cada observação e atuação do paciente na relação terapêutica. O aprendizado deve ser contínuo, tanto por parte do grupo, como de cada membro, incluindo o supervisor (Rosa, 2002).

Se cada membro do grupo percebe e se sente apoiado pelo mesmo diante de alguma falha, ou inadequação, a tendência é todos aprenderem com a compreensão obtida diante desse episódio (Tardivo, 2006).

Intensos sentimentos que surgem podem, assim, enriquecer o processo de supervisão, sendo que a contratransferência vivenciada por todos pode ser também um meio de favorecer a compreensão dessas vivências. A ampliação de áreas de ilusão e criação envolve conceitos winnicottianos.

Em cada sessão de terapia, como também em cada supervisão que ocorre, as nuances são muito variadas, e, portanto uma interpretação, ou uma supervisão que possa ter sido eficaz em algum caso, não necessariamente possa ser eficaz em outro caso (Joseph, 1992b).

A privacidade e o sigilo profissional são fatores cruciais, que são principalmente encorajados quando predomina no grupo uma atmosfera que estimula à cordialidade, a autenticidade, a tolerância entre estados de brincadeira e momentos de reflexão, ausência de superficialidade nas relações interpessoais e o respeito mútuo pelas representações do outro (França et al., 2000; Godoy, 2006; Gordan, 1997; Grinberg, 1997; Khan, 2001; Meltzer, 2009; Outeiral, 2001; Quinet, 1991; Rosa, 1996, 2006; Roth, 2003; Tardivo, 2006; Yamamoto, 2006).

Intensos sentimentos podem enriquecer o processo de supervisão, através da contransferência dos envolvidos elucidando a compreensão psicodinâmica, a partir do método de amplificação das áreas de ilusão e criação, com base na perspectiva winnicottiana (Giovachini, 1995; Khan, 2001; Outeiral, 2008; Winnicott, 1949).

Fatos clínicos e a relação transferências

Nos dois grupos de supervisão, um dedicado a crianças vítima de violência doméstica, e outro a casos de Psicoterapia Breve de adultos ocorreram processos de aprendizagem.

Serão dados exemplos de situações vividas em encontros desses dois grupos onde esses aspectos foram evidenciados.

Grupo de Supervisão de Vítima de Violência

Uma das terapeutas trouxe o seguinte questionamento: “Está difícil trabalhar com o Gilberto, porque a família não consegue trazê-lo para o atendimento psicológico, eu não vou desistir desse caso, vou até o fim”.

O grupo mostrou que a família estava desistindo do menino há muito tempo e foi um sentimento eficaz, quando a terapeuta disse que não desistiria de ir ao seu encontro, enquanto pudesse. Ela própria não havia percebido de que estava investindo o que a família não investia no menino. O menino percebia o seu empenho, quando comparecia a sessão de terapia, e notava que ela estava muito perto do sofrimento dele.

O trabalho realizado pela aluna tinha o enfoque na direção do menino sentir que a terapeuta estava presente nas sessões e não desistia dele. Não se pode silenciar, lembra Hanna Segal (França et al., 2000).

Grupo de Supervisão de Psicoterapia Breve de Adulto

Uma das terapeutas fez a seguinte observação sobre o andamento de seu caso, “não sei se estou realmente conseguindo trabalhar a transferência em prol do bem estar desta paciente”. O grupo apontou que o sentimento da terapeuta – sua impotência perante o problema da paciente – dizia exatamente respeito ao sintoma histérico da paciente em fazer com que o outro se sentisse impotente, incapaz de ajudá-la (Quinet, 1991). A reação poderia dizer respeito a algo não trabalhado da terapeuta que estava atrapalhando o tratamento da paciente. O grupo considerava aquele sentimento despertado na terapeuta, como uma forma de poder ser utilizado para apoiar o diagnóstico e tratamento da paciente.

Nos dois casos podemos perceber a interferência de situações que apareciam tanto na sessão terapêutica, quanto no entendimento do grupo de supervisão diante dos relatos dos casos.

Percebemos que os grupos estavam alinhados com as situações que ocorriam nas sessões de terapia. Ambas as terapeutas saíram aliviadas das supervisões por perceberem que mesmo achando que não estavam compreendendo a angústia do paciente, puderam perceber que estavam empenhadas no sofrimento de ambos.

Nos grupos de supervisão é necessário que sejam transparentes as observações dos colegas, porque os pacientes podem de acordo com suas resistências prejudicar o vínculo dos terapeutas na relação a dois o grupo, e o supervisor podem elucidar teoricamente e conter a angústia do colega para que o trabalho terapêutico possa ser realmente eficaz.

Apresenta-se nas Tabelas 1e 2 a natureza e as funções das fantasias inconscientes dos grupos de supervisão que foram analisados, segundo as considerações discutidas em cada grupo.

Considerações finais

Consideramos a relevância de ser aprofundado o conhecimento a respeito das reações emocionais tanto do terapeuta, quanto do paciente dentro da relação analítica.

O grupo de supervisão deve possibilitar a ampliação de visões diferentes de um mesmo caso, tanto teóricas quanto práticas, enriquecendo a compreensão do caso, mesmo em atendimentos diferenciados seguindo o embasamento psicanalítico.

Concluiu-se que a fala dos participantes trouxe benefícios para o tratamento dos pacientes, para os supervisionados e para o próprio supervisor, contribuindo não apenas para a compreensão, por parte dos profissionais, dos conflitos psíquicos dos pa-

cientes, mas também das suas próprias sensações perturbadoras que podem interferir na sua capacidade terapêutica.

Referências

- Chiozza, L. (1998). A interpretação psicanalítica da doença somática. In L. Chiozza (Ed.), *Os sentimentos ocultos em hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia de próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-imunes* (pp. 13-32). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- França, M. O. d. A. F., Thomé, M. d. C. I., & Segal, H. (2000). *Hanna Segal em São Paulo: seminários clínicos e temáticos* (L. P. Chaves, L. R. Aratangy & M. d. C. I. Thomé, Trans.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Giovachini, P. L. (1995). Regressão, reconstrução e resolução: continência e holding. In P. L. Giovachini (Ed.), *Táticas e técnicas psicanalíticas de D.W. Winnicott* (pp. 183-211). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Godoy, M. B. R. (2006). Psicoterapia psicanalítica e a transmissão da herança viva: os bastidores do processo de formação. In R. Simon & G. K. Levinzon (Eds.), *Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história* (pp. 305-330). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gordan, K. (1997). An advanced training in the supervision and teaching of psychotherapy. In B. Martindale, M. Mörner, M. E. C. Rodriguez & J.-P. Vidit (Eds.), *Supervision and its vicissitudes* (pp. 134-146). London: Karnac.

- Grinberg, L. (1997). On transference and countertransference and the technique of supervision. In B. Martindale, M. Mörrner, M. E. C. Rodriguez & J.-P. Vidit (Eds.), *Supervision and its vicissitudes* (pp. 1-24). London: Karnac.
- Hisada, S. (2002). *Clínica do setting em Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Joseph, B. (1992a). Em direção à experiência de dor psíquica. In E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.), *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph* (pp. 97-105). Rio de Janeiro: Imago.
- Joseph, B. (1992b). Relações de objeto na prática clínica. In E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.), *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph* (pp. 205-216). Rio de Janeiro: Imago.
- Joseph, B. (1992c). Transferência: a situação total. In E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.), *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph* (pp. 162-172). Rio de Janeiro: Imago.
- Khan, M. (2001). Introdução (S. M. T. M. d. Barros, trad). In D. W. Winnicott (Ed.), *Holding e interpretação* (pp. 1-23). São Paulo: Martins Fontes.
- Meltzer, D. (2009). The relation of dreaming to learning from experience in patient and analyst. In D. Meltzer (Ed.), *Dream life: a re-examination of the psychoanalysis theory and technique* (pp.

163-169). Londres: Karnac Books.

Outeiral, J. O. (2001). Desamparo e trauma: transferência e contra-transferência. In J. O. Outeiral (Ed.), *Clínica da transicionalidade: fragmentos da análise de uma adolescente* (pp. 75-113). Rio de Janeiro: Revinter.

Outeiral, J. O. (2008). Do adolescer ao adultecer. In J. O. Outeiral, L. Moura & S. M. V. d. Santos (Eds.), *Adultecer: a dor e o prazer de tornar-se adulto* (pp. 1-14). Rio de Janeiro: Revinter.

Quinet, A. (1991). *As Quatro Mais Uma Condições de Análise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Rosa, J. T. (1996). Grupo Psicanalítico de Reflexão em Supervisão de Psicoterapia Individual. In I. F. d. M. Catafesta (Ed.), *D.W. Winnicott na Universidade de São Paulo: O Verdadeiro e o Falso* (pp. 253-276). São Paulo: Lemos Editora.

Rosa, J. T. (2002). Apresentação. In S. Hisada (Ed.), *Clínica do setting em Winnicott* (pp. i-iv). Rio de Janeiro: Revinter.

Rosa, J. T. (2006). A procura or mudança psíquica: as contribuições dos seminários clínicos de Betty Joseph e Ryad Simon. In R. Simon & G. K. Levinzon (Eds.), *Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história* (pp. 331-358). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Roth, P. (2003). Delineando uma cena: níveis de interpretação transferencial. In R. D.-M. Ponce (Ed.), *Livro anual de psicanálise 17* (pp. 55-64). São Paulo: Editora Escuta.

- Tardivo, L. S. P. C. (2006). Psicoterapia psicanalítica e a clínica hoje: o encontro possível entre psicólogos em formação, os pacientes e o supervisor. In R. Simon & G. K. Levinzon (Eds.), *Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história* (pp. 359-374). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1949). A mente e sua relação com psicossoma. In D. W. Winnicott (Ed.), *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.
- Yamamoto, K. (2006). Encontros e desencontros na supervisão em psicoterapia psicanalítica. In R. Simon & G. K. Levinzon (Eds.), *Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história* (pp. 281-304). São Paulo: Casa do Psicólogo.

5



Reflexões acerca do trabalho psicoeducativo junto a crianças e adolescentes oncológicos

*Ivete Pellegrino Rosa*¹

*Maria Elena de Gouvêa*²

Resumo

A criança, vista como um ser que cresce, se desenvolve, pensa e aprende, é a concepção que tem guiado as ações da equipe que atua junto às crianças e ou jovens oncológicos da Casa Ronald McDonald do ABC. A preocupação da equipe é a de desenvolver um trabalho psicoeducativo que possa atender as necessidades edu-

1 Professora Doutora do Curso de Psicologia do Centro Universitário Fundação Santo André. E-mail: ivete.pellegrino@mac.com

2 Professora Doutora do Colegiado de Educação do Centro Universitário Fundação Santo André. E-mail: elenagouvea@hotmail.com

cativas de tais crianças ou jovens. Neste trabalho apresentamos alguns elementos reflexão acerca das experiências de atuação, falando sobre as principais tarefas desenvolvidas. A população atendida é flutuantes e muitas vezes a criança ou o jovem doentes deixam de frequentar a escola ou a frequentam irregularmente. A partir dessas condições e, com a intenção de captar suas possibilidades de desenvolvimento, de manter o vínculo com as questões educacionais e de aprendizagem, foram desenvolvidas estratégias de intervenção de natureza psicoeducativas que chamamos de Apoio Pedagógico por meio de kits-pedagógico. Esse processo de intervenção, resulta da experiência de orientação de estudantes-professores atuando em serviço.

Descritores: crianças, câncer; aprendizagem significativa; educação especial.

Introdução

Neste trabalho apresentamos a reflexão e análise de uma experiência do trabalho psicoeducativo vividas por duas professoras do curso de Pedagogia do Centro Universitário Fundação Santo André na orientação de estudantes-professores voluntários e alunos dos cursos de licenciaturas atuando como professores junto às crianças e adolescentes oncológicos da Casa Ronald McDonald do ABC.

O processo de intervenção, atualmente denominado por Apoio por meio de kits pedagógicos, resulta da experiência de orientação de estudantes-professores atuando em serviço.

Procuramos delimitar o trabalho realizado e destacamos os

referenciais conceituais que guiam nossas ações para poder apresentar os diferentes papéis que ocupam cada membro desta equipe de professores atuantes na área de Educação e Saúde.

O trabalho como atividade Extensionista

A Casa Ronald McDonald do ABC está localizada no campus da Fundação ABC e no terreno contíguo fica o campus da Fundação Santo André, dois Centros Universitários. A Casa abriga as crianças e jovens que se tratam de câncer.

O trabalho começou em 2006 e tem sido uma experiência muito enriquecedora na formação dos professores-alunos no campo da Pedagogia Hospitalar.

Dessa forma, a Fundação Santo André que oferece os cursos de formação docente do Centro Universitário cumpre com seu papel extensionista e social. O trabalho extensionista oferece a oportunidade de aprendizagem recíproca, tanto para aqueles que ensinam, como para aqueles que aprendem, ‘a extensão tem trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará na sociedade, a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico’ (P.N.E.U., 2000-2001, p.5).

Reflexões acerca da temática

As reuniões entre as professoras-supervisoras com os professores-alunos têm sido o espaço de trocas e o momento de expressão, que também incluem a manifestação de possíveis conflitos, da revisão e ressignificação, tanto das ações pessoais como na

forma de intervir.

Essa equipe pedagógica expõe e se expõe diante do desafio que é a situação de propiciar uma aprendizagem, que seja significativa, para os alunos crianças ou jovens oncológicos.

Este trabalho também se caracteriza por termos duas áreas em intersecção, a Educação e a Saúde, a equipe necessita de informações acerca de elementos da Saúde, da enfermidade das crianças ou jovens e de orientações para as ações psicoeducativas oriundas da psicanálise, por exemplo, os importantes conceitos winnicottianos como holding e handling.

Considerando o contexto da Pedagogia Hospitalar, o trabalho junto aos alunos oncológicos visa respeitar as diversidades e as necessidades específicas de cada criança, em seus diferentes momentos. Os tipos de intervenção procuram ser flexibilizados a fim de que a aprendizagem ocorra de modo prazeroso. A equipe considera as mudanças que ocorrem no dia-a-dia de seus alunos, sabendo que tais mudanças podem impactar, tanto na forma de atuar ao ensinar, como na forma sob a qual as crianças ou jovens oncológicos se disponibilizam para aprender.

Torna-se muito importante que a prática educativa seja feita a partir de um conceito de criança que aprende.

O conceito de Aluno

Sabemos que a atitude do professor junto aos seus alunos é sempre decorrente da concepção que tem em seu imaginário e isto é o que vai determinar sua forma de compreender a criança e de

sentir suas possibilidades para poder intervir.

Muitas crianças que vivem estados de saúde prejudicados por doenças, estão fora da escola, quer seja pelos preconceitos que vivem e enfrentam ou pela exclusão provocada por elementos de ordem social (NUCCI, 2002). Considerando o abandono às questões que tratam de crianças mais fragilizadas acreditamos que a oportunidade de aprender pode alimentar o desejo de crescer e de se desenvolver das crianças, mesmo aquelas que estejam doentes. E esse é o conceito de criança que permeia o trabalho educativo que vemos desenvolvendo com as crianças ou jovens oncológicos.

A Equipe Pedagógica

A Equipe Pedagógica está composta por duas professoras do Curso de Pedagogia, pedagoga e psicóloga. Os professores-alunos do curso de Pedagogia, professores voluntários formados e especializados em Pedagogia Hospitalar e em Educação Especial.

A professora supervisora e pedagoga promove um espaço de formação docente aos professores-alunos, apoia o grupo de professores voluntários e professores-alunos, na discussão de recursos. Identifica os tipos de apoio escolar mais imediatos que devem ser desenvolvidos. Apoia o grupo de professores voluntários e professores-alunos em atividades que possam enriquecer toda a comunidade educativa. A professora supervisora e psicóloga orienta os alunos-professores na sondagem ou exploração inicial das áreas de conhecimento na identificação de possibilidades ou de necessidades. Participa da elaboração de projetos ou de planejamento de intervenção. Participa da gestão dos conflitos da equipe peda-

gógica. Orienta e assessora estudos de aprofundamento e dá suporte à pesquisa literária. Ambas professoras orientam o desenvolvimento de Projetos de intervenção e a confecção de material concreto de uso nos projetos.

O trabalho pedagógico utiliza como diretriz os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), quando a criança frequenta a escola, utilizamos seu material como referência. Os trabalhos da Equipe estão interrelacionados, buscamos como meta o aperfeiçoamento e procuramos fazer com que elas tenham conexões claras com os objetivos dos trabalhos ou das atividades desenvolvidas.

Alguns Aspectos da Intervenção

Tendo em vista as tarefas desenvolvidas pelos membros da equipe pedagógica e associando o conceito de aluno ao trabalho, entendemos que os Projetos de intervenção devem utilizar de preferência material concreto como jogos, ou faz-de-conta, ou contação de histórias que inclui a presença do resgate de ações humanizadas, sem perder de vista o papel do professor que ensina e desafia na promoção do conhecimento e da autonomia de seus alunos.

Apresentaremos uma experiência de Apoio Pedagógico por meio de kits que vemos desenvolvendo, tendo em vista que muitas vezes as crianças ou os jovens atendidos permanecem no programa educativo por pouco tempo.

Desenvolvimento das Atividades

Passamos a trabalhar com as crianças individualmente, por

vezes é possível fazer uma intervenção em grupo de três ou mesmo duas crianças, o que tem se mostrado bastante eficaz para a aprendizagem (PELLEGRINO-ROSA e GOUVÊA, 2007). Aprendemos que muitas vezes o trabalho deveria começar e se encerrar no próprio encontro, eventualmente ter mais de um encontro.

O professor precisa se inserir na Equipe de profissionais do hospital, pois muitas vezes ele é a ponte entre o discurso técnico de alguns profissionais e o discurso leigo da criança, conforme as experiências relatadas por Fontes (2005).

Compreender as pessoas através das relações que vão se estabelecendo é o fio condutor do processo nesse momento, assim, agregamos o fator humano ao conceito de criança que cresce e se desenvolve como guia da ação da professora, conforme as palavras de Guedes (1981):

O professor, agindo como facilitador, através de uma atitude autêntica de respeito, aceitação e confiança, favorecerá o desenvolvimento das capacidades cognitivas e de autodeterminação do aluno. Porém, esta é uma atitude que só pode ser adotada por professores que vivenciem uma postura existencial e humanista de relacionamento interpessoal. Significa a decorrência de uma atitude de não-autoritarismo, de convicção e crença nas potencialidades de crescimento pessoal do estudante (p. 14).

Esse encontro é o que abre a possibilidade de se realizar o Apoio Psicoeducativo, a intervenção que consideramos adequada àquelas crianças. É uma forma profissional de intervir junto a

criança que pensa, sente, cresce e se desenvolve, um ser humano em potencial.

Caracterizando o Apoio Pedagógico

O Apoio Escolar é uma oportunidade de que o vínculo com a aprendizagem seja mantido. Para o desenvolvimento dos encontros, as crianças são estimuladas em exercitar, pode ser que o Projeto contemple atividades com as mãos ou manualmente, no sentido psicomotor. O Projeto, ou o kit-pedagógico, pode ser uma história contada sobre uma temática significativa à ela, então, o Projeto vai estimular as representações e a simbolização.

O Apoio objetiva acompanhar a criança que, mesmo doente, está crescendo e se desenvolvendo. O Apoio acredita que ao estimular e proporcionar tarefas escolares está também colocando novos horizontes para cada uma delas pensar. A intenção é que o Apoio mantenha aceso o desejo de buscar e conquistar novas aprendizagens, iniciando com atividades que a criança pode fazer, continuando com atividades que precisa do professor e suas orientações, e, gradativamente, a criança vai subindo nos degraus do conhecimento, sem experimentar fracasso.

É esse o momento que a criança fica distante dos procedimentos médicos e clínicos habituais, e, assim se volta para o horizonte e vê que há muitas coisas a ser aprendida, e, isto é um sinal de saúde (FONTES, 2005).

Na hora do Apoio a professora traz um material novo, mas, é um material próximo do momento de aprendizagem da criança, um material que ela pode se envolver, se interessar, e, com as orien-

tações da professora poderá se transformar porque aprendeu.

De acordo com as ideias sócio-interacionistas de Vygotsky (1988) as funções mentais têm conexões externas ou sociais, há um trabalho interpessoal conjugado com um momento intrapessoal. O Apoio Pedagógico cuida do vínculo professor-criança, as intervenções são preparadas para a criança poder fazer e se sentir desafiada, para de fato, crescer. São evitadas as situações de aprendizagem que a criança não consiga fazer, para evitar o sentimento de fracasso.

Um kit pedagógico traz um conjunto de atividades que podem ser difíceis para a criança dominar sozinha, mas as tarefas podem ser realizadas com a orientação da professora. Assim, um kit traz tarefas com um limite e exigência que vão desde as mais básicas para as mais complexas. Entendemos que o ensino na Zona de Desenvolvimento Proximal reflete o conceito de ensino adequado ao processo de desenvolvimento dessas crianças. Esses são os passos de apoio que se insere no conceito de andaime (*scaffolding*) (De Vriès, 2005). Assim, temos desenvolvidos o que chamamos de kit-pedagógico ilustrado brevemente com imagens.

Acreditamos que no momento em que o material passa a fazer sentido à criança, ela passa a perceber a situação pedagógica como positiva. Essa é uma condição importante que nutre os estados motivacionais e facilita o processo que conduz uma criança que se desenvolva, cresça, pense e tenha sentimentos.



Figura 1 - A professora está presente e ao lado da aluna



Figura 2 - O brinquedo de encaixe e a exploração do espaço



Fig. 3 e 4 - Ilustrações das produções do trabalho com crianças e jovens da Casa Ronald

Referências

- BRASIL, MEC-SESu - *Plano Nacional de Extensão Universitária (P.N.E.U)*, elaborado pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Desporto, 2000-2001.
- BRASIL, MEC, 1998 - *Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs)*.
- De VRIES, P. Lessons from home: Scaffolding vocal improvisation and song acquisition in a 2-year-old. *Early Childhood Education Journal*, n. 32, p. 307-312, 2005.
- FONTES, R., O desafio da Educação no hospital. *Presença Pedagógica*, v. 11, nº 64, 21-29, 2005.
- GUEDES, Sulami Pereira. *Educação, Pessoa e Liberdade – Propostas rogerianas para uma prática psicopedagógica centrada no aluno*. São Paulo: Moraes, 2ª edição, 1981.
- NUCCI, Nely A. G. *A Criança com Leucemia na Escola*. Campinas, SP: Pleno, 2002.
- PELLEGRINO-ROSA, I. e GOUVÊA, Maria Elena. Aprendizagem Significativa de Alunos Internos da Casa Ronald McDonald do ABC Paulista. Comunicação apresentada no: VI

Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento, 2007. Vitória, ES. *Anais da Sociedade Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento*, 2007.

STORI, Norberto, *O despertar da sensibilidade na educação*. São Paulo: Instituto Presbiteriano Mackenzie – Cultura Acadêmica, 2003.

VYGOTSKI, Lev. S. *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes, 2ª edição, 1988.

6

**Apresentação**

Parthenope Bion Talamo era filha de Wilfred Ruprecht Bion e faleceu em acidente de carro da família em 2008.

Correpondeu comigo, em 2006, quando organizou junto com Silvio Merciai, em Turim, uma homenagem para comemorar os 100 anos de Bion, intitulado **Conferência Internacional do Centenário da Obra de W.R. Bion** (Torino, 1997) que foi publicado pela Karnac Books, de Londres. Era psicanalista filiada a **Sociedade Italiana de Psicanálise de Turim**; e doutora, em 1973, pela Universidade de Florença. Seu último artigo foi a *Introdução* ao livro “**Legado de Bion para Grupos** (1998).

Referências

<http://www.sicap.it/merciai/bion/papers/bion.htm>

<http://www.sicap.it/merciai/bion/Stuff/parthenope.zip>

Parthenope Bion Talamo, Franco Borgogno e Silvio A. Merciai (2000). **W.R. Bion. Entre o passado e o futuro**. Londres: Karnac Books.

Talamo, Parthenope Bion; Borgogno, Franco; e Merciai, Silvio A. (1998).

Introdução ao legado de Bion para Grupos. Londres: Karnac Books.

José Tolentino Rosa

Divisão 39 - Psicanálise- APA, USA

**Diretório de Grupos de Pesquisa
no Brasil**
CNPq - Plataforma Lattes

Nome do Grupo: *Atenção psicológica a pacientes com dor crônica*

Jose Tolentino Rosa, IPUSP, (*líder do grupo de pesquisa*)

Pesquisadores

Barbara Subtil de Paula, IPUSP

Christiane Pellegrino Rosa,
FMUSP-IPq, HSL

Deoclecio Tonelli, IPUSP, FM-
FUABC

Ivete Pellegrino Rosa, Fundação
Santo André, EPM/UNIFESP

Leila S. de La Plata Cury Tardivo,
IPUSP

Lúcia de Mello Senra do Valle,
IPUSP

Lucinea Scaboro, IPUSP

Márcia Aparecida Isaco de Souza,
IPUSP

Maria Aparecida Mazzante Colacique,
IPUSP

Maria Léa Ferreira Lins, CEPSE,
IPUSP

Mayra Torres Vasques, FOUSS,
IPUSP

Vivianne Pellegrino Rosa, FM-
FUABC, H. Mario Covas

Yara Malki, IPUSP

Estudantes

Fernando Fidelix Silva, CEPSE,
IPUSP

Giovana Antonio Fiorentino,
IPUSP

Isabel Gonçalves Lopes Schwartzaid,
IPUSP

Isolda Maria de Oliveira Assumpção,
IPUSP

Maria Tereza de Oliveira, CEPSE,
IPUSP

Marília de Siqueira, IPUSP

Rosemeire Aparecida da Silva,
IPUSP

Sandra Donati, IPUSP

Valéria de Angelis Vieira, IPUSP

Técnicos

Angelica Aparecida Paulovic Sabadini,
Bibliotecária, IPUSP

Maria Imaculada Cardoso Sampaio,
Doutora, Bibliotecária, IPUSP

Linhas de pesquisa

Oficina de redação em psicologia
clínica

Psicoterapia psicanalítica com pa-
cientes dependentes da dor

Tratamento de dor crônica

URL: <http://dgp.cnpq.br/diretorio/fontes/detalhegrupo.jsp?grupo=0067707X6IRZ8K>

A contribuição da comunicação clínica de pacientes com dor crônica, na perspectiva de Bion e Matte Blanco

*Márcia Aparecida Isaco de Souza*¹

*Isolda Maria de Oliveira Assumpção*²

*José Tolentino Rosa*³

*Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo*⁴

- ^{1,2} Pesquisadoras do grupo de pesquisa “*Atenção psicológica a pacientes com dor crônica*”, filiado ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP;
- ³ Líder de pesquisa do Diretório de Grupo de Pesquisa “*Atenção psicológica a pacientes com dor crônica*”, filiado ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP; professor doutor do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP;
- ⁴ Pesquisadora do grupo de pesquisa “*Atenção psicológica a pacientes com dor crônica*” e coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP; professora associada do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP.

Resumo

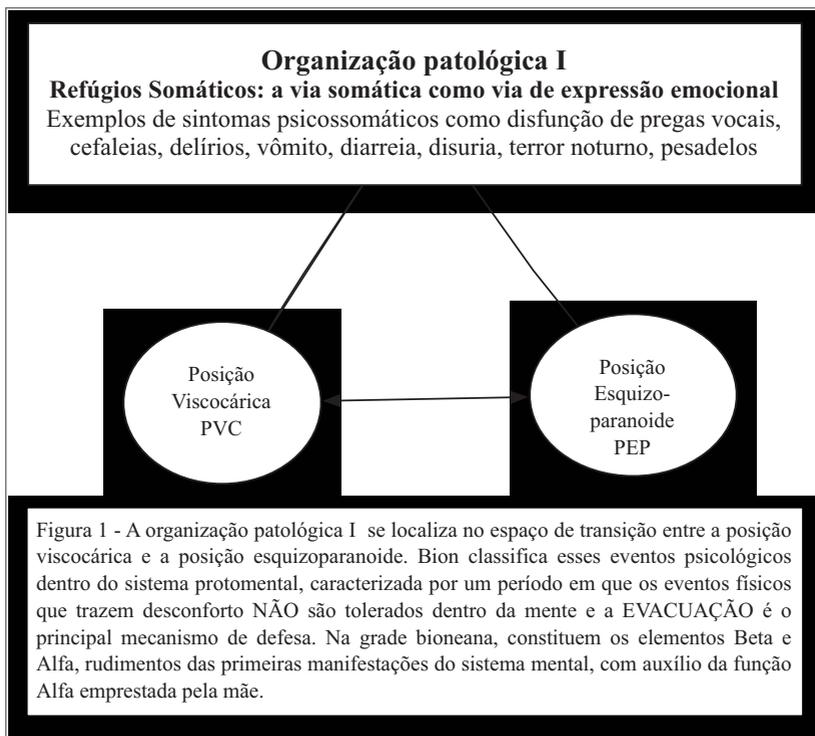
Relato de uma mulher, 42 anos, com um aneurisma da artéria central média direita, responsável pelo hemisfério mudo de compreender o mundo, associado à fabulação do sentimento de abandono, tanto com familiares como nas reações de transferência: (1) a paciente foi encaminhada a neurocirurgia para remoção do aneurisma; (2) cessou o sintoma de fabulação com sentimento de abandono. A psicanalista Parthenope Bion Talamo defendeu tese na qual fez uma comparação do uso da lógica por Bion e Matte Blanco. O segundo caso ilustra a comunicação clínica de um paciente que foi considerada um sonho. Bion sempre respondia como se estivesse fazendo uma livre associação, denominada por Matte-Blanco de pensamento acróstico, um ideograma com informações importantes para a compreensão da totalidade. Bion concebeu um mecanismo que explica a transformação de sonhos em estímulos que bombardeiam continuamente a atividade mental, alfa ou função alfa. Matte-Blanco propõe o caminho inverso, mostrando que todo sonho, alucinação ou fabulação, corresponde a fatos somatoformes, do sistema protomental. O modelo permite propor um intercâmbio entre a dor e o sofrimento, facilitando a compreensão mais eficaz para usar a capacidade de manter-se vivo, livrando-se de lembranças de pais ainda jovens, que perdem muito facilmente o controle dos impulsos destrutivos.

Palavras-chaves: transferência total; comunicação clínica; organização patológica; sintomas somatoformes.

Introdução

A **organização patológica I**, apresentada na Figura 1, se localiza na transição entre a posição viscocárica e a posição esquizoparanoide. Bion classifica esses eventos psicológicos dentro do sistema protomental, caracterizada por um período em que os eventos somatoformes que trazem desconforto e não são tolerados dentro da mente, que usa a evacuação como o principal mecanismo de defesa. Na grade bioneana, constituem os elementos

Beta e Alfa os rudimentos das primeiras manifestações do sistema mental. A **organização patológica I** se caracteriza pela predominância de refúgios somatoformes, correspondentes ao espaço de transição entre a posição viscocárica para a posição esquizoparanoide. Na organização patológica I ficam classificados os refúgios somáticos, que usam a via somática como expressão emocional. Exemplos de sintomas psicossomáticos como disfunção de pregas vocais, cefaleias, delírios, vômito, diarreia, disuria, terror noturno, pesadelos (ver a Figura 1).



A organização patológica II utiliza mecanismos de defesa da posição esquizoparanoide e da posição depressiva, típica das defesas utilizadas no Transtorno Bipolar, com Mania e Depressão; representa os refúgios psicológicos (Figura 2). Os pacientes mais regressivos utilizam manifestações de transtornos psicóticos comuns na esquizofrenia e sintomas negativos. Como exemplos:

Organização patológica II - Refúgios psicológicos Defesas da Esquizofrenia, do Transtorno Bipolar e da Mania e Depressão

Os mais regressivos dependem da manifestação de transtornos psicóticos comuns na esquizofrenia e sintomas negativos

Exemplos: transformar ciúme em inveja, com destruição do objeto amado.

As defesas mais evoluídas pertencem à posição depressiva, que para Bion se caracteriza por maior tolerância à frustração e aumento da capacidade de pensar: amor e ódio (ciúme), masoquismo (exagero no sofrimento), narcisismo patológico (excesso de amor próprio e autoestima, com predominância da arrogância), projeção da hostilidade pelo mecanismo da identificação projetiva ou uso maciço da equação simbólica, caracterizada pela equivalência do símbolo com a coisa simbolizada.

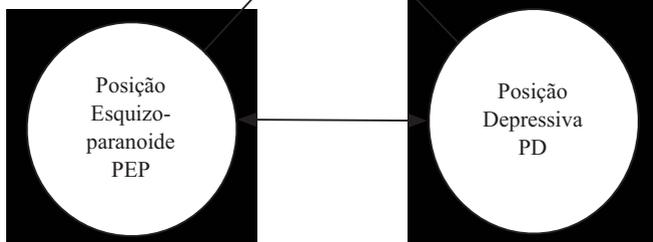


Figura 2 - A organização patológica II, definida por John Steiner, que a definiu pelo uso de refúgios psicológicos, cujas fantasias inconscientes oscilam entre a posição esquizoparanoide e a posição depressiva.

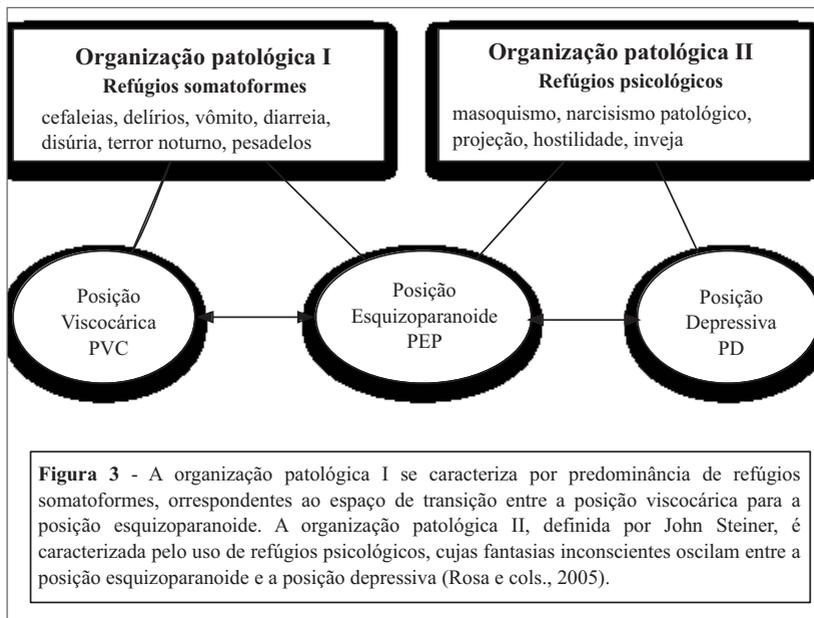
transformar ciume em inveja, com destruição do objeto amado.

As defesas mais evoluídas pertencem à posição depressiva, que para Bion se caracteriza por maior tolerância à frustração e aumento da capacidade de pensar: amor e ódio (ciume), masoquismo (exagero no sofrimento), narcisismo patológico (excesso de amor próprio e autoestima, com predominância da arrogância), projeção da hostilidade pelo mecanismo da identificação projetiva ou uso maciço da equação simbólica, caracterizada pela equivalência do símbolo com a coisa simbolizada.

A organização patológica foi inicialmente definida por John Steiner (1989), caracterizando-a pelo uso de refúgios psicológicos, cujas fantasias inconscientes oscilam entre as posições esquizoparanoide e depressiva.

A Figura 3 foi proposta em 2005, como uma síntese que reúne os sintomas somáticos e os refúgios psicológicos, classificados pelas três posições neokleinianas: posição visco-cárica, esquizoparanoide e depressiva. A **organização patológica**, tal como foi definida por John Steiner (1997), é caracterizada pelo uso de refúgios psicológicos, cujas fantasias inconscientes oscilam entre a posição esquizoparanoide e a posição depressiva (Rosa e cols., 2005).

John Steiner (1997, pp. 123-136) estende essa discussão ao ilustrar como relações objetais perversas, inclusive relacionamentos perversos entre as partes do self, ajudam a reforçar o domínio que as organizações patológicas têm sobre a personalidade.

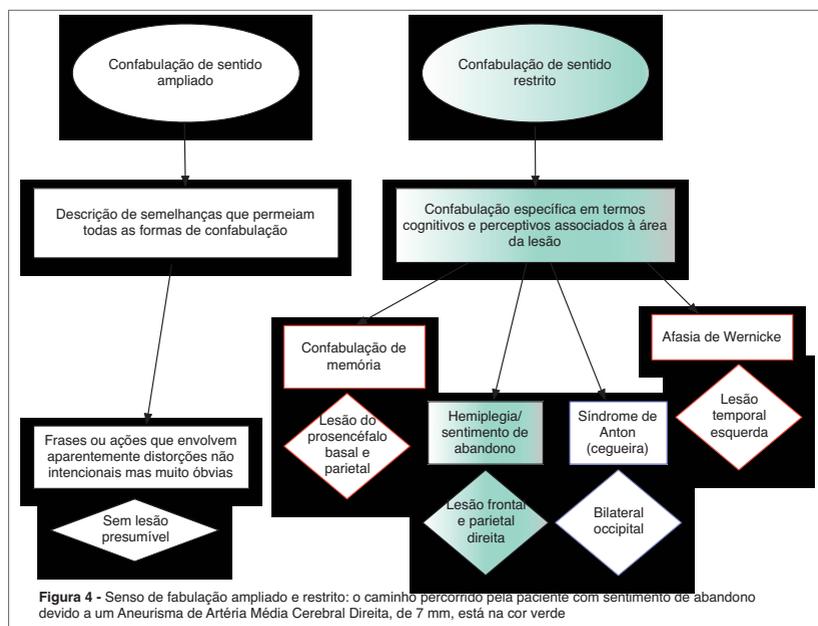


Da contratransferência verbal para o aneurisma da artéria central média direita

O diagrama da Figura 4 mostra como a partir do estranho sentimento de abandono, na contratransferência, partiu-se da hipótese de uma anomalia no hemisfério direito (adaptado de Deluca, 2000a; 2000b; 1993; Deluca & Cicerone 1991; Diamond, Deluca & Kelley, 1997). O exame neurológico detectou um aneurisma sem rotura de 7 mm no segmento M1/M2 da artéria cerebral média direita; apresentando colo estreito e fluxo de alta velocidade em seu interior.

Do aneurisma da artéria central média direita para a fabulação do sentimento de abandono na contratransferência verbal

A paciente foi encaminhada para neurocirurgia para remoção do aneurisma, considerado a principal causa da fabulação. Após a cirurgia desapareceram os sintomas de fabulação semelhante aos pacientes com dor crônica, acentuados pelo sentimento de abandono, dos pais, do marido e do terapeuta nas reações de transferência.



Da contratransferência verbal para o aneurisma da artéria central média direita

O diagrama mostra como a partir do estranho sentimento de abandono, na contratransferência, partiu-se da hipótese de uma anomalia no hemisfério direito.

O exame neurológico detectou um aneurisma sem rotura de 7 mm no segmento M1/M2 da artéria cerebral média direita; apresenta colo estreito e fluxo de alta velocidade em seu interior.

A interpretação do aneurisma da artéria central média direita e sua contribuição para a fabulação da paciente (DELUCA, 2000a; 2000b; 1993; DELUCA et al., 1991; DIAMOND et al., 1997; ROSA, J.T. 2009), representada pelo sentimento de abandono nas reações de contratransferência verbal, permitiu: encaminhar a paciente para neurocirurgia de remoção do aneurisma⁵; aguardar a interrupção da fabulação e do sentimento de abandono na transferência e também atendimento aos familiares (Rosa, JT 2005; Rosa, CP, 2006; Rosa, VP 2012; Teixeira, 2009, Valverde et al, 2006a; 2006b).

José Augusto Bockmann de Faria (1999), no artigo “*Bion, Matte Blanco e os processos oníricos*” demonstrou que, pelas contribuições de Bion e Matte Blanco à psicanálise, pode-se compreender melhor as comunicações do paciente de duas maneiras:

Do sonho para a comunicação

O relato do sonho de um paciente, no qual traz em si um aspecto paradoxal e mostra que pode ser melhor

compreendido com a teoria de Matte Blanco sobre a constituição dos sonhos e do inconsciente.

Da comunicação, livre associação, para o sonho

No segundo exemplo, faz-se referência a um trecho da livre associação em que um analisando descreve imagens visuais que lhe ocorriam na ocasião. Com a suposição de que esse paciente tinha acesso instantâneo à ininterrupta cadeia de processos oníricos postulada por Bion como existente no transfundo da mente, essas comunicações foram entendidas e tratadas como sonho.

Não consegui encontrar, até agora, nas obras de Bion menção alguma sobre as idéias de Matte Blanco, porém a filha de Bion, Parthenope Bion Talamo, psicanalista de Turim, em tese de doutoramento defendida em Florença, no ano de 1973, traça uma comparação sobre o uso da lógica por Bion e Matte Blanco (RAYNER, 1995, p.150).

No entanto, em muitos trechos do que deixou escrito, a concepção de Bion se aproxima bastante da maneira como Ignacio Matte Blanco, psicanalista peruano, concebia a estrutura e o funcionamento da mente humana (Bion, 1962a; 1962b; 1963; 1967; 1970; 1974; 1975; 2002).

Os conceitos de Bion têm sido amplamente divulgados, o mesmo não acontecendo com os de Matte Blanco; por este motivo incluímos comentários para esclarecer algumas peculiaridades

des (Matte Blanco, 1959; 1975; 1981; 1988).

Matte Blanco (1959), estudando as peculiaridades do pensamento esquizofrênico, notou que este apresentava grande semelhança com os sonhos. Partindo da concepção de que estes dois modelos de expressão da vida mental seriam manifestações do inconsciente, procurou explicar suas particularidades atribuindo-as ao uso de um modo lógico funcional, que funciona no inconsciente, e que obedece a dois princípios fundamentais.

Em “*Princípio da generalização*” Matte Blanco (1975, p.11) atribui ao inconsciente a incapacidade de conceber seres, coisas e aspectos individuais, somente os aceitando como pertencentes a classes reunindo entidades que possuem um atributo comum. Estas classes ou series seriam tratadas como subclasses de outras classes mais gerais, que por sua vez seriam subclasses de outras mais abrangentes.

Matte Blanco as denominou “series” ou “classes infinitas”. O modo de funcionar destas classes recebeu mais tarde de SKELTON (1990), a denominação de “*pensamento predicativo*”, ou seja, a identidade não seria estabelecida entre sujeitos semelhantes, mas sim entre aqueles que apresentassem uma qualidade comum.

O segundo princípio de Matte Blanco (1988) foi também descrito como existente no inconsciente. Seria um modo peculiar de perceber relações, e que explicaria algumas das propriedades do inconsciente, tais como a ausência da negação, a abolição do tempo e as perturbações do espaço. Consistiria no uso abusivo

de relações simétricas pelo inconsciente, o qual transformaria todas as relações assimétricas em simétricas.

De um sonho para a comunicação clínica

“Estava em uma rua cheia de mendigos, crianças pedindo comida. Eu comia um sanduiche. Aquelas mãos todas, estendidas em minha direção, me incomodavam. Um menino com uma perna, sem braços, pos a mão em meu sanduiche. Fiquei com nojo, não consegui mais comer o sanduiche, que joguei no chão. O menino sem braços veio se arrastando e pegou o sanduiche com a boca”.

Este sonho apresenta um evidente paradoxo. Um menino que não tinha braços, toca com a mão um sanduiche. A pessoa que o relatou, a qual denominarei “X”, sem que isto lhe tivesse sido perguntado, disse, ao contá-lo, que estranhava o fato. O menino, em seu sonho, não possuía braços, porém percebera a mão do mesmo tocando o seu sanduiche.

A comunicação foi retomada com “O que lembra este menino em na história de sua infância?”

Fragmento da sessão analítica: do sonho para a comunicação efetiva

Um analisando, decorrido aproximadamente metade de sua hora de análise, após ter discorrido sobre alguns acontecimentos, especialmente sobre suas dificuldades conjugais, faz um pequeno silêncio. A seguir, passa a discorrer sobre o que percebe em sua

mente, em termos visuais. Diz:

“Imagino uma estrada, marcas de pneus, mas são marcas finas, como cabelos. Vejo uma rede no mar. Ondas, ondas do mar quebrando; elas se transformam em cabelos de mulher. Agora é um rosto feminino, de perfil, escuro sobre fundo branco. O fundo se torna avermelhado, como o céu no por do sol. O rosto agora se transforma, fica parecendo um cone de alto-falante”.

Esta descrição se aproxima das características de um sonho. As imagens referidas são fluidas e mutantes, transformam-se com facilidade em outras. Torna-se nitidamente perceptível a ação dos mecanismos de condensação e deslocamento, típica dos sonhos. O paciente com frequência relatava imagens visuais percebidas no espaço psíquico, como aliás acontece com muitos analisandos, que empregam os primeiros momentos do encontro analítico para descarregar emoções ligadas a acontecimentos recentes da vida, e, em um segundo tempo, mais aliviados das tensões imediatas, parecem conseguir melhor acesso aos processos internos, passando a descrever as imagens mentais recentes.

Estas duas diferentes situações, a primeira referindo-se a narração de um sonho por uma pessoa em análise, a segunda a um momento de livre associação de outra, foram aqui colocadas para ilustrar como as concepções de Bion e Matte Blanco podem ser úteis ao analista para melhor entender a transicionalidade dos fenômenos oníricos de vários tipos que ocorrem com os anali-

sandos.

O avanço que as proposições de Melanie Klein e Bion trouxeram à psicanálise é extraordinário. O que pude perceber nos contatos com ele e sua obra, pela leitura das publicações de Paulo César Sandler (2005) e José Américo Junqueira de Mattos foi que não somente prescrevia mas também utilizava uma extraordinária forma de pensar criativamente o trabalho clínico.

Uma pergunta que se fazia a ele era respondida como em estado de livre associação, como se estivesse continuamente utilizando essa forma de pensar.

Costumava contar uma pequena “história” como resposta, que geralmente parecia ter pouca ou nenhuma relação com o que lhe fora perguntado, mas que, quando melhor observada, continha uma “resposta” criadora nas entrelinhas. Este processo tinha alguma semelhança com o sonho, por apresentar um nível aparente e significados ocultos, por vezes de difícil apreensão.

Matte Blanco (1981) denominou este modo do funcionamento mental de Bion de “pensamento acróstico”, como um ideograma que traz todas as informações importantes para o entendimento.

Bion, em *Cogitations*, publicado em 2002, postulou a existência de um mecanismo que transformaria em sonhos os estímulos de toda a espécie que bombardeiam a mente de modo contínuo, ao qual chamou “trabalho-do-sonho-*alfa*”, expressão que logo depois abreviou para “atividade *alfa*” e, mais tarde, denominou “função *alfa*”.

Quadro 1 – Sinopse do TRO de homem de 46 anos, atendido por uma pesquisadora do grupo de dor crônica, com dificuldade de superar a posição esquizoparanoide, que aumenta com o descontrole do genitor sobre a destrutividade e a fantasia do medo de abandono.

Lâmi- nas	Fantasia inconscientes	Desejos incons- cientes	Medo, angústia e aniedade
A1	Medo de abandono hostilidade	Onipotência	Medo, angústia e ansie- dade
A2	Medo da relação de intimidade com alguém	Fusão	Medo, angústia e ansie- dade
A3	Medo de abandono de ameaça	Crescer	Medo, angústia e ansie- dade
AG	Onipresença onisciência	Aniquilamento; Impo- tência	Medo, angústia e ansie- dade
B1	Medo de abandono; de exclusão	Contato	Medo, angústia e ansie- dade
B2	Medo de abandono; de envolver-se com alguém não confiável	"Eu quero mamar"	Medo, angústia e ansie- dade
B3	Desejo de ter reconhecimento dos pais	Controle do objeto	Medo, angústia e ansie- dade
BG	Medo de abandono; de ameaça	Desejo de ser tratado com justiça	Medo, angústia e ansie- dade
C1	Falta de reconhecimento	Desejo de ter reconhe- cimento	Medo, angústia e ansie- dade
C2	Sentimento de abandono; de exclu- são	Retaliação	Medo, angústia e ansie- dade
C3	Sentimento de abandono; de exclu- são	Reparação	Medo, angústia e ansie- dade
CG	Sentimento de abandono; de exclu- são	Pertencimento; con- fiança	Medo, angústia e ansie- dade
Bran- ca	Sentimento de abandono; de ex- clusão; esvaziamento; isola- mento	Contato	Medo, angústia e ansie- dade

Quadro 1 (cont.) Sinopse do Teste de Phillipson de paciente com dor crônica, de 46 anos, aplicado por uma estudante do grupo de dor crônica. Apresentou dificuldade de superar a posição esquizoparanoide, medo do descontrole do genitor sobre a autodestrutividade; e medo de abandono.

Lâminas	Mecanismos de defesa	Posições PVC, PEP e PD	Nº de pontos
A1	Solidão; Negação	Esquizoparanoide	2
A2	Negação; Dificuldade de contato; Cisão	Esquizoparanoide	4
A3	Abafamento de emoções	Esquizoparanoide	4
AG	Ironia	Esquizoparanoide	4
B1	Negação	Esquizoparanoide	4
B2	Projeção positiva de esperança	Esquizoparanoide	5
B3	Identificação projetiva	Esquizoparanoide	4
BG	Culpa	Esquizoparanoide	4
C1	Identificação projetiva	Depressiva	5
C2	Vingança e ressentimento	Esquizoparanoide	3
C3	Negação	Esquizoparanoide	5
CG	Abafamento de emoções	Esquizoparanoide	4
Branca	Reparação com tendências positivas	Esquizoparanoide	5
	N = 53	Total = 91	58,24 %

Assim, a partir da diarreia, um sintoma somatoforme, a mãe pode usar a função alfa e compreender que o bebê está desconfortável com a situação ambiental e operar mudanças no manejo da criança pequena.

Matte Blanco propõe o caminho inverso, mostrando que todo sonho, alucinação ou fabulação, corresponde a fatos somatoformes, do sistema protomental, a compreensão muda do universo mental. Esse modelo permite concluir que há um intercâmbio entre dor, sintoma orgânico, e sofrimento, sintoma psicológico, e quando o paciente compreende e usa de modo eficiente essas duas vias enriquece seu funcionamento mental, desenvolvendo plenamente a capacidade de manter-se vivo. O paciente com dor crônica fica paralisado por lembranças da imaturidade de pais muito jovens, que perdem muito facilmente o controle dos impulsos destrutivos.

A sinopse da Técnica das Relações Objetais de H. Phillipson, de um paciente do sexo masculino, 46 anos, com queixa de dor crônica, em atendimento por uma de nossas pesquisadoras, é inserida no Quadro 1, que ilustra uma paralisação inicial do paciente no desenvolvimento da posição esquizoparanoide, onde o sujeito se defronta com a própria destrutividade, sentida pelo perigo de término da própria vida (ver capítulo 3 deste livro;). Em geral, a origem e gênese da fantasia inconsciente deriva do descontrole de pais ainda jovens com pouco controle sobre seus impulsos destrutivos, de modo que os pacientes com dor crônica ainda não sentem confiança no genitores como protetores da vida

(Ferro, 1995). A falta de capacidade de manter-se vivo e a falta de prazer em locomover-se, viajar, aprisiona o paciente com dor crônica, caracterizando a síndrome de Ulisses, a dificuldade de sofrer a dor e o prazer, tolerando as frustrações naturais com as dificuldades naturais, em que Ulisses, de Homero, sentia prazer por mostrar sua engenhosidade e criatividade.

Em agosto de 1959 escreve Bion o seguinte texto sobre este mecanismo (BION, 1992, p. 63):

“... o trabalho-do-sonho-alfa é contínuo dia e noite. Opera sobre a recepção de estímulos provenientes de dentro e de fora da mente ... (p. 64) O que faz alfa? Dirige sua atenção para as impressões sensoriais. ... estas necessitam ser tornadas duradouras. Necessitam sofrer transformações para se tornarem passíveis de armazenamento e memorização ... sendo então transformadas em ideogramas”.

Referências

BION, W. R. A Theory of Thinking. **Int. J. Psychoanal.**, v. 43, p. 306-310, 1962.

_____. **Learning from Experience**. London: W. Heinemann Med. Books Ltd, 1962.

_____. **Elements of Psychoanalysis**. London: W. Heinemann Med. Books Ltd, 1963.

_____. On Hallucination. In: BION, W. R. (Ed.). **Second Thoughts**.

London: W. Heinemann Med. Books Ltd. (Original 1958), 1967. p.65-85.

_____. **Attention and Interpretation.** London: Tavistock Publications, 1970.

_____. **Conferências Brasileiras.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1974.

_____. **A Memoir of the Future.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

_____. **Cogitations.** London: Karnac Books, 1992.

DELUCA, J. A Cognitive Neuroscience Perspective on Confabulation. **Neuro-Psychoanalysis**, v. 2, p. 119-132, 2000a.

_____. Confabulation: Response to Commentaries. **Neuro-psychoanalysis**, v. 2, n. 167-170, 2000b.

_____. Predicting neurobehavioral patterns following anterior communicating artery aneurysm. **Cortex**, v. 29, n. 4, p. 639-47, Dec 1993. ISSN 0010-9452 (Print). Disponível em: <
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8124940>.

DELUCA, J.; CICERONE, K. D. Confabulation following aneurysm of the anterior communicating artery. **Cortex**, v. 27, n. 3, p. 417-23, Sep 1991. ISSN 0010-9452 (Print). Disponível em: <
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1743036>.

DIAMOND, B. J.; DELUCA, J.; KELLEY, S. M. Memory and executive functions in amnesic and non-amnesic patients with aneurysms of the anterior communicating artery. **Brain**, v. **120** (Pt 6), p. 1015-25, Jun 1997. ISSN 0006-8950 (Print). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9217685>.

FARIA, J. A. B. Bion, Matte Blanco e os processos oníricos. **Psyché**, v. **3**, n. 4, p. 23-39, 1999.

FERRO, A. **A Técnica na Psicanálise Infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

_____. **Na Sala de Análise**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1998.

FREUD, S. The Interpretation of Dreams. In: FREUD, S. (Ed.). **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (S.E.). vol IV**. London: Hogarth Press, 1900.

_____. The Interpretation of Dreams. In: FREUD, S. (Ed.). **S.E. vol. V**. London: Hogarth Press, 1900.

_____. The Unconscious. In: FREUD, S. (Ed.). **S.E. vol XIV**. London: Hogarth Press, 1915.

_____. The Metapsychology of Dreams. In: FREUD, S. (Ed.). **S.E. vol XIV**. London: Hogarth Press, 1917.

_____. Revision of the Theory of Dreams. In: FREUD, S. (Ed.). **S.E. vol. XXII**. London: Hogarth Press, 1933.

- _____. Dissection of the Psychological Personality. In: FREUD, S. (Ed.). **S.E. vol. XXII**. London: Hogarth Press, 1933.
- MATTE BLANCO, I. Expression in Symbolic Logic of the Characteristics of the System Unconscious. **Int. J. Psychoanal.**, v. 40, p. 1-5, 1959.
- _____. **The Unconscious as Infinite Sets**. London: Duckworth, 1975.
- _____. Reflecting with Bion. In: GROTSSTEIN, J. S. (Ed.). **Do I Dare Disturb the Universe?** Beverly Hills: Caesura Press, 1981. p.429-528.
- _____. **Thinking, Feeling and Being**. London: Routledge, 1988.
- MELTZER, D. **Dream Life**. London: Clunie Press, 1984.
- PALOMBO, S. R. The Dream and the Memory Cycle. **Int. Rev. Psychoanal.**, v. 3, p. 65-83, 1976.
- ROSA, J.T. Karnac Books lança o Dicionário da Linguagem e do Pensamento de Bion, de Paulo C. Sandler. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 13 (1) 223-245, jan-jun 2005.
- _____. ROSA, J.T. **Fabulation of a woman with right cerebral medial artery aneurysm (CMAA) and its ramification in psychoanalytic psychotherapy**. Paper presented to the Round Table of “XVII Encontro de Serviços e Clínicas-Escola de Psicologia do Estado de São Paulo: Diversidades da Formação na Contemporaneidade”. UNESP de Assis, de 30/09 a 02/10/2009. Theme: “Avaliação Psicológica Clínica”. Data 1 de outubro, das 15:30 e 17:00

h.

- ROSA, C. P. **Avaliação da toxina botulínica-A na profilaxia da enxaqueca em pacientes tratados por bloqueios do segmento céfálico com lidocaína e dexametasona.** Dissertação de Mestrado (Mestrado em Medicina). Departamento de Cirurgia, ortopedia e traumatologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, SP, 2006
- ROSA, V. P. Transtornos psiquiátricos relacionados à epilepsia. In: ANDRADE, A. G. D. e CASTADELLI, J. M. (Ed.). **100 Questões em Psiquiatria.** São Paulo: Manole, 2012. cap. 17, p.229-240. ISBN 978-85-2043-3690.
- RAYNER, E. **Unconscious Logic.** London: Routledge, 1995.
- SANDLER, P.C. (2005). **The language of Bion: a dictionary of concepts.** Londres: Karnac Books. ISBN: 1855753669.
- SKELTON, R. Generalization from Freud to Matte Blanco. **Int. Rev. Psychoanal.** , v. 17, p. 471-474, 1990.
- STEINER, J. **Refúgios psíquicos: organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteirios.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1997, 188 p.
- TEIXEIRA, M.J.; SIQUEIRA, S.R.D.T. Epidemiologia da Dor. In: ALVES NETO, O. **Dor: princípios e prática.** Porto Alegre: Art-Med, 2009. ISBN:978-85-363-1792-2.
- VALVERDE FILHO, J.; ROSA, C. P.; SANTOS, A. P. S. V. Controle da dor aguda pós-operatória. In: SAESP - SOCIEDADE DE

ANESTESIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (Ed.).

Atualização em Anestesiologia: Anestesia em Geriatria. São Paulo: Zeppelini Editorial, v.11, 2006. cap. 22, p.231-242.

VALVERDE FILHO, J.; ROSA, C. P.; SANTOS, A. P. S. V. Controle da dor aguda pós-operatória. In: AL., G. S. E.; CARDOSO, L. F., *et al* (Ed.). **Paciente crítico: diagnóstico e tratamento - Hospital Sírio Libanês.** São Paulo: Manole, v.11, 2006. p.6-16.

Apêndice I

Relato da aplicação e interpretação da Técnica de Relações Objetais de Phillipson aplicada no início do atendimento de paciente da Clínica Psicológica “Durval Marcondes”, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da USP

Paciente: Masculino, 46 anos

Aplicado em: 08/10/13

A1 – A Sombra

Tem um homem sozinho que para mim está com o coração vazio, momentaneamente triste. Independente de religião ele sente uma força ruim, para baixo. Eu sinto que ele está ali sem relação e com um peso grande.

O que aconteceu antes? Atitudes da vida dele que levou ele a sentir tudo isto, ou o colocaram a sentir desta forma.

O que aconteceu depois? Ele continuou no vazio, com tristeza e sentindo-se incapaz.

Fantasia inconsciente dominante: medo da hostilidade

Desejos inconscientes: onipotência

Medos, ansiedades, sintomas somatoformes: auto-destruição

Mecanismo de defesa: solidão

Nível de expressão da defesa: esquizoparanoide

Pontos: 2

A2 - O casal

Um casal de mãos dadas caminhando para um objetivo. Ambos conversando sobre o objetivo.

O que aconteceu antes? Eles se conheceram no parque entre uma roda de amigos e, tiveram interesse entre eles, foram para o caminho do objetivo.

Depois: alcançaram o objetivo de estarem juntos, contraíram um lar. Uma casa, uma vida em comum num sentimento de paz e união.

Fantasia inconsciente dominante: medo da relação a dois

Desejos inconscientes: fusão

Medos, ansiedades, sintomas somatoformes: medo da fusão

Mecanismo de defesa: negação / não suporta o contato / cisão

Nível de expressão da defesa: esquizoparanoíde

Pontos: 4

C3 – A reunião

Dentro de uma casa numa sala de jantar, um casal recebe um amigo para conversar oferecendo chá para esse amigo. A conversa foi longe, porém o dono da casa por algum motivo evitou e ficou frente para a lareira. O amigo com toda a calma possível tentou mostrar que não era bem aquilo que ele estava pensando.

O que aconteceu antes? O amigo ligou para marcar uma reunião.

O que aconteceu depois? Ficou tudo tranquilo e o amigo foi embora. A situação foi apaziguada.

Fantasia inconsciente dominante: hostilidade

Desejos inconscientes: reparação

Medos, ansiedades, sintomas somatoformes: destruição / usar a agressividade

Mecanismo de defesa: negação

Nível de expressão da defesa: esquizoparanoide

Pontos: 5

B3 – O lar

Um casal chegando em casa após um dia de trabalho. Por coincidência ambos adentraram quase juntos dentro da casa, aproximaram-se, abraçaram-se e beijaram-se e nesse mesmo instante seu filho estava vendo e logo foi abraçá-los.

O que aconteceu antes? O casal estava trabalhando ficando o dia inteiro longe e ao chegarem aproximaram-se para matar a saudade que estavam sentindo um do outro.

O que aconteceu depois? Cada um colocou suas coisas no local de costume e foram preparar o jantar. Um sentimento de amor entre eles.

Fantasia inconsciente dominante: desejo de ser olhado pelos pais

Desejos inconscientes: controle do objeto

Medos, ansiedades, sintomas somatoformes: rejeição

Mecanismo de defesa: identificação projetiva

Nível de expressão da defesa: esquizoparanoide

Pontos: 4

AG – A Discórdia

Numa cidade do interior havia uma casa muito diferente. Parecia um castelo, mas lá havia a inveja, a falta de entendimento e até de amor junto com egoísmo. Muitas pessoas não eram a favor daquilo, de fazer reuniões de mexericos para destruí-lo.

O que aconteceu antes? Pelas decisões e atitudes dos donos da casa que não concordavam com alguns princípios daquelas pessoas. As mesmas acabaram endurecendo seus corações ou até esses corações já estavam endurecidos, havia um sentimento de tristeza.

Fantasia inconsciente dominante: onipresença / onisciência

Desejos inconscientes: aniquilamento/ impotência

Medos, ansiedades, sintomas somatoformes: destruição

Mecanismo de defesa: ironia

Nível de expressão da defesa: esquizoparanoíde

Pontos: 4

B1 – O trabalho

Naquele período marido da casa trabalhava à noite. Ao chegar pela manhã adentrou no seu quarto viu sua esposa dormindo, pegou a toalha que estava junto a cama onde sua esposa havia deixado, tomou seu banho e deitou-se ao lado dela.

O que aconteceu antes? Ele saiu para ir trabalhar.

O que aconteceu depois? Ambos estavam dormindo e quando deu a hora sua esposa levantou para os afazeres da casa, deixando-o dormir. Havia um sentimento de tranquilidade.

Fantasia inconsciente dominante: Exclusão

Desejos inconscientes: contato

Medos, ansiedades, sintomas somatoformes: não importunar

Mecanismo de defesa: negação

Nível de expressão da defesa: esquizoparanoíde

Pontos: 4

CG – A cobrança

Um homem querendo descer a escada se depara com algumas pessoas no final da escada gesticulando e falando contra ele, fazendo-o ficar acuado em cima da escada.

O que aconteceu antes? Esse homem só queria trafegar e continuar o que ele necessitava fazer.

O que aconteceu depois? Permaneceu acuado. Num sentimento de solidão e insatisfação.

Fantasia inconsciente dominante: Exclusão

Desejos inconscientes : pertencimento / confiança

Medos, ansiedades, sintomas somatoformes: ser atacado, não ser querido

Mecanismo de defesa: abafar emoções

Nível de expressão da defesa: esquizoparanoíde

Pontos: 4

A3 – Com medo

Vejo um homem parado querendo caminhar e outros dois observando não sei se é para ajudar a guardar ou se é para prejudicar.

O que aconteceu antes? Um rapaz querendo caminhar.

O que aconteceu depois? Dúvida em ajudar ou prejudicar. Sentimento de medo.

Fantasia inconsciente dominante: Ameaça

Desejos inconscientes: crescer

Medos, ansiedades, sintomas somatoformes: desejo de envolvimento

Mecanismo de defesa: abafar emoções

Nível de expressão da defesa: esquizoparanoíde

Pontos: 4

B2 - O Passeio

Num determinado momento começou a chover e naquele instante de euforia por causa da chuva o casal tentou se esconder debaixo da árvore, porém vendo que estava próximo de casa correram para dentro dela e mesmo molhados foram trocar as suas vestes.

O que aconteceu antes? Estavam passeando pelas ruas

O que aconteceu depois? Fizeram pipoca abriram um vinho e sentaram no sofá para assistir a um filme num sentimento de alegria.

Fantasia inconsciente dominante: envolver-se

Desejos inconscientes: ‘eu quero mamar’

Medos, ansiedades, sintomas somatoformes: medo de envolver-se, desenvolver-se

Mecanismo de defesa: projeção de esperança

Nível de expressão da defesa: esquizoparanoíde

Pontos: 5

B6 – Quem está certo?

Por um momento percebi que na igreja havia discriminação independente do motivo havia separação deixando uma pessoa sozinha onde não deveria. Os boatos eram muitos e a condenação maior ainda e este ser além de sentir-se pequeno indefeso desmoralizado acabou só e com muita culpa.

O que aconteceu antes? O rapaz que ficou só era integrante de um todo e por algumas idéias diferentes ou por percepções além dos demais, acabou excluído.

O que aconteceu depois? As reuniões continuaram e as pessoas juntas porém o rapaz ficou sozinho e com peso de ir para o inferno.

Fantasia inconsciente dominante: ameaça

Desejos inconscientes: justiça

Medos, ansiedades, sintomas somatoformes: isolamento

Mecanismo de defesa: culpa

Nível de expressão da defesa: esquizoparanoide

Pontos: 4

C2 – A traição (chora)

Naquele dia por um motivo além do normal um homem saiu mais cedo do seu trabalho e quis fazer uma surpresa para sua esposa e companheira e voltar mais cedo para ajudar nos afazeres inclusive levando algumas rosas para alegrar o coração de sua esposa e deparou-se com ela e outro homem no seu quarto.

O que aconteceu antes? Aparentemente o casal estava bem e ele saiu para o trabalho.

O que aconteceu depois? Ele jogou um pequeno buquê em cima dos dois e saiu querendo a morte. Ficou no sentimento da dor.

Fantasia inconsciente dominante: exclusão

Desejos inconscientes: retaliação

Medos, ans., sint. somatoformes: auto-destruição

Mecanismo de defesa: vingança

Nível de expressão da defesa: esquizoparanoíde

Pontos: 3

C1 – A casa

Em uma cidade do interior vejo uma simples casa porem arrumada e ajeitada cheia de mimos.

Um lugar apesar de simples, lindo, aconchegante e merecedor de um título de um verdadeiro lar.

O que aconteceu antes? Mesmo com um pouco de dificuldade foi-se possível concretizar um sonho num sentimento de aconchego.

Fantasia inconsciente dominante: merecimento

Desejos inconscientes: reconhecimento

Medos, ansiedades, sintomas somatoformes: medo da falta de recursos

Mecanismo de defesa: identificação projetiva

Nível de expressão: posição depressiva.

Pontos: 5

Branca - Vazio

Apesar do amanhã, existe uma folha em branco que me faz sentir vazio e ao mesmo tempo com desejo de preenchê-lo.

Fantasia inconsciente dominante: esvaziamento/ isolamento

Desejos inconscientes: contato

Medos, ansiedades, sintomas somatoformes: destruição

Mecanismo de defesa: reparação

Nível de expressão da defesa: esquizoparanoíde

Pontos: 5

7



A capacidade de manter-se vivo - a síndrome de Ulisses - permeia as fantasias inconscientes em pacientes com dor crônica

José Tolentino Rosa

O artigo “*Os ensinamentos do poema épico Odisseia*” de autoria do jornalista José Francisco Botelho é a principal fonte deste capítulo. Botelho (2011) desenvolve a tese de que no poema épico Odisseia, de Homero, o personagem Ulisses se propõe a enfrentar as artimanhas do destino com duas armas: a engenhosidade e a coragem de manter-se vivo.

Homero, o criador da Odisseia, nasceu em Esmirna, atual Turquia, às margens do rio Meles. Ainda jovem, perdeu a visão e aprendeu a cantar versos para ganhar a vida. Cego, pobre e cheio de ideias, ele se tornou uma espécie de bardo itinerante, que dependia da generosidade de sua audiência para ganhar teto e comida. Durante uma viagem à Ciméria, atual Cáucaso, ganhou o apelido de *homeros*, que no dialeto local significava um "mendigo cego". Homero adotou este apelido que o tornou imortal.

As duas obras de Homero, *Ilíada* e *Odisseia*, foram os primeiros livros escritos em pergaminhos de papiro, no século V a.C., época de Péricles e Platão. A *Ilíada* é uma homenagem ao alfabeto dos gregos, composto por 27 letras, os cantos da *Ilíada*, que tem início pela letra alfa, e o canto versa sobre a Aurora (Αθρορα).

Cultuadas e imitadas no Império Romano, as epopeias homéricas desapareceram da Europa após as invasões bárbaras. Foram preservadas pelos eruditos de Bizâncio e só voltaram a desembarcar em solo europeu dez séculos depois. Para chegar até nós, os dois poemas máximos do Ocidente viveram jornadas dignas de Ulisses - o mais emblemático personagem de Homero e o mais radical viajante da literatura ocidental.

Trapaceiro azarado

Já nos versos iniciais da *Odisseia*, Homero pincela os traços que fizeram de Ulisses uma das figuras mais recorrentes na imaginação através dos séculos: a astúcia heroica e a fantástica má sorte. Rei de Ítaca, uma ilha do mar Jônico, Ulisses foi um dos

numerosos heróis gregos que acorreram ao cerco de Troia, na costa da Ásia Menor. É graças a Ulisses que o funesto destino de Troia se completa: dele foi a ideia de oferecer aos inimigos a estátua de um cavalo de madeira, recheada de guerreiros escondidos. Após o saque e a destruição da cidade, os chefes gregos atravessam o mar e voltam a suas casas - todos menos Ulisses, condenado entre a terra e o mar, o céu e o inferno, sonhando com a Ítaca inatingível.

Todos e ninguém

Escutemos, portanto, a narrativa do mais admirável dos mentirosos, Ulisses. Tão logo partiu de Troia, Ulisses desembarcou na ilha dos Lotófagos, habitada por homens desmemoriados e felizes: são náufragos que comeram a fruta do lótus, guloseima que apaga todas as lembranças e anula as saudades do lar. Fugindo desse paraíso ameaçador, Ulisses e seus marinheiros vão parar na ilha dos cíclopes. Lá, são aprisionados por Polifemo, gigante antropófago de um olho só; sabendo das preferências gastronômicas de seu captor, Ulisses consegue engabelá-lo diplomaticamente, com a ajuda de uma taça de vinho grego. "*Como te chamas?*", pergunta o cíclope embriagado, num estranho momento de cordialidade. E Ulisses responde, com típica presença de espírito: "*Ninguém*".

Quando o cíclope desmaia nos vapores etílicos, Ninguém trespassa seu único olho com uma acha de lenha. Um ato heroico, mas Polifemo é filho de Netuno, deus dos mares. Ulisses cairá vítima da fúria divina e terá de vagar sobre as águas por muitos

anos. Perdido numa geografia de maravilhas e pesadelos, ele oscila entre monstros que parecem rochedos, tempestades que parecem demônios e ninfas cruelmente amorosas; vê seus amigos serem transformados em porcos, escuta o canto das sereias, desce até os Infernos.

A Odisseia é o relato de um solitário herói lutando contra sua própria dissolução, é a **luta para manter-se vivo**. Quando finalmente desembarca em Ítaca, Ulisses não a reconhece: será ele o mesmo homem que partiu, ou terá se tornado *Ninguém*? Chegando em casa, é reconhecido apenas por seu velho cachorro Argos, que morre do coração ao farejar o dono sumido por tantos anos. Mas, finalmente, após outras tantas reviravoltas, o andari-lho esfarrapado se revela como o rei desaparecido, retornando ao trono de Ítaca e à cama da fiel Penélope.

Viagem sem fim

Final feliz? Talvez. Mas a Odisseia tem muitos desfechos possíveis - ao menos, na imaginação da posteridade. Na Divina Comédia, Dante fez Odisseu partir novamente, navegando em busca das bordas do mundo, até morrer devorado por um redemoinho.

Em um poema de Tennyson, o envelhecido rei de Ítaca parte “rumo ao pôr do sol” numa fuga sem fim, para lugar nenhum.

A permanência de Ulisses entre nós têm muitas causas possíveis, mas vamos ficar com apenas duas. A **Fortuna** talvez prefira os arrogantes e os valorosos, mas a poesia tem mais a dizer sobre o destino. Além disso, o homem que se torna **Ninguém** é

também aquele que pode ser todos. Herói extraviado, despojado de *Nome* e *Fortuna*, sempre em busca do impossível e ameaçado de perder sua memória e sua identidade.

Ulisses é, nas palavras de James Joyce, o único "personagem total" da literatura. Pois os destinos que nunca se completam são aqueles que se prolongam no futuro, infinitamente.

O sentimento de abandono é a desistência do próprio *self*, de usar a agressividade para lutar por sua vida, refletida na capacidade de chorar e acreditar que alguém tenha compaixão para lutar por sua sobrevivência. Nem a loba teria tido compaixão, como aconteceu ao ouvir o choro dos gêmeos Rômulo e Remo, fundadores de Roma, nem de Moisés teria sido recolhido pela família do Faraó do Egito, que teve compaixão do bebê se ele não chorasse de frio. Moisés levou o povo judeu para a terra prometida e foi um herói de seu povo graças ao choro do abandono.

Pode-se concluir com Botelho (2011) e Rahel Boraks (2008) de que o paciente com dor crônica precisa, antes de mais nada, de recuperar a crença aliada ao desenvolvimento da capacidade de estar vivo, pois a compaixão é um sentimento universal e uma virtude a ser cultivada por todos os homens.

Referências

- BORAKS, Rahel. A capacidade de estar vivo. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008. Disponível em <http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000100012&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 28 out. 2013.

BOTELHO, José Francisco. A Odisseia de Homero. **Vida Simples**, edição 101, Janeiro de 2011, 40-44. São Paulo: Editora Abril.

HOMERO, **Odisseia**. Tradução de Donaldo Schüler. Porto Alegre, RS: L&PM Pocket, 2007.

RODMAN, F.R. **Keeping hope alive: on becoming a psychotherapist**. New York: The Harper & Row (Perennial Library), 1987.

VIDAL-NAQUET, P. **O Mundo de Homero**. Trad. de Jônatas Batista Neto. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

**TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS
FICHA DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO**

Sistema de Phillipson. Modelo Berstein

**INTERPRETAÇÃO
TOTAL**

Nome do examinado: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Estado civil: _____

Ocupação: _____

Motivo do exame: _____

Administrado por: _____

Data: _____

Hora de início: _____ Término: _____

Duração: _____

Nº de lâminas administradas: _____

Média de tempo: _____

Local do exame: _____

Conduta durante o exame: _____

Atitudes frente a

Examinador: _____

Lâminas: _____

Tarefa: _____

Produção: _____

Observações: _____

Interpretado por: _____

Supervisor: _____

Lâminas	Aspectos manifestos		Sistema tensio- nal inconsciente dominante
	Conteúdo hu- mano (Persona- gens, papéis, relacionamento)	Conteúdo de realidade (Cená- rio, detalhes)	Desejos incons- cientes
A1			
A2			
A3			
AG			
B1			
B2			
B3			
BG			
C1			
C2			
C3			
CG			
Branca			

Lâminas	Sistema tensional inconsciente dominante (STDI)		Interpretação (Lâmina por lâmina)	Nº de Pontos
	Consequências temidas (Medos; ansiedades)	Esforços defensivos (Mecanismos de defesa)		
A1				
A2				
A3				
AG				
B1				
B2				
B3				
BG				
C1				
C2				
C3				
CG				
Branca				

Interpretação Total (Continuação)

Hipóteses sobre as relações objetais e posições de fixação

Condutas predizíveis em situações tipo: um personagem, duas personagens, três personagens, ou um grupo deles. Relações heterossexuais, homossexuais, sociais, de amizades, no trabalho e no lazer.

FANTASIAS INCONSCIENTES NA CLÍNICA PSICANALÍTICA DE PACIENTES COM DOR CRÔNICA



ISBN 978-85-66238-02-0 e-Book/PDF

- 1 - Yara Malki; José Tolentino Rosa; Leila S. de la Plata C. Tardivo
- 2 - Maria Tereza de Oliveira; José Tolentino Rosa; Leila S. de la Plata C. Tardivo
- 3 - Márcia Aparecida Isaco de Souza; Maria Aparecida Mazzante Colacique; José Tolentino Rosa; Leila S. de la Plata C. Tardivo
- 4 - Maria Aparecida Mazzante Colacique; Márcia Aparecida Isaco de Souza; José Tolentino Rosa; Leila S. de la Plata C. Tardivo
- 5 - Ivete Pellegrino Rosa; Maria Elena de Gouvêa
- 6 - Márcia Aparecida Isaco de Souza; Isolda Maria de Oliveira Assumpção; José Tolentino Rosa; Leila S. de la Plata C. Tardivo
- 7 - José Tolentino Rosa; Leila S. de la Plata C. Tardivo
- 8 - José Tolentino Rosa; Leila S. de la Plata C. Tardivo