

Mudança psíquica e processo psicanalítico

Este artigo foi originalmente apresentado na forma de uma conferência aberta ao público em geral, na Sociedade Britânica de Psicanálise, em novembro de 1986, e é aqui publicado pela primeira vez.

Há certa ambigüidade no uso que fazemos do termo "mudança psíquica". Algumas vezes o empregamos para indicar qualquer tipo de mudança no estado mental ou no funcionamento de nossos pacientes, outras vezes para indicar um tipo de mudança de mais longo prazo, duradoura e desejável. Desejo considerar neste capítulo ambos os usos do termo e a relação entre eles.

Um dos principais pontos aos quais quero chegar aqui é que a mudança psíquica não é apenas um fim ou estado final. Ela está sempre ocorrendo no tratamento, e nós, como analistas, precisamos ser capazes de encontrar e de acompanhar as mudanças de momento a momento em nossos pacientes, sem nos preocuparmos se elas são positivas, ou se são sinais de progresso ou de retrocesso. Devemos vê-las como o método individual e próprio de o nosso paciente lidar com suas ansiedades e seus relacionamentos de modo próprio e único. Sem isso, não podemos esperar, como resultado do tratamento, ajudar nossos pacientes a alcançar uma mudança psíquica real positiva e duradoura. Se ficarmos presos em preocupações quanto a se os movimentos (*shifts*) revelam ou não progresso, procurando provas em apoio, poderemos ficar entusiasmados por aquilo que sentimos como progresso ou desapontados quando há aparente regressão. Descobriremos então que nos desligamos do percurso e ficamos incapazes de escutar plenamente; ou é bem possível que exerçamos pressão inconsciente sobre nossos pacientes para se adequarem, para agirem de acordo com o que sentem serem nossos desejos e necessidades; ou então nossos pacientes podem simplesmente sentir-se mal compreendidos.

De fato, nossa capacidade de escutar plenamente e de estar com nossos pacientes deve ajudá-los a ser cada vez mais capazes de observar, de tolerar e de compreender seus próprios modos habituais de lidar com a ansiedade e com os relacionamentos, fazendo isso parte do processo de mudança desses modos habituais e de transformação no que chamaríamos de psiquicamente "mais saudáveis".

Entretanto, embora eu esteja sugerindo que precisamos ser capazes de estar plenamente com nosso paciente e acompanhar seus modos próprios de lidar com seus problemas, nós na verdade temos em nossas mentes idéias e teorias sobre a mudança psíquica desejável a longo prazo, o que desejo discutir daqui a pouco.

Primeiramente, é importante observar a atitude de nosso paciente em relação à mudança. Os pacientes procuram análise porque estão insatisfeitos com o jeito como vão as coisas e querem mudar, ou querem que as coisas mudem. Há um desejo de mudança e uma pressão no sentido de maior integração; sem isso a análise fracassaria. E, no entanto, há um pavor de mudar. Inconscientemente eles sabem que a mudança que pedem envolve uma movimentação interna de forças, uma perturbação do equilíbrio mental e emocional estabelecido, do equilíbrio de sentimentos, de impulsos, de defesas e de figuras internas inconscientemente estabelecidos e que se reflete em seu comportamento no mundo externo. Esse equilíbrio é mantido por elementos finos e firmemente articulados, e uma perturbação em parte desse equilíbrio deve reverberar por toda a personalidade. Nossos pacientes inconscientemente captam isso e tendem, portanto, a sentir todo o processo de análise como potencialmente ameaçador. É claro que isso está ligado sobretudo às idéias de Freud sobre resistência.

Assim, por exemplo, um paciente cujo equilíbrio depende em grande parte da manutenção de uma estrutura altamente narcísica será incapaz de deixar que o ajudemos adequadamente, ou de receber nossas interpretações, e, por exemplo, tenderá a apropriar-se delas ou repeti-las de modo intelectual, ou mesmo alterá-las. Quando penetramos nessa estrutura, podemos por um momento ver um súbito lampejo de raiva, uma raiva que perturba o equilíbrio e, portanto, torna-se imediatamente intolerável para o paciente. Então um novo movimento (*shift*) ocorre e o equilíbrio é restabelecido. Por que nesse estágio essa raiva é tão intolerável nós não podemos dizer. Será que ela é sentida como algo cruel? Ou será que causa culpa ou humilhação, e é isso que é tão insuportável? Se assim for, por quê? Com o tempo, essas questões terão de ser dessemelhadas.

Em outro paciente, o método básico de manter o equilíbrio pode ser mais obviamente fóbico, defendendo-se da ansiedade por meio de várias evitações, de autolimitações e de defesas correlatas. Já em outros pacientes, uma espécie de inércia e de passividade em resposta ao movimento ou à mudança pode ser mais evidente. Mas o que aqui estou enfatizando não é somente a questão óbvia de que todos os nossos pacientes utilizam diferentes mecanismos de defesa, mas que a articulação de suas defesas é tão precisa que movimentações (*shifts*) numa área devem sempre causar perturbações em outra, e que um aspecto primordial para a ocorrência de mudança psíquica depende de tentarmos desenredar, dentro da análise, as diversas camadas e articulações, a fim de que sejam reexperimentadas e reveladas na transferência. Esse revelar e reexperimentar na transferência, com todo o movimento no equilíbrio que isso implica, é parte da mudança psíquica — e essa movimentação é um mudar que está ocorrendo o tempo todo dentro do processo analítico. Portanto, são os movimentos (*shifts*) e mudanças no momento-a-momento que estamos analisando o tempo todo, e esse é o material que esperamos que finalmente conduza à mudança psíquica positiva e duradoura. Não penso que

essa mudança psíquica duradoura seja para sempre um estado absoluto adquirido, mas sim um equilíbrio de força melhor e mais saudável no interior da personalidade, e sempre, de algum modo, num estado de fluxo, de movimento e de conflito.

Retomando agora a questão do que esperamos alcançar numa mudança psíquica duradoura: Freud, em diversos lugares, discutiu os objetivos da análise, o que inclui, é claro, a questão da mudança. Não vou tentar examinar suas idéias, mas apenas indicar que ele colocou muita ênfase em tornar o inconsciente consciente e na idéia que sucintamente expressou em “onde havia id, que haja ego”, o que implica não apenas tornar os impulsos conscientes, mas torná-los também disponíveis para serem usados pelo ego, permanecendo sob seu controle. A noção de maior integração entre ego e impulsos, amor e ódio, superego e ego perpassa seu trabalho, especialmente da metade para os últimos anos.

Melanie Klein, seguindo o pensamento de Freud, elaborou minuciosamente os problemas que o indivíduo encontra em sua tentativa de alcançar maior integração, e suas idéias são fundamentais para nossa compreensão atual da mudança psíquica. Ela descreveu o que nomeou de duas posições (por posições ela indicava uma configuração de impulsos, de defesas, de ansiedades e de relações de objeto que chamou de posições “esquizoparanóide” e “depressiva”). Na posição esquizoparanóide ela observou que o indivíduo, ou o bebê, tenta lidar com a ansiedade causada por sentimentos dolorosos ou conflitantes e com partes perturbadoras do *self*, escindindo-os e projetando-os para dentro de outros objetos (pessoas), aliviando-se assim deles. Ela enfatizou como, num pequeno bebê, esse é um estado mental normal, que colore o que ele sente de seus objetos, assim como o fez em crianças mais velhas e em adultos que continuam a operar desse modo mais tarde na vida. Assim, por exemplo, o indivíduo que escinde sua raiva e inconscientemente, em fantasia, projeta-a para dentro de seu objeto mais próximo sentirá esse objeto hostil e tenderá a afastar-se dele ou a combatê-lo. Além disso, a natureza do modo pelo qual o bebê vivencia os objetos é, evidentemente, fundamental para a natureza do modo pelo qual ele leva esses objetos para dentro de seu mundo interno, para a construção de seu ego e superego e para o modo como se relaciona com as pessoas. É somente à medida que o bebê se desenvolve nas primeiras semanas e meses — e a cisão e a projeção diminuem — que ele começa a ficar progressivamente ciente de que seus impulsos são propriamente seus, e está então apto a suportar amor e ódio ao mesmo tempo e em relação à mesma pessoa. Sua percepção torna-se então mais real e mais humana, seres humanos podem ser introjetados e o bebê pode identificar-se com eles enquanto tais. Esse passo, ou melhor, essa série de pequenos passos — para a frente e para trás — em direção à integração do amor e do ódio traz consigo mudanças significativas dentro da personalidade. Surgem a culpa e a consideração. Uma vez que o indivíduo começa a reconhecer e a assumir responsabilidade por seus próprios impulsos e pelo que fez, em fantasia ou de fato, com seu objeto, a culpa é então inevitável, mas aqui, além disso, abre-se a possibilidade de se compadecer pelo objeto e repará-lo. Ademais, com isso ocorre alívio e aprofundamento das emoções.

Naturalmente, descrevi essas posições de um modo um tanto esquemático, mas estou tentando transmitir que os problemas que todo indivíduo tem em seu próprio

desenvolvimento — de relacionar-se com as pessoas como elas realmente são, de ter de se haver com seus próprios sentimentos e fantasias e de lidar com a dor da culpa que deles surge —, todos esses problemas necessariamente irão emergir novamente no tratamento analítico, e a análise dá ao indivíduo a oportunidade de retrabalhá-los de um modo diferente.

Mas é mais do que isso. Os movimentos (*shifts*) em direção a assumir maior responsabilidade pelos próprios impulsos, ou para longe disso; a emergência de consideração e de culpa e do desejo de consertar as coisas, ou a fuga disso; a percepção de parte da personalidade (o ego), sentindo-se capaz de olhar e enfrentar o que está ocorrendo, encarando a ansiedade, ou lançar-se a negá-la — esses movimentos todos são o próprio material inerente à nossa compreensão da mudança psíquica, que poderá emergir sendo vivida minuciosamente na transferência, se formos capazes de acompanhar os movimentos (*shifts*). Isso é de fato o mudar psíquico.

Como parte desse processo, vemos mudanças nas relações de objeto de nossos pacientes — no modo como vêem, sentem, antecipam e se lembram de pessoas. Se não houvesse mudanças nas relações de objeto, tanto externas como internas, não poderia haver mudanças reais no ego, e vice-versa. Para dar um exemplo, um paciente sentiu que tinha mudado muito em relação a seus pais, que as coisas estavam muito melhor desde a sua terapia anterior, do que eu estava certa que era verdade. No entanto, desde o início de seu tratamento comigo, eu sentia que havia uma carência de masculinidade e de vigor real. Na análise, ele de modo constante e inconsciente desdizia qualquer dúvida ou crítica que lhe ocorresse, reassegurava-me de que eu estava certa e se comportava de um modo que era excessivamente brando e vagamente sedutor no sentido amplo do termo. A princípio parecia que era como se ele inconscientemente me sentisse como alguém incapaz de tolerar raiva e críticas e que necessitava de reassseguramento — o que não era sua imagem consciente de mim. Mais tarde nós viemos a saber que uma imagem que ele tinha de sua mãe era a de uma pessoa apegada a ele de modo especialmente afetuoso e que sutilmente o influenciava a concordar com ela e com suas críticas ao pai. Temos aqui, portanto, uma série de elementos que precisam ser deslindados a fim de se alcançar uma mudança psíquica real. Parece haver uma identificação projetiva do medo de sua agressividade para dentro do objeto (eu própria), de modo que sou sentida como uma pessoa/mãe tímida que precisa ser reasssegurada, e ele introjeta esse objeto para dentro de si. Parece haver uma relação com a mãe — que bem pode ter sido bastante sedutora com seu filho, embora não saibamos quanto dessa imagem é construída a partir de projeções —, na qual ele entra em conluio e se identifica parcialmente com ela. Parece haver necessidade de me controlar, concordando comigo, seduzindo-me sutilmente e tornando-se às vezes meu paciente/filho favorito — às vezes alguém quase igual a mim em nosso modo de pensar.

Todos esses elementos e muitos outros necessitarão ser deslindados à medida que se reiterem e se movimentem de diferentes formas e por diferentes motivos, antes que ele realmente seja capaz de se relacionar comigo enquanto objeto mais verdadeiro e de introjetar um objeto mais firme e forte e se identificar com ele, o que deve ajudá-lo no desenvolvimento de uma masculinidade mais real. Assim,

quando falamos de mudança psíquica na relação com objetos, estamos considerando a importância de nossos pacientes serem capazes de retirar suas projeções, de assumir maior responsabilidade por seus próprios impulsos e, ao lado disso, serem capazes de encarar a existência separada de seus objetos e o estado desses objetos — num certo sentido, portanto, a realidade de seus objetos e a realidade de seus sentimentos em relação a eles: sua própria realidade psíquica.

A fim de aprofundar nosso olhar em alguns dos problemas de que estamos falando — a mudança e o antagonismo a ela, o medo da mudança e o processo de mudar —, irei apresentar alguns breves exemplos. Primeiramente, quero trazer material para mostrar mudanças que ocorreram durante ou entre duas sessões e como a imagem do analista e o *self* do paciente se rearranjaram; em seguida, discutirei algo sobre os mecanismos envolvidos. Procurarei depois considerar as mudanças que ocorrem na transferência em resposta ao trabalho analítico interpretativo.

Primeiro, quero discutir um sonho de um homem essencialmente fóbico, que vou chamar de C. C procurou análise com um grande desejo de mudar mas, como já discuti no início, traz também um medo profundo de perturbação interna e de defesas muito rígidas. Ele recentemente tem sido cada vez mais capaz de perceber os problemas que ocorrem em pessoas à sua volta, suas dificuldades e suas doenças, e tem até começado a permitir-se indagar um pouco a respeito delas — e mesmo a perceber seu triunfo sobre os sofredores, de modo que, se anteriormente ele tinha permanecido fechado em seu próprio mundo e isolado das outras pessoas, a análise parecia agora o estar ajudando a abrir sua mente. Durante o início da semana da qual estamos tratando, ele me falara de quão perturbado e invadido se sentira com tantas pessoas à sua volta que aparentemente estavam num mau estado: um colega internado em hospital psiquiátrico, outro homem que se tornara suicida, alguém mais cujo casamento estava desmoronando. Anteriormente, tais coisas teriam, de algum modo, passado ao largo dele. No dia seguinte, ele veio para uma sessão e trouxe um sonho.

No sonho C *fora ao médico com a garganta dolorida. O médico o examinou e disse que a dor era devido a pedras na bexiga. Por pedras ele entendeu pedras miúdas, como cascalho. Mas o médico disse que poderiam ser operadas não por incisão, mas pelo uso de um endoscópio que aparentemente iria sugá-las para fora da uretra. O paciente perguntou se seria muito doloroso. O médico disse que sim, se não usassem anestésico, mas que este seria usado. C pensou que seria melhor ter uma segunda opinião. O clínico pareceu então enlouquecer. Deu a volta em sua escrivaninha de modo ameaçador e começou a cavoucar alguma coisa na virilha de meu paciente, dizendo que iria doer tanto quanto aquilo!*

Gostaria de dar brevemente algumas associações. No dia anterior, C tivera uma leve dor de garganta. Quanto ao endoscópio, seu pai de algum modo como no sonho, quando velho, teve problemas de próstata e lhe disseram que isso poderia ser tratado sem cirurgia. O pai, entretanto, ficou muito ansioso, adiou o tratamento e morreu antes que a cirurgia de fato se tornasse necessária. C então começou a ligar o sonho com os problemas de dente do seu filho — o dentista dissera que era necessário arrancar dois dentes do menino para que um aparelho fosse fixado. C pensou que

isso era excessivo, por se tratar apenas de motivos estéticos, e que ele próprio deveria ir falar com o dentista e, se necessário, ter uma segunda opinião. Houvera também uma menção a segundas opiniões, no dia anterior, em relação ao colega que fora internado num hospital psiquiátrico.

Lembrei a C que seu próprio filho tinha tido três operações no pênis em virtude de uma deformidade congênita. (Eu sempre senti que C negava muito a importância disso para o menino.) C ficou perturbado ao perceber que deixara de ligar isso com a operação no sonho. O que nós também sabíamos era que C tivera uma educação melhor e progredira mais na vida do que seus pais, tendo seu pai sido de algum modo dependente dele à medida que fora ficando mais velho. Na verdade, quando seu pai perdeu o emprego, C arranhou para ele um trabalho um tanto modesto na firma em que ele próprio estava empregado, num cargo comparativamente superior.

O que quero particularmente apontar nesse material é a mudança que podemos ver ocorrer durante ou entre as duas sessões e que se manifesta no sonho — mudanças tanto em seu modo de enfrentar, ou não, impulsos e ansiedades e mudanças na natureza de seus objetos e o modo como estas últimas ocorrem.

Na sessão anterior, C tinha sido mais capaz de abrir sua mente, de ser curioso e de olhar para o que estava acontecendo à sua volta (e, eu suspeito, mas não estou considerando aqui, para o que estava acontecendo dentro dele à medida que seu equilíbrio se alterava). Ele fora capaz de pensar sobre os diversos colapsos, mas se sentiu invadido por eles; e, como sugeri, fora capaz de tolerar até certo ponto sentimentos de triunfo e excitação em relação às pessoas que estavam sucumbindo. Isso significava que ele tinha sido capaz de depositar alguma confiança em mim — como vemos a princípio em relação ao clínico no sonho. Então há mudança. Ele começa a pensar sobre uma segunda opinião, como se se voltasse com hostilidade contra o objeto em que confiava. O clínico fica louco, como se ele, o clínico, não pudesse suportar as dúvidas, e vemos nisso uma projeção da própria incapacidade do paciente para suportar dúvidas sobre si mesmo e sentimentos de rejeição, ou para suportar a dor depois de certo ponto. Aí radica a natureza da loucura — eu penso que para C o interesse e curiosidade estão tão ligados a uma excitação maluca e ao triunfo que ele precisa livrar-se deles. Eles são então projetados para dentro de mim, de modo que eu, em vez de permanecer como uma analista desapaixonada e útil, torno-me o médico que não apenas o examina, mas se torna louco e excitadamente invasivo, cavoucando sua virilha com o fim de machucá-lo. Além disso, há a questão de quanta dor, ou quase-culpa, ele pode suportar. Penso que o triunfo de C sobre seus colegas que estavam sofrendo ligou-se ao seu antigo triunfo inconsciente sobre seu próprio pai e à sua preocupação atual com seu filho. Ele pode tolerar dor até certo ponto, mas a partir daí ela se torna excessiva. Em vez de tolerá-la, ele introjeta seu objeto — aqui o pai/filho — e sofre sua operação, sua dor. O modo de C lidar com essas diversas ansiedades e partes de sua mente é fragmentá-las em pedacinhos como cascalho e evacuá-las. Dessas diversas formas a dor mental é evitada e ele é anestesiado.

No caso de C, podemos ver um paciente que conscientemente quer de fato mudar, mas que está preso na posição esquizoparanóide com muita cisão e identi-

ficação projetiva. Ele faz breves incursões com vistas a estabelecer contato com seus próprios sentimentos e partes de seu *self* que comumente mantém escindidos, mas então recua novamente em face das ansiedades. Por breves momentos agora uma parte do ego pode ficar do lado de fora e realmente ajudar a investigar o que está acontecendo dentro dele. Em termos de mudança psíquica, penso que é da maior importância que o analista procure a parte do ego que é capaz de momento a momento assumir responsabilidade pelo próprio *insight* de seus impulsos, ainda que essa parte possa rapidamente ser novamente perdida. Para uma mudança psíquica duradoura, e para pensar sobre o final de uma análise, estou certa de que o fortalecimento dessa parte da personalidade é fundamental e penso que está baseada numa identificação saudável e confortável com o analista e com o processo analítico. Trata-se de algo bem diferente de um constante questionar-se a si próprio que pode ter raízes masoquistas, ou de uma necessidade constante de ter idéias analíticas teóricas sobre si ou sobre os outros — o que pode estar mais associado a atitudes narcísicas e oniscientes.

Discuti algo da natureza da mudança psíquica e dei breves exemplos de mudança acontecendo em C dentro das sessões e entre elas, acarretando alguma regressão. Gostaria agora de olhar brevemente para uma mudança acontecendo dentro de uma sessão, no momento-a-momento. Naturalmente, somente nos seria possível considerar isso de modo convincente se pudéssemos acompanhar a sessão em muito mais detalhes do que é possível num capítulo curto como este. Portanto, pretendo observar apenas um pequeno fragmento de uma sessão.

Estou enfatizando que as mudanças numa sessão refletem as mudanças que ocorrem dentro do paciente, de modo constante em sua vida cotidiana, à medida que as ansiedades emergem, as defesas são mobilizadas, a imagem do analista se movimenta e o mundo interno se rearranja em conformidade com isso. É claro que as interpretações desempenham um papel de primeira ordem na estimulação dessa mudança, e não apenas porque proporcionam compreensão e *insight*. Elas frequentemente estimulam mudança não da maneira que pretendíamos, nem do modo que pensávamos. O que nós dizemos pode tanto despertar ansiedade como aliviá-la; nossa fala pode reassegurar ao nosso paciente que o compreendemos ou que nos preocupamos com ele; nossas interpretações podem estar corretas mas despertar rivalidade; ou erradas e então lhe reassegurar mesmo a partir de um raciocínio errado; nossas palavras podem deixar de ter o significado que guardam para nós e se tornar algo como uma melodia, na qual o paciente se pode acalantar, ou um pântano sombrio em que ele pode afundar. Tudo isso faz parte do movimento que está ocorrendo na sessão à medida que estamos tentando compreender nossos pacientes.

Vou trazer um material resumido da sessão de um paciente num momento em que o fim da análise está em discussão. O resultado do tratamento até então, tendo em vista a natureza do paciente, parecia bastante encorajador, embora distante da perfeição. Ele tinha vindo como um homem muito esquizóide, passivo, que agora tinha um casamento feliz, estava usufruindo a vida de modo positivo e com mais reflexão e consideração enquanto ser humano. Antes de apresentar de fato o material, eu acrescentaria uma consideração geral sobre este. É claro que o material

está profundamente influenciado por nosso planejamento do final do tratamento, e vocês verão, quase com toda a certeza, como isso por si estava trazendo à baila uma grande necessidade de protestar, de retroceder e de mobilizar antigas retiradas defensivas etc. É preciso partir desse ângulo e ter isso em mente, bem como partir do movimento minucioso na sessão. Mas é sobre este último que quero particularmente me concentrar aqui.

A sessão era numa sexta-feira. Meu paciente, *N*, chegou dizendo que se sentia mal e ansioso, como se coisas demais estivessem ocorrendo. Ele e sua mulher estavam nesse momento vendendo a casa deles e havia mudanças importantes acontecendo em seu trabalho. Eu esclareci que parecia que a ansiedade estava mais focada em torno da questão de parar a análise. Ele concordou com isso, mas continuou descrevendo em detalhes seus sentimentos de desconforto, como se estivesse com raiva e ressentido. Eu pensei a essa altura, e lhe sugeri, que em parte se tratava do fato de que ele não tinha realmente sido capaz de acreditar que eu poderia deixá-lo ir, mas que agora ele estava tendo de encarar esse aspecto do parar. (Esse paciente vivera durante muito tempo na crença de que era o filho especial de sua mãe — de fato era o caçula da família — e acreditava ser meu paciente muito especial. Só esse fato em si tornava a idéia de parar o tratamento muito difícil de aceitar.)

Meu paciente, no entanto, respondeu à minha observação voltando a discutir suas dificuldades, seu ressentimento, sua frieza etc. Eu pensei, e lhe mostrei, que ele se estava afundando numa espécie de raiva e de tormento — evidenciados por fixar-se em todas as dificuldades e enfatizá-las e por permanecer preso nisso —, a fim de evitar os sentimentos específicos a respeito de ir mesmo embora e o significado real disso, naquele momento. Em outras palavras, pensei que ele se estava afundando numa espécie de pântano de tormento como defesa, de forma que a raiva fazia parte do pântano e não era raiva por si só.

N ficou silencioso e fez uma pausa e então disse que lhe ocorrera o pensamento “velha sabida”. Explicou que pensou que eu estava certa e que ele estava ciente, quando fez a observação, de que se ressentira por eu estar certa, e então ficara quieto. Agora ambos podíamos concordar que o tormento era ativamente usado como uma espécie de defesa masoquista, e ele próprio tinha agora um claro *insight* de seu ressentimento por eu estar certa.

N continuou a falar sobre isso e sobre como, quando eu falara pela primeira vez a respeito da atitude de defesa e ele ficara quieto, sentira que se estava apropriando do que eu dizia e, como afirmou, “encaixotando-o”. Indiquei-lhe que ele não fora capaz de reconhecer que eu estava certa — e que estava agradecido — e que essa própria percepção estimulava rivalidade e inveja. Claramente, agora seu humor mudara e ele falava livremente. *N* prosseguiu dizendo que agora tinha tomado outra via. Ele estava pensando sobre a véspera. Eles tinham sido convidados para a casa dos *X*, cuja mulher era má cozinheira, de modo que sua mulher teve uma idéia brilhante. Ela se ofereceria para fazer um *summer pudding**, que o paciente simplesmente adora, e eles o levariam para o jantar. Ele ajudaria sua

* Pudim feito com frutas da estação de verão. (*N. da T.*)

mulher cobrindo e cortando as frutas. Isso foi dito de um modo muito positivo e caloroso.

Estava claro aqui que *N* estava descrevendo um movimento, que ele tinha novamente entrado em contato com uma boa experiência, com um sentimento de que havia um clima de bom cheiro, de bom sabor e de valorização do que fora capaz de ver e do que ele sabia de modo real e profundo sobre a análise. Havia também a consciência de que ele podia ajudar a juntar todos esses sentimentos e consolidar assim a análise, como é manifestado pelo seu relato sobre ajudar sua mulher a preparar as frutas.

Vou deixar a descrição do vaivém da sessão neste ponto e apenas acrescentar que perto do fim da sessão *N* falou sobre um sentimento que tinha tido a respeito da análise. Pensou que não apenas ele, mas acreditava que eu também, a analista, devia ter alguns sentimentos especiais sobre a sua partida e o nosso trabalho conjunto. Penso que podemos ver o movimento (*shift*) dos sentimentos de meu paciente durante a sessão. No começo ele estava principalmente se afundando num pântano de tormento onde não havia pensamento; no final estava em contato com sentimentos muito comoventes de perda e de contato comigo.

Podemos ver aqui como esse paciente, embora se dirigindo para o final da análise, não está num estado de mudança consumada, mas ainda num processo de mudança psíquica, no qual os ganhos positivos e a flexibilidade crescente estão agora muito claros. Quero olhar brevemente para alguns dos movimentos (*shift*) tais como os vemos na sessão; podemos ver o movimento, depois das interpretações, para fora do pântano de tormento verbal, de modo que muito prontamente o *insight* fica acessível. Nos velhos tempos, *N* ficaria preso por muitas sessões, arrastado para baixo e quase chafurdando em tormento masoquista. Aqui, com o *insight*, emerge a valorização, ainda que de modo ambivalente, e eu me torno a “velha sabida”, e ele apura o que eu disse. Nesse ponto é evidente o seu ressentimento invejoso, embora limitado. Isso indica uma porção importante de integração — uma vez que essa percepção de pura inveja surgiu muito tardiamente na análise e agora pode ser sentida por meu paciente de um modo bastante claro e não muito intenso. O movimento (*shift*) que é indicado pela “idéia brilhante” do *summer pudding*, em cujo preparo ele vai ajudar, revela não apenas novamente a valorização, mas uma capacidade de fruição sensual e emocional, notavelmente ausente durante grande parte da análise e da vida desse paciente. A fruição e a valorização também se dão num nível simbólico: a boa comida, com seu adorável gosto e cheiro, e a capacidade de ajudar a fazer isso estão em contraste com sua antiga tendência de se retirar para dentro de uma sombria passividade.

É também importante acompanhar neste paciente a mudança (*shift*) em sua noção de ser especial. Durante grande parte da sua análise, ele mantivera uma imagem onipotente e superior de si mesmo em relação à sua mãe, ao seu lugar na família e, evidentemente, em relação a mim. Isso se alterou vagarosamente na análise, e aqui nós vemos uma imagem de mim como uma pessoa que deve ter, depois dessa longa análise, alguns sentimentos especiais com relação a ele e ao meu trabalho com ele, como poderíamos presumir que toda mãe saudável deve ter com

cada um dos seus filhos. Esse sentimento de ser especial e único tem um calor humano e uma consideração que estavam completamente ausentes nas antigas fantasias onipotentes e narcisistas de ser especial.

Trouxe esse material para mostrar sucintamente a espécie de mudança de momento a momento que se vê ocorrer na sessão analítica comum, como parte do processo analítico. Desse modo, temos a oportunidade de ver esperanças, ansiedades, defesas, fantasias e relações emergindo na transferência e se movimentando de acordo com a própria patologia do paciente, estimuladas pela situação analítica e pelo trabalho interpretativo. Penso que um dos principais objetivos de nossa terapia é trabalhar com esses movimentos (*shifts*), possibilitar que ocorram menos cega e automaticamente, torná-los e a seus elementos mais conscientes e mais manejáveis para o ego, de uma maneira mais saudável, flexível e realista, alcançando assim uma mudança no equilíbrio. Se nós acreditássemos que poderíamos eliminá-los, estaríamos na realidade encorajando a cisão.

Procurei indicar alguns de nossos objetivos quando consideramos uma mudança psíquica duradoura, em termos de movimento em direção à posição depressiva e para dentro dela; em termos de maior integração do *self* e de uma relação com os objetos mais total e realista. Sugeri que uma mudança psíquica duradoura está baseada nas, e é uma continuação das, constantes e diminutas mudanças e nos movimentos que vemos de momento a momento na transferência, e, como todas as manifestações de conflito, nunca pode ser finalizada.