

## Trabalho livre para o Congresso da UCES

Título- Sobre a identificação de um *enactment* contratransferencial em uma supervisão psicanalítica com o Algoritmo David Liberman (ADL).

Autores- Venicius Scott Schneider; Angeles Aparain

Email- vsschneider@gmail.com ; aaparain@hotmail.com

Objetivo- Identificar um *enactment* contratransferencial em uma supervisão psicanalítica utilizando o Algoritmo David Liberman(ADL) adaptado para o contexto de supervisão.

Material e método ou instrumentos- O material a ser utilizado será proveniente da gravação de uma supervisão psicanalítica de residente psicólogo ocorrida em um hospital geral. Sobre esse material será aplicado o método de investigação desenvolvido por Maldavsky (2013) denominado ADL, seguindo os passos estabelecidos para a aplicação do instrumento visando identificar uma manifestação contratransferencial relativa a atendimento de paciente.

Resultados- A partir da aplicação do ADL ao discurso degravado da supervisão foi possível identificar o *enactment* contratransferencial, tendo em conta que, para além do relato do caso, havia o relato sobre como coletou informação que norteou o trabalho, bem como o modo de entendimento do caso. Fatores que permitem precisar a cena traumática que figura no discurso do paciente cujo influxo sobre o terapeuta mobiliza intervenções que se desviam da direção a ser dada ao trabalho.

Conclusões- A aplicação do ADL ao texto da supervisão apresenta a limitação de não ter a gravação do atendimento que daria mais precisão quanto as interações entre paciente e terapeuta. Na supervisão há a vantagem de se ter as falas do terapeuta sobre o modo como orientou o trabalho permitindo destacar fatores que foram norteadores das intervenções e hipóteses, bem como determinações inconscientes que podem ser identificadas especificamente no espaço da supervisão.

TEMÁTICA DO CASO APRESENTADO: Trata-se da supervisão de atendimento psicológico, realizado por residente (R), de acompanhante que é a mãe da paciente (M) de paciente internada (E) (portadora de Lupus com complicações devido a lesões de pressão) com quem foram realizadas 5 (cinco) entrevistas. Dessas, apenas duas foram registradas através de anotações do residente após os atendimentos.

RESUMO DO CASO APRESENTADO EM SUPERVISÃO: Trata-se do atendimento de M, acompanhante de paciente internada (E), após solicitação de residente da psicologia que atendia a filha da acompanhante. A supervisão de R se dá com a

descrição da situação de E, paciente internada há cinco meses devido a lesões de pressão que apareceram no último ano em que ficou imobilizada na cama em função das limitações do movimento das pernas oriundos de complicação de quadro neurológico devido ao Lupus. Há uma descrição do estado de E no que tange a sua condição física bastante frágil, a ponto de ser sugerido o apoio dos cuidados paliativos, devido aos fracassos em seu tratamento médico. Suas características psíquicas que mobilizam a equipe que fica sem uma direção definida em função da recusa frequente aos tratamentos da fisioterapia, da nutrição, da medicina. Aceita o atendimento realizado por psicólogo, que solicitou que o R acompanhasse a mãe da paciente. M relata que E diz que com a presença da irmã fica bem e com a dela fica mal. Avalia que a filha pensa que não cuidou dela e sente-se culpada pela doença da filha por não ter impedido o consumo de álcool durante a adolescência, ao qual atribui causa do Lupus. Tem medo de perder a filha como ocorreu com seu filho de 11 anos, que bateu o peito, passou mal devido a complicação de quadro de pneumonia. Na ambulância, a caminho do hospital necessitou de oxigênio, cuja máscara ela segurava sobre seu rosto para ajudar o profissional que lhe pareceu cansado, quando o filho faleceu. Teve um sonho no hospital durante o acompanhamento de E, em que o filho estava deitado com vários cobertores no rosto, que vai descobrindo até chegar a identificá-lo, momento em que diz: meu filho, faz tanto tempo que não te vejo!

Nessa época, E devia ter por volta de 5 anos. M desenvolveu um estado depressivo, do qual acredita que saiu motivada pela fala do pai lembrando-a que tinha duas filhas para cuidar.

Relata ainda ter a impressão de ouvir a voz do filho chamando “mãe!”, pensa que pode ser a filha internada, mas não é. Quando os médicos vem falar com ela vê o filme da perda novamente, incluindo a depressão que dela decorreu, da qual saiu por ter mais duas filhas para cuidar, uma das quais E.

Tem uma posição ambivalente sobre a culpa de E estar doente, acredita que poderia ter evitado se a tivesse impedido de consumir bebida alcoólica durante sua adolescência, apesar de saber que não é culpada.

No hospital foi até a janela e teve vontade de pular, pois se morresse não precisaria ver o sofrimento da filha. Afirma que não é médica, somente pode ajudar com a comida e o banho. Tem vontade de desaparecer, de levar a filha para casa, pois o tratamento no hospital não está apresentando bons resultados.

Tem crises de ansiedade que se iniciam com uma sensação no estômago, um aperto, falta de ar, tem problema no estômago, a mãe morreu de problemas no estômago, por isso tem medo de, ao ter a sensação nessa região, de estar doente e morrer. Associa as crises de ansiedade aos problemas com E.

IDENTIFICAÇÃO DA CENA INCONSCIENTE MOBILIZADORA: Visando identificar a **cena** que mobilizou o *enactment* contratransferencial foi destacada a cena da morte do filho de 11 anos da paciente devido a complicação relativa a quadro de pneumonia. Na qual, em suma, uma mãe perde um filho, apesar dos cuidados.

O **traço** que congrega o conjunto da cena poderia ser resumido na palavra “cuidado”, pois a paciente considera que podem pensar que não cuida das filhas. Há também a afirmação da filha internada que passa mal quando está sendo cuidada por ela. Apresenta um dilema quanto a dificuldade de ver a filha sofrer, considerando que não pode fazer nada além de alimentá-la e ajudá-la no banho. Cogita a possibilidade de dar fim a sua vida para não ver o sofrimento dela. Sente-se culpada pela doença da filha, considera que não cuidou dela como devia. Há a reclamação da filha que diz piorar com a presença da mãe quando vem acompanhá-la durante a internação. Relata sobre a perda do filho de 11 anos devido a pneumonia, do estado depressivo que se iniciou após o falecimento, e de sua recuperação, aparentemente motivada pela fala do pai ao lembrar que tinha mais duas filhas para cuidar.

O sonho com o filho durante o período em que está no hospital marca a pregnância da cena traumática que fica sob interrogação ao direcionar, pelo menos em um dos níveis de significação, para a realização desejo de que ao ser descoberto, após a retirada dos vários cobertores que cobriam seu rosto (seria forçar demais tal condição como sendo de sufocamento?), esteja vivo.

Na cena da perda do filho, a mãe, que é a paciente, apesar do cuidado ao administrar oxigênio, testemunha sua morte. Desnorteada, tenta sair da ambulância, provavelmente em movimento, sendo dissuadida pelo motorista que alerta para o perigo.

Logo, a cena pode ser descrita como a de um filho que morre, apesar dos cuidados da mãe. Mobilizando a necessidade de cuidar de uma criança para evitar que desapareça. O cuidado acima de tudo. A ordem do cuidado para qualquer um, não importa quem, como um modo de realizar o evitamento do encontro com a castração.

Durante sua estadia no hospital para cuidar da filha tem impressão de ouvir a voz do filho chamando: mãe! Verifica se não é E que está chamando, certamente não é, pois ela prefere que a mãe não cuide dela. Nesse ponto, há uma confluência do cuidado, que se confunde a partir de um chamado de um filho ou de uma filha, que pedem pela presença da mãe. Seria um pedido de ajuda?

O luto pela perda do filho, ao não ser realizado, torna-se patológico (Freud,1917, p. 283), mobilizando em relação a filha um cuidado ordenado pela via da necessidade que resulta como saída para ela a via anoréxica como modo de

preservar o desejo. Desse modo, o cuidado com a filha que o recusa, está orientado pela cena da perda, cujo cuidado foi considerado insuficiente (apesar de não enunciado), mas cuja dedução é feita pela consequência (morte).

Com isso se repete (Freud, 1914, p. 196) a cena traumática em várias dimensões (mãe, filha, equipe, residente de psicologia), iniciando pela perda do filho, cujo luto ao não ser elaborado mobiliza a realização de um cuidado sem que o outro possa vir a ter um lugar de reconhecimento de seu desejo, consequência da sobreposição do objeto supostamente perdido sobre quem quer que ocupe o lugar que destaca a suposta necessidade de ser cuidado. Talvez o cena possa ser melhor representada pela frase, “uma criança precisa urgentemente de cuidado”. Logo, o personagem que figura na cena como objeto de identificação é uma mãe que perdeu um filho, cujo luto patológico inviabilizou a elaboração da perda, repetindo a cena de cuidado.

COMO ESSA CENA SE REPETE NO TRABALHO CLÍNICO? O primeiro indício de algum problema na condução do atendimento é apresentado com a não anotação de todos os atendimentos realizados por considerar que os outros atendimentos não foram muito diferentes. Fato que normalmente não ocorre. Assim, há uma falta de cuidado com as anotações e desvio da direção clínica.

O segundo ponto está na descrição do atendimento que se volta para a descrição do quadro de E, cujo estado está tão grave a ponto de entender que deveria estar sob o atendimento dos Cuidados Paliativos, já que houve intervenção cirúrgica e uso de antibióticos de última geração sem os resultados esperados. Quando, na verdade, não havia nenhuma clareza sobre o que estaria levando a essa piora e melhora inesperadas.

Na supervisão ocorre uma dificuldade para definir quem é o paciente que ela está atendendo devido ao fato de que as informações trazidas versam sobre a filha da paciente. Havendo um lapso relativo ao nome da paciente que é chamada pelo nome da filha.

Há uma coleta de dados sobre a paciente que parte das informações advindas do atendimento de outro profissional que atende E não das oriundas do próprio atendimento à paciente. Esse movimento, que também indica um desvio do trabalho clínico, já que informações externas ao que advém do paciente tem uma importância, no máximo, secundária. A partir de uma dessas informações R pretende esclarecer um fator que se situa como uma interrogação que julga ser o foco na direção do tratamento, que é a culpa que a paciente relata. Para tanto, recorre a uma situação relatada pelo residente que atende E, na qual E teria falado que é fruto de uma traição

de sua mãe ao marido com quem estava casada na época, o que resultou em que não conhecesse o pai biológico. Logo, a mãe seria culpada por ter realizado uma traição e por E não conhecer o pai.

Seguindo na direção da culpa, na sequência da narrativa em que aparece a interrogação sobre o estado de E diante da presença ou ausência de M, de M estar com E tanto para o melhor quanto para o pior, quando M relata sobre o episódio da perda do filho, a intervenção de nexo visa estabelecer uma relação entre a culpa por não poder ter cuidado das filhas por ter caído em depressão pelo falecimento do filho. Aqui a concordância de M não permite esclarecer seu modo de entendimento por não haver a anotação da sequência discursiva. O que se tem é a ideia de R de que M não entendeu e mudou de assunto. Mas essencialmente o foco está orientado em encontrar uma explicação para a culpa em relação à E.

Note-se que apesar de mudar de assunto o que R diz é que a temática retorna à questão do cuidado que M tem que ter por ser mãe, e sobre a culpa pela doença com uma posição ambivalente. M diz: não sou médica, somente posso ajudar com a comida e banho. Intervenção de R- você acha pouco? R menciona anteriormente que não entende de medicina, mas que seria importante se os Cuidados Paliativos pudessem acompanhar. Destaque-se que a orientação se dirige para o cuidado e a uma impressão de fazer pouco, mas quem se encontra em um estado de impotência? M ou R? Poderíamos dizer que aqui M=R?

M apresenta um estado de angústia que acaba não sendo abordado mais centralmente na direção do trabalho, apesar de figurar na sintonia de R, como foco a orientação se dirige para a culpa. De modo a tentar encontrar uma solução para a pergunta sobre a culpa formulada por R, não por M. Deixando de focar na angústia de M que poderia eventualmente vir a formular uma questão sobre sua posição em relação a filha para além da culpa que opera como proteção em relação à angústia.

Há o entendimento que o aparecimento das escaras por uma eventual ausência de cuidados estaria concernindo-a desde a perspectiva de acompanhar o cuidado dado pela mãe, não de interrogar a posição de M.

Por fim, a impossibilidade de interrogar M sobre sua posição enquanto mãe, mas situando-se desde o lugar de alguém que precisa salvar uma criança, ou a filha da paciente, mais precisamente, ao identificar-se com essa mãe, há um desvio do trabalho mobilizado pela cena da perda do filho, cujo luto ao não ser realizado, se repete na direção do trabalho clínico.

**CONCLUSÃO:** A partir dos passos definidos por Maldavsky (2017), para identificar um *enactment* contratransferencial numa sessão de atendimento clínico, foi possível,

seguindo os mesmos passos, identificar o mesmo fenômeno numa supervisão, com algumas modificações que serão objeto de outro trabalho.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Freud, S. Luto e Melancolia. Obras completas. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1987, p. 283.

Freud, S. Recordar, repetir e elaborar. In: Obras completas. Vol. XII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1987, p. 196.

Maldavsky, D. (2013) ADL *Algoritmo David Liberman, in instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Buenos Aires: Paidós.

Maldavsky, D. (2017) Aportes al método de estudio de la mente (deseos y pensamientos) del terapeuta en la session, en particular en las perturbaciones contratransferenciales. In: *Subjetividad y procesos cognitivos*. Buenos Aires: UCES, vol. 21, nº 1, 2017, p. 84-104.