

D. W. Winnicott

Série PSICOLOGIA E PSICANÁLISE

Coordenação e revisão técnica

Sérvulo Augusto Figueira

1,20

**TEXTOS
SELECIONADOS:
DA PEDIATRIA
À PSICANÁLISE**

Tradução de Jane Russo

4.^a Edição


há 137 anos editando o Brasil
FRANCISCO ALVES

15¹
O ódio na contratransferência¹
(1947)

Gostaria de examinar neste trabalho um aspecto do tema ambivalência, a saber, o ódio na contratransferência. Acredito que a tarefa do analista (chamem-no analista pesquisador) que assume a análise de um psicótico seja seriamente dificultada por este fenômeno e que a análise de psicóticos se torna impossível, a não ser que o analista seja capaz de distinguir com clareza seu próprio ódio e ter consciência dele. Isto equivale a dizer que um analista precisa ele mesmo ser analisado, mas ao mesmo tempo sustenta que a análise de um psicótico é fatigante, quando comparada com a de um neurótico, sendo isto inerente a ela.

A parte o tratamento psicanalítico, o manejo de um psicótico está fadado a ser fatigante. Tenho feito, de tempos em tempos, observações muito críticas acerca das modernas tendências na psiquiatria, com a facilidade dos eletrochoques e com as lobotomias pré-frontais demasiadamente drásticas (Winnicott, 1947, 1949). Devido a minhas críticas, gostaria de ser o primeiro a reconhecer a extrema dificuldade inerente à tarefa do psiquiatra e, especialmente, da enfermeira que lida com doentes mentais. Pacientes insanos representam sempre um pesado fardo emocional para os que cuidam deles. Deve-se perdoar as pessoas que, engajadas neste tipo de trabalho, fazem coisas horríveis. Isto não quer dizer, no entanto, que devemos aceitar qualquer coisa que um psiquiatra ou um neurocirurgião faça como algo correto de acordo com os princípios da ciência.

Portanto, embora o que se segue seja sobre psicanálise, tem um grande valor para o psiquiatra, mesmo para aquele cujo trabalho não o leve de modo algum a um relacionamento do tipo analítico com os pacientes.

Para ajudar o psiquiatra, o psicanalista deve estudar para ele não apenas os estádios primitivos do desenvolvimento emocional do indivíduo doente, mas também a natureza do fardo emocional que o psiquiatra carrega ao fazer seu trabalho. O que nós, analistas, chamamos de contratransferência precisa ser compreendido também pelo psiquiatra. Por mais que ele ame seus pacientes, ele não pode evitar odiá-los e temê-los e, quanto melhor ele souber disto, menos o ódio e o temor determinarão suas ações sobre os pacientes.

Poder-se-ia classificar os fenômenos da contratransferência da seguinte forma:

1. Anormalidade dos sentimentos de contratransferência, das relações estereotipadas e identificações que estão sob repressão no analista. O que se pode dizer disto é que o analista necessita de mais análise e acreditamos ser menos um problema entre psicanalistas do que um problema entre psicoterapeutas em geral;
2. As identificações e tendências que fazem parte das experiências e do desenvolvimento pessoais do analista, que fornecem a situação positiva para seu trabalho analítico e fazem com que seu trabalho seja qualitativamente diferente do de qualquer outro analista;
3. Distingo destas duas a verdadeira e objetiva contratransferência, ou se isto é difícil, o amor e o ódio do analista como reação à personalidade e ao comportamento reais do paciente, baseada na observação objetiva.

Sugiro que, se um analista quer analisar psicóticos ou antisociais, ele deve conseguir ter uma consciência tão completa da contratransferência que seja capaz de isolar e estudar suas reações *objetivas* ao paciente. Estas incluirão ódio. Os fenômenos da contratransferência, às vezes, serão as coisas mais importantes na análise.

Gostaria de sugerir que o paciente só pode apreciar no analista o que ele mesmo é capaz de sentir. Na questão do motivo: o *obsessivo* tenderá a pensar que o analista conduz seu trabalho de forma obsessiva e vã. Um paciente *hipomaniaco*, incapaz de ficar deprimido exceto quando ocorre uma severa mudança de humor, que não conquistou de maneira segura a posição depressiva em seu desenvolvimento emocional e que não pode sentir profundamente nem culpa, nem um sentimento de preocupação ou responsabilidade, é incapaz de ver o trabalho do analista como uma tentativa por parte do analista de fazer reparação em função dos seus próprios (do analista) sentimentos de culpa. Um paciente *neurótico* tende a ver o analista como sendo ambivalente com relação ao paciente e a esperar que o analista mostre uma clivagem de amor e ódio; este paciente, quando tem sorte, consegue o amor, porque alguma outra pessoa está tendo o ódio do analista. Não seria lógico que, por se encontrar em um estado de espírito de "coincidência de amor e ódio", o psicótico experimentasse a profunda convicção de que o analista também só é capaz da mesma e perigosa relação, na qual coincidem amor e ódio? Caso o analista mostre amor, ele certamente estará, no mesmo momento, matando o paciente.

A ocorrência repetida desta coincidência de amor e ódio é uma característica da análise de psicóticos, fazendo surgir problemas de manejo que podem facilmente esgotar todos os recursos do analista. Esta coincidência de amor e ódio à qual eu me refiro é diferente do componente agressivo que complica o impulso amoroso primitivo e implica a existência, na história do paciente, de um fracasso ambiental na época dos primeiros impulsos da pulsão em busca de um objeto.

Se é verdade que lhe serão atribuídos sentimentos rudes, é bom que o analista previna-se e precate-se, pois é seu dever tolerar que o coloquem nesta posição. Antes de tudo, ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que se *justifica* na situação presente tem que ser isolado e guardado, ficando disponível para uma eventual interpretação.

Se queremos ser capazes de analisar pacientes psicóticos, é necessário termos chegado às coisas muito primitivas dentro de nós mesmos, o que mais uma vez ilustra o fato de que muitos problemas obscuros da prática psicanalítica podem ser solucionados com uma maior análise do analista. (A pesquisa

psicanalítica talvez seja sempre, até certo ponto, uma tentativa por parte do analista de levar o trabalho de sua própria análise para além do que seu próprio analista conseguiu levar.)

Uma das principais tarefas do analista de qualquer paciente é manter a objetividade com relação a tudo que o paciente traga e um caso especial desta tarefa é a necessidade de que o analista seja capaz de odiar objetivamente o paciente.

Por acaso não existem muitas situações no nosso trabalho analítico cotidiano nas quais o ódio do analista é justificado? Um de meus pacientes, um obsessivo grave, foi quase abominável para mim durante alguns anos. Senti-me mal com isto até que a análise deu uma volta e o paciente tornou-se amável. Compreendi, então, que sua facilidade em ser odiado havia sido um sintoma ativo, inconscientemente determinado. Foi realmente um dia maravilhoso para mim (muito mais tarde) quando pude dizer ao paciente que eu e seus amigos havíamos sentido aversão por ele, mas que ele estava muito doente para que lhe disséssemos isto. Este foi um dia importante para ele também, um tremendo avanço do seu ajustamento à realidade.

Na análise comum, o analista não tem qualquer dificuldade com o manejo de seu próprio ódio. Este ódio permanece latente. O principal, no entanto, é que, através de sua própria análise, ele se libertou de vastos reservatórios de ódio inconsciente pertencentes ao passado e a conflitos internos. Há outros motivos pelos quais o ódio permanece inexprimível, ou mesmo não é sentido como tal:

A análise é o trabalho que escolhi, a maneira pela qual posso lidar melhor com minha própria culpa, a maneira pela qual posso me expressar de forma construtiva.

Recebo pagamento, ou sou treinado para obter um lugar na sociedade, através do trabalho analítico.

Estou descobrindo coisas.

Consigo recompensas imediatas, através da identificação com o paciente que está fazendo progressos, e posso antever recompensas ainda maiores, que surgem ao final do tratamento.

Além disso, como analista, tenho maneiras de exprimir ódio. O ódio se expressa pela existência do final da "hora".

Penso que isto é verdade mesmo quando não há qualquer dificuldade e quando o paciente está satisfeito por ir embora. Em muitas análises, estas coisas podem ser tomadas como certas, de forma que são raramente mencionadas, e o trabalho analítico é feito através da interpretação verbal da transferência inconsciente emergente do paciente. O analista assume o papel de uma ou outra das figuras prestativas da infância do paciente. Tira proveito do sucesso daqueles que fizeram o trabalho sujo quando o paciente era um bebê.

Estas coisas fazem parte da descrição do trabalho psicanalítico comum, que se preocupa principalmente com pacientes cujos sintomas têm uma qualidade neurótica.

Na análise do psicótico, no entanto, a tensão que recai sobre o analista difere bastante em tipo e grau e é precisamente esta tensão diferente que estou tentando descrever.

Recentemente, por um período de alguns dias, achei que estava fazendo um trabalho ruim. Cometi erros com cada um de meus pacientes. A dificuldade estava dentro de mim e era em parte pessoal, mas se associava sobretudo a um clímax que eu havia atingido em minha relação com um paciente psicótico (em pesquisa) específico. A dificuldade desapareceu quando tive o que é, às vezes, chamado um sonho "curativo". (Incidentalmente, gostaria de acrescentar que, durante a minha análise e nos anos que se seguiram a seu término, tive uma longa série destes sonhos que curam e que, apesar de em muitos casos serem desagradáveis, marcaram, um por um, minha chegada a um novo estágio de desenvolvimento emocional.)

Nesta ocasião específica, me dei conta do significado do sonho assim que acordei, ou mesmo antes de acordar. O sonho teve duas fases. Na primeira, eu me encontrava na galeria de um teatro, olhando com desdém as pessoas lá embaixo sentadas nas poltronas. Sentia muita ansiedade, como se pudesse perder um membro. Isto se associava à sensação que tive no topo da Torre Eiffel de que, se pusesse minha mão sobre a borda, ela cairia lá embaixo. Esta seria uma ansiedade de castração comum.

Na fase seguinte do sonho, eu me dava conta de que as pessoas nas poltronas assistiam a uma peça e agora me relacionava com o que acontecia no palco através delas. Um novo

tipo de ansiedade surgiu. Tudo que eu sabia era que não tinha o lado direito de meu corpo. Este não foi um sonho de castração. A sensação era de não ter aquela parte do corpo.

Quando acordei, tinha a consciência de haver compreendido, a um nível muito profundo, qual era a minha dificuldade naquela época específica. A primeira parte do sonho representava as ansiedades normais que podem se desenvolver em função das fantasias inconscientes dos meus pacientes neuróticos. Eu correria o perigo de perder minha mão ou meus dedos, caso estes pacientes se interessassem por eles. Estava acostumado a este tipo de ansiedade, que era comparativamente tolerável.

A segunda parte do sonho, no entanto, se referia à minha relação com a paciente psicótica. Esta paciente estava exigindo que eu não tivesse qualquer relação com seu corpo, nem mesmo uma relação imaginativa; ela não reconhecia nenhum corpo como sendo o dela e, mesmo que admitisse sua própria existência, só conseguia sentir que era uma mente. Qualquer referência a seu corpo produzia ansiedades paranóicas porque afirmar que ela tinha um corpo era persegui-la. O que ela necessitava de mim era que eu tivesse apenas uma mente que falasse à sua mente. Quando estava no ápice de minhas dificuldades, na noite antes do sonho, fiquei irritado e disse-lhe que o que ela precisava de mim era pouco mais que uma discussão sobre trivialidades. Isto teve um efeito desastroso e foram necessárias várias semanas para que a análise se recuperasse do meu lapso. O essencial, no entanto, era que eu deveria compreender minha própria ansiedade e isto estava representado no sonho pela ausência do lado direito de meu corpo, quando eu tentei me relacionar com a peça que as pessoas nas poltronas estavam assistindo. Este lado do meu corpo era o lado ligado a esta paciente específica, estando portanto afetado por sua necessidade de negar absolutamente mesmo uma relação imaginativa de nossos corpos. Esta negação estava produzindo em mim este tipo psicótico de ansiedade, muito menos tolerável do que a ansiedade de castração comum. Sejam quais forem as outras interpretações que possam ser feitas com relação a este sonho, o resultado de tê-lo sonhado e ter me lembrado dele foi minha capacidade de retomar esta análise e mesmo consertar o mal feito a ela por minha irritação, que teve sua origem em uma ansiedade reativa de

um tipo que era apropriado ao meu contato com uma paciente que não tinha corpo.

O analista deve estar preparado para suportar tensão sem esperar que o paciente se dê conta do que está fazendo, talvez por um longo período de tempo. Para isto é necessário que ele facilmente se dê conta de seu próprio medo e ódio. Ele está na posição da mãe de um bebê ainda não nascido ou recém-nascido. Eventualmente, deveria poder dizer ao seu paciente o que passou por sua causa mas uma análise pode não chegar nunca a este ponto. Pode ser que não haja um número suficiente de experiências boas no passado do paciente para serem trabalhadas. E se não houver qualquer relacionamento satisfatório no início da infância para ser explorado na transferência?

Há uma grande diferença entre aqueles pacientes que tiveram experiências iniciais satisfatórias que podem ser descobertas na transferência e aqueles cujas experiências iniciais foram tão deficientes ou distorcidas, que o analista tem que ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certas coisas que são essenciais no meio ambiente. No tratamento do paciente do segundo tipo, cada detalhe técnico da prática analítica, que, no tratamento do primeiro tipo de paciente, é tido como algo natural, adquire uma importância vital.

Perguntei a um colega se ele faz análise no escuro e ele disse: "Ora, não! Certamente nosso trabalho consiste em fornecer um meio ambiente comum; e o escuro seria algo extraordinário." Ele se surpreendeu com a minha pergunta. Orientava-se pela análise de neuróticos. Mas este fornecimento e manutenção de um meio ambiente comum pode ser, em si, uma coisa vitalmente importante na análise de um psicótico, podendo de fato ser, às vezes, até mesmo mais importante que as interpretações verbais a serem feitas. Para o neurótico, o divã, o calor e o conforto podem ser o *símbolo* do amor materno; para o psicótico, seria mais certo dizer que estas coisas *são* a expressão física do amor do analista. O divã *é* o colo ou o útero do analista, e o calor *é* o calor vivo do corpo do analista. E assim por diante.

Espero que haja uma progressão na maneira como expresse meu tema. O ódio do analista é geralmente latente e é fácil mantê-lo assim. Na análise de psicóticos, o analista tem

que fazer um esforço maior para manter seu ódio latente, só conseguindo fazê-lo, se estiver completamente consciente do próprio ódio. Gostaria de acrescentar que, em certos estádios de certas análises, o ódio do analista é procurado pelo paciente e, neste caso, o ódio objetivo se faz necessário. Se o paciente busca um ódio justificado ou objetivo, ele deve consegui-lo, caso contrário não conseguirá sentir que pode alcançar o amor objetivo.

Talvez seja relevante citar aqui o caso da criança cujo lar foi desfeito, ou da criança que não tem pais. Uma criança assim passa a vida procurando inconscientemente seus pais. É notoriamente inadequado levar uma criança destas para casa e amá-la. O que acontece é que, depois de algum tempo, a criança adotada recobra a esperança e então começa a testar o ambiente que encontrou e a buscar a prova de que seus guardiães são capazes de odiar objetivamente. Ela parece só poder acreditar que é amada depois de ter conseguido ser odiada.

Durante a Segunda Guerra Mundial, um menino de nove anos veio para um albergue destinado a crianças evacuadas, mandado de Londres não por causa das bombas mas por causa de vadiagem. Eu esperava proporcionar-lhe algum tipo de tratamento durante sua estada no albergue, mas seu sintoma venceu, e ele acabou fugindo, como sempre havia feito de todos os lugares, desde os seis anos de idade, quando fugiu de casa pela primeira vez. No entanto, eu havia estabelecido contato com ele em uma entrevista na qual, através de um desenho que ele fez, consegui ver e interpretar que, ao fugir de casa, ele estava inconscientemente salvando o interior de seu lar e protegendo sua mãe de ataques, assim como tentando fugir de seu próprio mundo interno, que estava cheio de perseguidores.

Não me surpreendi muito quando ele apareceu em uma delegacia de polícia muito próxima de minha casa, uma das poucas que não o conhecia intimamente. Minha esposa acolheu-o generosamente e manteve-o conosco por três meses, três meses infernais. Ele era uma das crianças mais adoráveis e mais enlouquecedoras que possa existir, sendo, com frequência, completamente louco. Felizmente, porém, sabíamos o que nos esperava. Lidamos com a primeira fase dando-lhe total liberdade e um *shilling* sempre que ele saía. Tudo que ele tinha

que fazer para que o buscássemos de qualquer delegacia de polícia que o tivesse apanhado era telefonar.

Logo a mudança esperada ocorreu. O sintoma da vadiagem deu uma volta completa e o menino começou a dramatizar o ataque a seu interior. Foi realmente uma tarefa que tomou integralmente nosso tempo e os piores episódios aconteciam quando eu estava fora.

As interpretações tinham que ser feitas a qualquer minuto do dia ou da noite e freqüentemente a única solução para uma crise era fazer a interpretação correta, como se o menino estivesse em análise. A interpretação correta era o que ele mais valorizava.

O que este caso encerra de importante para o tema deste trabalho é a maneira pela qual a evolução da personalidade do menino produziu ódio em mim e o que fiz com relação ao assunto.

Bati nele? A resposta é não, nunca bati. Mas teria sido necessário que eu o fizesse, se não conhecesse completamente meu ódio e se não tivesse deixado que o menino o conhecesse também. Durante as crises, eu costumava usar minha força física para agarrá-lo, sem raiva e sem culpá-lo, pondo-o do lado de fora da porta de entrada, não importando que tempo fazia, ou a hora do dia ou da noite. Havia uma campanha especial que ele podia tocar e ele sabia que seria readmitido na casa, se a tocasse, e nada seria dito sobre o ocorrido. Ele usava esta campanha assim que se recuperava do ataque maníaco.

O importante é que, cada vez que eu o punha para fora, eu lhe dizia alguma coisa; eu dizia que o que havia acontecido tinha feito com que eu o odiasse. Era fácil isto porque era verdade.

Acho que estas palavras eram importantes para o progresso do menino mas eram importantes também, principalmente, porque permitiam que eu tolerasse a situação sem me descontrolar, sem perder a paciência e sem assassiná-lo de vez em quando.

A história completa do menino não pode ser contada aqui. Ele foi para um reformatório. Sua relação profundamente enraizada conosco permaneceu como uma das poucas coisas estáveis em sua vida. Este episódio da vida comum pode ser utilizado para ilustrar o tópico geral do ódio justificado no

presente; deve-se diferenciar disto o ódio que só se justifica em outra situação mas que é atraído por alguma ação de um paciente.

Gostaria de ressaltar, dentro de toda a complexidade do problema do ódio e suas raízes, uma coisa que acredito ser de grande importância para o analista de pacientes psicóticos. Sugiro que a mãe odeia o bebê antes que o bebê a odeie, e antes que o bebê possa saber que sua mãe o odeia.

Antes de desenvolver este tema, gostaria de me referir a Freud. Em *Os instintos e suas vicissitudes*, onde ele afirma tanta coisa esclarecedora e original sobre o ódio, Freud diz: "Poderíamos, num caso de emergência dizer que a pulsão 'ama' o objeto pelo qual luta com o propósito de obter satisfação, mas dizer que uma pulsão 'odeia' um objeto nos parece estranho, assim nos damos conta de que as atitudes de amor e ódio não podem ser utilizadas para a relação entre as pulsões e seus objetos mas estão reservadas para as relações entre o ego total e os objetos..." Sinto que isto é verdadeiro e importante. Por acaso isto não significa que a personalidade tem que ser integrada antes que se possa dizer que o bebê odeia? Mesmo que a integração possa ser atingida muito cedo — talvez a integração mais precoce ocorra no auge da excitação ou da raiva — há um estágio teórico anterior no qual as coisas ruins que o bebê faz não são feitas por ódio. Utilizei o termo "amor cruel" para descrever este estágio. Isto é aceitável? À medida que o bebê se torna capaz de sentir que é uma pessoa total, a palavra ódio passa a ter significado como uma descrição de um certo grupo dos seus sentimentos.

A mãe, no entanto, odeia seu bebê desde o início. Acredito que Freud achava possível que uma mãe pudesse, em certas circunstâncias, sentir apenas amor por seu filho homem; mas podemos pôr isto em dúvida. Conheceremos o amor da mãe e apreciamos sua realidade e seu poder. Deixem que eu forneça algumas das razões pelas quais a mãe odeia seu filho, mesmo que seja homem:

- O bebê não é sua própria concepção (mental);
- O bebê não pertence às brincadeiras infantis, filho do pai, filho do irmão etc.;
- O bebê não é produzido magicamente;

O bebê representa um perigo para o seu corpo durante a gravidez e durante o parto;

O bebê é uma interferência na sua vida privada, um desafio à preocupação;

Em maior ou menor medida, uma mãe sente que sua própria mãe exige um bebê, de forma que seu bebê é produzido para aplacar sua mãe;

O bebê machuca seu mamilo mesmo quando mama, que é inicialmente uma atividade mastigatória;

Ele é grosseiro, trata-a como uma pessoa qualquer, uma empregada não remunerada, uma escrava;

Ela tem que amá-lo, de qualquer forma, com excreções e tudo, no início, até que ele tenha dúvidas sobre si mesmo;

Ele tenta machucá-la, morde-a periodicamente, tudo por amor;

Ele se mostra desiludido com ela;

Seu amor excitado é interesseiro e ele a joga fora como uma casca de laranja, quando consegue o que quer;

O bebê deve dominar inicialmente, deve ser protegido contra coincidências, a vida deve se desdobrar de acordo com seu ritmo e para tudo isso é necessário que sua mãe empreenda um estudo contínuo e detalhado. Por exemplo, ela não deve ficar ansiosa quando o segura etc.; No início, ele não tem idéia do que ela faz ou sacrifica por ele, especialmente não pode admitir seu ódio;

Ele suspeita de tudo, recusa sua boa comida, faz com que ela duvide de si mesma, mas come bem com a tia;

Depois de uma manhã horrível com ele, ela sai e ele sorri para um estranho que diz: "Não é um doce?";

Se ela o frustra no início, sabe que ele vai tirar a desforra para sempre;

Ele a excita mas a frustra — ela não pode comê-lo, ou ter sexo com ele.

Acho que, na análise de psicóticos e nos estágios finais da análise, mesmo de uma pessoa normal, o analista deve se pôr em uma posição comparável à da mãe de um bebê recém-nascido. Quando está profundamente regredido, o paciente não consegue se identificar com o analista ou avaliar seu ponto de

vista, da mesma forma que o feto ou o bebê recém-nascido não consegue compreender a mãe.

Uma mãe tem que ser capaz de tolerar seu ódio pelo filho sem fazer nada acerca do assunto. Ela não pode exprimi-lo para ele. Se, por medo do que possa fazer, ela não puder odiar apropriadamente quando seu filho a magoa, só lhe resta voltar-se para o masoquismo e, na minha opinião, é isto que faz surgir a falsa teoria de um masoquismo natural na mulher. A coisa mais notável acerca de uma mãe é sua habilidade de se deixar ferir tanto pelo bebê, e de odiar tanto sem se vingar na criança, e sua habilidade em esperar por recompensas que podem ou não vir mais tarde. Talvez algumas das canções de ninar que ela canta, e da qual seu bebê gosta mas felizmente não entende, a ajudem:

“Balance bebê, no topo da árvore,
Quando o vento soprar o berço vai balançar,
Quando o galho quebrar o berço cairá,
E o bebê vai cair, com berço e tudo.”*1

Penso em uma mãe (ou pai) brincando com um bebezinho; o bebê desfrutando o jogo, sem saber que o pai está expressando seu ódio através das palavras, talvez em termos de simbolismo de nascimento. Esta não é uma canção sentimental. O sentimentalismo é inútil para os pais, pois contém uma negação do ódio e o sentimentalismo na mãe é ruim, do ponto de vista da criança.

Não me parece provável que uma criança humana, à medida que se desenvolve, seja capaz de tolerar a amplitude total de seu próprio ódio em um ambiente sentimental. Ela precisa de ódio para odiar.

Se isto é verdade, não se pode esperar que um paciente psicótico em análise tolere seu próprio ódio pelo analista, a não ser que o analista possa odiá-lo.

Caso se aceite tudo isto, permanece para ser discutida a questão da interpretação do ódio do analista a ser dada ao paciente. Esta é, obviamente, uma questão que implica grande perigo e que exige um grande senso de oportunidade. Acredito, porém, que uma análise não seja completa, se, mesmo quando está chegando no final, não foi possível ao analista dizer ao paciente o que ele, o analista, fez sem o conhecimento do

paciente enquanto este estava doente, nos estádios iniciais. Até que esta interpretação seja feita, o paciente é até certo ponto mantido na posição do bebê — que não consegue compreender o que deve à mãe.

Um analista tem que exibir toda a paciência, a tolerância e a confiança de uma mãe devotada a seu bebê; tem que reconhecer nos desejos do paciente, necessidades; tem que pôr de lado outros interesses de forma a ser disponível, pontual e objetivo; tem que parecer querer dar o que só é realmente dado porque o paciente o necessita.

Pode ocorrer um longo período inicial durante o qual o ponto de vista do analista não pode ser apreciado (nem inconscientemente) pelo paciente. Não se pode esperar reconhecimento porque, na raiz primitiva do paciente a que se está buscando chegar, não há capacidade para uma identificação com o analista; e certamente é difícil para o paciente ver que o ódio do analista é freqüentemente engendrado pelas coisas que o paciente faz na sua rude maneira de amar.

Na análise (análise de pesquisa) ou no manejo comum do tipo mais psicótico de paciente, uma grande pressão é exercida sobre o analista (psiquiatra, enfermeira) e é importante que estudemos as maneiras através das quais a ansiedade de qualidade psicótica, assim como o ódio, são produzidos naqueles que trabalham com pacientes psiquiátricos seriamente doentes. Somente desta maneira pode haver qualquer esperança de se evitar a terapia que se adapta às necessidades do terapeuta em vez de se adaptar às necessidades do paciente.

Nota

1. Baseado no trabalho lido para a British Psycho-Analytical Society a 5 de fevereiro de 1947. *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. XXX 1949.

Nota da tradutora

- *1 No original: *Rockabye Baby, on the tree top. / When the wind blows the cradle will rock, / When the bough breaks the cradle will fall, / Down will come baby, cradle and all.*