

Transferência Erótica

Rogério Fonseca

Resumo

Este artigo apresenta algumas reflexões sobre a temática da transferência erótica. Num primeiro momento, é descrita a dificuldade gerada pela mesma, não só no plano da transferência, mas também no âmbito da contratransferência. Num segundo plano, faço a descrição das variadas formas de transferência erótica encenadas no espaço analítico. Por último, refiro alguns dos autores que ao longo do tempo se têm preocupado com este tema, dando expressão à passagem de uma visão de um modelo de uma só pessoa, para entrar em contacto com o modelo de duas pessoas em análise. Ainda, é feita uma abordagem à auto-revelação enquanto um instrumento potencial e precioso para o trabalho analítico.

Palavras-chave: Transferência Erótica; Contratransferência Erótica; Formas de Transferência Erótica; Idealização; Auto-revelação.

Abstract

This paper presents some reflections on the theme of erotic transference. In a first moment, the difficulty generated by it is described, not only in terms of transference, but also in terms of countertransference. On a second level, I describe the various forms of erotic transference staged in the analytic space. Finally, I mention some of the authors who have been concerned with this theme over time, expressing the passage from a vision of a model of one person, to the model of two persons in analysis. Also, self-disclosure is approached as a potential and precious instrument for analytic work.

Keywords: Erotic Transference; Erotic Countertransference; Forms of Erotic Transference; Idealization; Self-Disclosure.



Fig. 1 – Paula Rego – Aranha e Jenny Carriça – Figurinos do Bailado Pra Lá e Pra Cá
– Costumes for the ballet There and Back Again, 1998.

Tinta da China da Chinae aguarela sobre papel. 59, 5x42cm. Col. Maria Arlete Alves da Silva.

Corria o último trimestre do ano de 2006, aproximava-se a celebração natalícia, já fazia frio e o frenesim das pessoas adensava-se nas ruas com a proximidade da quadra festiva. Este era o ano de todos os anos para mim, estava no 5º ano do curso de Psicologia, os sonhos fervilhavam na minha mente, tinha iniciado a monografia e o estágio numa unidade hospitalar. Tomei a decisão em conjunto com o meu orientador de trabalhar a questão depressiva e a sua possível relação com a doença auto-imune. Depois de escolher a associação representativa da referida doença e de ter sido aceite, iniciei o estudo de caso com uma paciente que tinha sido diagnosticada com a doença. Eram tempos de grande agitação, um tempo decisivo e de repente, estava ali sentado em frente a uma mulher

nova, em grande sofrimento, o diagnóstico era recente, a dor e o sofrimento apresentado deixavam-me profundamente triste. Os nossos encontros iam correndo bem, sentia de alguma forma que estava a ajudar aquela mulher, até que em determinado momento, passou-se algo para o qual não estava preparado, nem no âmbito da faculdade nem do estágio clínico me tinham preparado para a questão que surgiu em sessão - a transferência erótica. Tal como refere Blechner (2009, p. 82): “Há um interesse grande na transferência erótica, mas muitos psicanalistas têm medo desse lugar. Vários colegas disseram-me que aprenderam pouco ou nada de útil sobre transferência erótica durante o seu treino para psicanalistas. Isso também era verdade para mim; na verdade, algumas das coisas que me ensinaram, decidi que estavam erradas à medida que ganhava mais experiência”. Sentia, a cada sessão que passava, estar mais ligado àquela mulher. Tinha sido abusada sexualmente em criança, sem que a família a tivesse protegido, antes pelo contrário, e o casamento que tinha, também ele era abusivo. Em determinado momento, perto do final da sessão, a paciente, explicitamente, diz-me: “devíamos passar um fim-de-semana juntos”. Fiquei sem saber o que dizer, tendo feito de conta que não acabara de ouvir o que tinha sido dito, resolvi ignorar.

Na sequência deste episódio tentei reunir-me com o orientador/supervisor que há época não tinha disponibilidade para me atender. Com esperança de que a questão não voltasse às sessões, na sessão seguinte e no final da mesma, já de saída, a paciente pergunta: “afinal quer ou não passar o fim-de-semana comigo, podíamos ir para o Alentejo?”, congelei novamente, terei esboçado um sorriso e saímos. Imagino o quão rejeitada e humilhada se terá sentido, por eu ter “ignorado” o que se estava a passar. Desesperado, falei com um professor que tinha tido, psicanalista, que me deu uma reprimenda afectuosa por não estar a lidar com o que se estava a passar, avisando-me que iria perder a paciente, previsão essa que se veio a efectivar.

De acordo com Flax (2000) estaríamos na presença de uma transferência erótica como repetição de trauma, que representaria uma tentativa de recriar uma cena anterior, a fim de dominar os efeitos traumáticos do abuso sexual parental. Parafraseando o autor: “Embora haja potencial para repetir o trauma

original de sedução e recusa na relação terapêutica, há também potencial para uma resolução apropriada do trauma através do luto.” (Flax, 2000, p.221). Neste caso, nem uma coisa nem outra aconteceu. À distância do tempo percorrido, vejo que uma parte das matérias leccionadas na faculdade, tal como a ausência de um claro suporte de orientação/supervisão, pode retraumatizar as pessoas que tentamos ajudar, por falta de um modelo adequado para o apoio clínico que enfrentamos.

O que pensar então sobre a transferência erótica na relação terapêutica? Ao longo dos anos e de acordo com a experiência que fui adquirindo, de alguma maneira, percebi que a transferência erótica se apresenta de várias formas e tem causas diversas. Uma das formas é a de que a transferência erótica pode ser sentida por parte do terapeuta em relação ao paciente sem que seja resultado da contratransferência, pois de acordo com Pope *et al.* (1986), uma investigação com uma amostra de 585 psicoterapeutas, revelou que 87% (95% dos homens, 76% das mulheres) sentiram-se em algum momento sexualmente atraídos pelos seus pacientes. Isto revela bem a importância do tema e como devemos reflectir profundamente sobre esta questão. Segundo Gabbard (1994, p.387): “Muitas das figuras-chave da história da psicanálise envolveram-se sexualmente com os pacientes que estavam em análise”. Carl Jung manteve um relacionamento de longa data com a sua paciente Sabina Spielrein. Otto Rank e Anaïs Nin tornaram-se amantes depois de começar o seu relacionamento como analista e analisando (Person,1988). August Aichhorn envolveu-se sexualmente com Margaret Mahler quando ela estava em análise com ele (Stepansky,1988). Quando Karen Horney era uma mulher de meia-idade, relacionou-se amorosamente com um candidato masculino muito mais jovem que ela (Quinn,1987). Frieda Fromm-Reichmann reconheceu abertamente que parou de analisar um paciente seu para se casar com ele (Fromm-Reichmann,1989).

Ao escrever este texto, fui-me lembrando dos vários casos que foram acontecendo no meu percurso como psicólogo. Lembro-me, de uma jovem que acompanhei com 21 anos, era virgem, tinha tido uma educação religiosa severa, andou num colégio católico, contou-me um dia: “numa das aulas, o professor (pai) disse-nos, que quando estivéssemos a ter relações sexuais para procriar,

pedíssemos perdão a Jesus Cristo”. A paciente tinha uma relação muito difícil com a mãe, que era muito dependente desta filha, bebia imenso, e que não tinha aceitado a partida do marido. Na relação com o pai, a paciente recorda os tempos em que o pai andava nu pela casa e recorda também, os momentos em que os pais faziam amor. Para além do mais, foi apanhada algumas vezes a masturbar-se com vídeos de pornografia que o pai tinha. Em consequência desse comportamento, era punida e humilhada. O mundo psíquico desta mulher, era povoado por um lugar de interdição, severo e castrador, e simultaneamente, de exposição à cena primitiva e de cenas sexo agressivas (pornografia).

Senti que com o tempo e com a compreensão que oferecia a esta paciente, a ligação foi-se tornando forte. Em determinada altura, e com a mudança de setting, da clínica onde trabalhava para minha casa, a comunicação não-verbal erotizada e sexualizada começou a ser intensa, a forma como quase se deitava numa postura “desafiante”, começou a criar alguma tensão nas sessões. Algo para o qual o meu supervisor me vinha alertando, não só para esta situação, mas para outras que podiam surgir. A paciente passou a trazer os seus cães (dois, um deles, cadela, urinou na sala) desculpando-se com a impossibilidade de os deixar em sua casa sozinhos. Em determinada altura, no decorrer de uma sessão, diz-me: “estou para aqui nesta posição – pernas abertas – e você nada”. Ao que comentei (entre outras coisas): “Essa sua forma de se relacionar comigo, não nos levará a lugar nenhum”. Diria que estaríamos na presença de uma transferência erótica como expressão de um trauma no âmbito da sedução e conseqüente recusa.

Segundo Freud (1915), a transferência erótica constitui-se como um mecanismo defensivo por parte do paciente que pode trazer dificuldades ao processo terapêutico, afirmando mesmo, se o analisando não conseguir perceber essa forma de funcionamento e persistir a terapia deve terminar. Voltando à minha paciente, as minhas interpretações, provavelmente, foram todas ao lado, como refere Krausz (2016) quando fala da experiência que teve com o seu primeiro analista, tinha Krausz vinte e poucos anos, recordando que quando sentiu coragem para falar dos seus sentimentos face ao analista, o terapeuta disse-lhe: “Bem, você terá que aprender que nem sempre pode ter o que quer e, que tem que desistir do que não está disponível para si.” (Krausz, 2016, p.26). Refere a

autora que ficou envergonhada e a transferência erótica desapareceu, mas como diz, apesar de ter desaparecido do discurso, não teve oportunidade de ser simbolizada. Acrescenta que numa segunda análise, o mesmo se passou; quando surgiu uma oportunidade de análise da transferência erótica o analista disse: “Você sexualiza tudo”. A autora diz: “Apesar de ter consciência de que eu queria discutir o significado das minhas fantasias em vez de efectivar qualquer questão sexual, a resposta fez-me sentir que eu estava tentando seduzi-lo. A humilhação resultante, mais uma vez, fez a transferência desintegrar-se. Como o analista estava utilizando a técnica clássica de interpretar a transferência erótica como resistência, ele perdeu a oportunidade de explorar o significado da sexualização que ele mesmo observou.” (Krauz, 2016, p.27).

Segundo Flax (2000, p.221), a transferência erótica pode ser expressa, como já referi, em resultado de um trauma real ou fantasiado, como expressão de uma hostilidade: “A transferência erótica pode ser uma tentativa de recriar uma cena anterior para dominar os efeitos traumáticos da sedução parental acompanhada de recusa.” Para Kumin (1985), os aspectos destrutivos do desejo levam a uma situação em que a transferência erótica é experimentada como “horror erótico”. Freud (1915) sugeriu que um paciente poderia querer destruir a autoridade do médico, levando o médico a ser seu amante. Pacientes do sexo masculino podem querer reduzir a terapia a um “pagamento por serviços” de prostituição (Flax & White, 1998) como forma de reduzir o poder do/a terapeuta. De acordo com Gornick (1986, p. 321, “na transferência de pacientes do sexo masculino para terapeutas, a fusão de sentimentos hostis e sexuais é comum” como mecanismo de defesa, provavelmente o mais descrito na literatura. Será esta a força motriz que alimenta o desejo do paciente, a fim de realizar as suas fantasias, cancelando completamente a percepção do objecto real (com as suas qualidades e defeitos). Nesse sentido, a erotização da transferência é uma negação das realidades internas e externas. É uma fuga da realidade que leva a atribuir apenas qualidades positivas e ideais ao objecto, e pode tornar-se uma verdadeira ilusão; a transferência que expressa as relações edípicas, segundo vários autores, uma das formas mais comuns de transferência, que encena as questões edípicas, que nas palavras de Marucco (1997) serve para evitar o perigo de se idealizar o objecto, o autor sugere que a sexualidade edípica devesse desenrolar na transferência erótica,

com o analista, em alguns momentos, assumindo o lugar do objecto pré-edípico; a transferência erótica como reflexo de uma relação de objecto interno mostra-nos de que forma os objectos internos do paciente se organizam e se construíram, e, como se relacionam através da transferência nas relações de objecto do paciente.

Assim sendo, a transferência erótica abre o caminho para uma compreensão mais rica do mundo do objecto interno do paciente; a transferência erótica usada ao serviço das necessidades narcísicas. Coen (1981) e Wolf (1994) afirmam que a sedução sexual e a fantasia são usadas para se proteger contra a perda de coesão e sentido de si mesmo – para evitar os perigos da auto-fragmentação; a transferência erótica como um modo de expressar e manter a ligação (Coen, 1981; Eber, 1990). A ligação erótica também pode ser vista como uma maneira de manter o vínculo com o objecto. Eber (1990), citado por Flax (2000), considera a transferência erótica como uma tentativa criativa de resolver um dilema no campo intersubjectivo da análise – uma tentativa de preservar o laço analítico numa atmosfera de desafinação analítica; a transferência erótica surge como expressão de temas pré-edípianos, segundo Wrye e Wells (1994), com a descrição que fazem em relação ao erotismo, surge em resultado do vínculo mãe-bebé, e que emerge na transferência em termos de sentimentos sobre o contacto corporal ou fantasias do corpo do terapeuta. A atenção à “transferência erótica materna” pode ser um fenómeno transformador no tratamento psicanalítico, afirmam eles.

Várias são as perspectivas sobre a transferência erótica. Para Blum (1973) o paciente procura de uma forma intensa relacionar-se com o terapeuta através da transferência erótica, de uma forma irracional, com o objectivo de ser amado e de dar expressão à sua sexualidade com o analista. Já Langs (1974, citado por Flax, 2000, p.209): “vê a transferência erotizada como uma forma particular de amor de transferência, afirmando que é um subtipo de transferência narcísica ou limítrofe. Ele sugere que as necessidades inconscientes do analista podem levar a uma má aliança na qual as exigências eróticas edípianas do paciente são evocadas pela sedução do analista.”

O pensamento psicanalítico tem sofrido transformações ao longo do tempo em relação à transferência erótica. Assim, tem-se passado de uma visão claramente

edipiana para dar mais atenção às funções defensivas, relacionais e narcísicas, como já referenciado no início do texto. Defesas essas, que correspondem à tentativa dos pacientes para evitar a perda da auto-coesão, para manter o vínculo com o objecto (Coen, 1981; Wolf, 1994). Já Gabbard (1994) fala de uma transferência erótica carregada de agressividade. Num dos seus vídeos no *YouTube - Managing Transference*, Gordon (2017) mostra Gabbard com uma paciente com estas características. O autor refere que normalmente a transferência erótica está associada a um desejo por parte do paciente de gratificação sexual que pode estar ao serviço do sadismo e da agressão. Citando Stoller (1979, p.6): “que o desejo de prejudicar ou degradar é um componente forte da maioria das excitações eróticas, e que na base dessa hostilidade está uma tentativa de desfazer os traumas infantis que ameaçavam o desenvolvimento da masculinidade e feminilidade”. Parece então haver, segundo Kumin (1985), duas componentes — a sexualidade e a agressividade — que resultam da identificação com o objecto materno amado, mas ambivalente, que contribuem para a transferência erótica.

Para Wrye e Wells (1989,1994) o foco da transferência erótica está na dimensão pré-edipiana, a relação que mãe e bebé estabelecem através de um vínculo sensual e das fantasias corporais associadas poderá surgir na dupla analítica, nomeadamente, em relação ao corpo do terapeuta. Para Bollas (1994) a transferência erótica constitui-se como uma oportunidade para que a ligação se estabeleça entre paciente e terapeuta, permitindo aceder às representações significativas da mesma. Como sabemos, o espaço de encontro que oferecemos aos nossos pacientes, a forma como os acolhemos, a compreensão que damos ao seu sofrimento, a experiência de mutualidade, resulta seguramente em algo experienciado como novo e que inevitavelmente se traduzirá numa idealização do espaço da relação, idealização essa, que me parece normal e desejável para o sucesso do processo terapêutico. Poderíamos até dizer que transitamos de um espaço de uma dependência infantil em alguns casos para uma dependência madura.

Stefana (2017) alude à diferença entre a idealização normal, que segundo ele, é um processo transitório que acontece num primeiro momento do encontro, isto é, a pessoa apaixonar-se dando depois lugar, a uma desilusão gradual, que levará,

em princípio, ao amor maduro. Já na idealização patológica, refere o autor, os pacientes: “(...) tendem a apaixonar-se por algo que não existe em vez do que existe - numa circunstância que envolve idealização... falo de um uso excessivo do mecanismo de idealização que se espalha por todas as várias relações objectais significativas que caracterizam a vida de um determinado adulto...o problema é que a idealização é um mecanismo de defesa primitivo... tudo isso implica que esses indivíduos em particular não podem estabelecer relações objectais reais e maduras porque estão sempre relacionados a uma imagem ideal, ou seja, algo que não está lá. Além disso, devemos lembrar que o destino dos objectos idealizados é o de serem finalmente desvalorizados. Quanto maior a idealização, mais radical será a desvalorização.” (p. 505 - 506).

Como já observamos, a transferência erótica pode ser resultado dos períodos pré-edípicos (relação mãe-bebé), edípico (triangulação: criança, mãe e pai), mas também de um período pós-edípico. Percebemos, então, que talvez a psicanálise tenha sido fundada na tentativa de provar a existência e a centralidade do desenvolvimento da sexualidade infantil o que, provavelmente, terá levado os analistas para o pressuposto de que quando sentimentos sexuais surgem em sessão, significam desejos infantis não resolvidos (Davies, 1998). Segundo a autora: “como se, portanto, existissem apenas para o paciente e não para o analista (que presumivelmente trabalhou com esses derivados patológicos) e, finalmente, como se uma análise bem-sucedida desses conflitos infantis levasse à dissolução dessa dimensão interpessoal erótica do trabalho psicanalítico. A minha própria experiência como paciente, analista e supervisora, sugere que nada está mais longe da verdade. Que a intimidade sustentada do processo psicanalítico muitas vezes leva a uma dimensão erótica que não pode e não deve ser automaticamente infantilizada e patologizada; que tais sentimentos podem ser tão fortes (ou ocasionalmente mais fortes) para o analista quanto para o paciente; que o efeito desses sentimentos varia do intrinsecamente inquietante ao perigosamente esmagador e desorientador; e, finalmente, que o esclarecimento de inibições ou sintomas mergulhados em conflitos infantis muitas vezes leva à rica eflorescência, não ao desaparecimento, do desejo apaixonado na relação analítica. Aqui há uma liberdade de experimentar os aspectos do desejo sexual e da fantasia erótica que fazem parte das auto-

experiências emergentes encontradas pela primeira vez dentro dos limites relativamente seguros do espaço analítico, experiências que haviam sido neuroticamente encerradas, e, portanto, não elaboradas no passado.” (p.752).

Harold Searles (1959, 1979), para a época em que viveu foi ousado, afirmando que a contratransferência erótica (o analista desenvolver interesse sexual em relação ao seu analisando) poderia induzir poderosas mudanças psíquicas nos pacientes. Já Eber (1990), afirma que a transferência erótica é frequentemente vista como decorrente de uma desafinação na relação terapêutica. Por outro lado, Stefana (2017) refere que, não se tratando de um quadro psicótico, a responsabilidade de uma transferência erótica sexualizada é quase sempre da responsabilidade do analista pela incapacidade em lidar com a situação, não só pelo conluio inconsciente que pode ter existido, mas também por necessidades próprias do analista, os seus comportamentos e atitudes poderão ter levado a esta situação, ainda assim, reconhece que por vezes, há casos em que tais circunstâncias ocorrem independentemente do funcionamento analítico do terapeuta.

No entender de Ferenczi (1933), no seu famoso texto “Confusão de Línguas”, as seduções incestuosas estariam presentes no universo da criança, o amor que sentem, as fantasias lúdicas (papel maternal em relação ao adulto) que se estabelecem sempre ao nível da ternura, mas o problema surge quando o adulto confunde as brincadeiras infantis com desejos de uma pessoa que já atingiu a maturidade sexual, deixando-se arrastar para práticas de actos sexuais. Ou seja, o terapeuta poderá ter confundido a declaração de amor terno do paciente como estando impregnada de um componente erótico. Nesse sentido, segundo Stefana (2017, p. 507) “a transferência erótica, especialmente do tipo amoroso - uma forma clínica baseada num nível maduro do complexo de Édipo -, é uma maneira de defender o objecto/analista da agressão, ódio, hostilidade, ambivalência e desvalorização, sentimentos esses que estão enraizados nas experiências traumáticas de privação, perda, depressão, sedução e manipulação. A transferência erótica é, portanto, uma expressão da dor originada em frustrações precoces, mas também é uma tentativa benigna de relembrar essas necessidades. Essa dor representa uma emoção outrora reprimida que pode

finalmente encontrar expressão no aqui e agora da sessão analítica. No implícito da transferência erótica está a necessidade desesperada de estabelecer um vínculo vital com o objecto primário e regredir para uma relação de objecto narcísico ou para um estado de fusão de auto-objecto (objecto ideal).”

Segundo Balint (1949), a transferência erótica representaria uma tentativa por parte dos pacientes de regressar a um estado fusional, com o objectivo de alcançar um novo começo, isto é, de uma dependência infantil para uma dependência madura, separada do outro. Acrescentar que segundo Bollas (1987; como citado em Stefana, 2017) o conhecido não pensado, reveste-se de grande importância, pois “quanto mais graves tenham sido as privações precoces do sujeito, mais sensível será às respostas afectivas do clínico. Estabelecer essa nova relação real com o clínico, absorver o impacto emocional que isso acarreta, reconhecer sentimentos sem fugir deles, pode inicialmente transformar o mundo interno e, em seguida - pelo menos potencialmente - o mundo externo do paciente.” (p.508).

Como temos observado até aqui, várias são as teorias, as formas e o pensamento dos mais variados autores sobre a transferência erótica. Gostaria de falar um pouco sobre a auto-revelação e a implicação que a mesma pode ter. De uma forma geral, muito se tem discutido sobre este tema, uns acreditam que é inútil e mesmo contraproducente, outros usam-na só em momentos muito particulares, outros ainda, fazem dela diariamente uma ferramenta preciosa para o trabalho analítico. No que concerne à minha experiência como analisando, posso dizer-vos, que na minha primeira análise, a auto-revelação terá sido um dos momentos mais importantes do processo terapêutico, era um momento muito particular, onde tinha tomado uma difícil decisão sobre o meu futuro e que, naturalmente, me deixou ansioso. A auto-revelação do analista tranquilizou-me imenso. Na segunda análise, o uso da auto-revelação é natural e faz parte da dupla analítica, o que tem sido profundamente transformador. No trabalho com os meus pacientes, uso a auto-revelação. Em alguns momentos senti que foi muito importante, já noutros pode ter gerado algumas dificuldades.

No que diz respeito à transferência erótica, como usá-la no trabalho analítico? Será possível fazê-lo? A auto-revelação terá espaço? Como sabemos, este é uma

área muito difícil de trabalhar. Isto é, aquilo que o paciente apresenta na relação connosco, o que nos é dito, a forma como os pacientes usam o espaço da relação, o não verbal, o que nós vamos sentindo em relação aos pacientes, o que nos leva - atendendo a todos estes factores - a pensar que este é um campo minado e que pode gerar tensões a qualquer altura.

Segundo Stefana (2017, p.509), “A actuação assume diferentes formas, desde as simulações de orgasmos (através de suspirar, gemer e tremer o corpo) até à realização de um striptease, desde a masturbação até uma tentativa de contacto físico real com o analista (procurando gratificação sexual). Nesses casos de transferência erótica com actuação sexual, é um problema técnico altamente relevante, os pacientes não ouvem o que lhes é dito.” Neste sentido, como o autor refere, é com grande dificuldade que se lida com esta área, fundamentalmente quando o/a paciente coloca a questão de querer saber se o analista tem sentimentos eróticos ou não por ele/ela. Será, seguramente, importante que o paciente saiba que impacto está a ter no analista, o que poderá ser transformador, porque, de alguma forma, todo o processo que se vai estabelecendo na relação terapêutica funciona de alguma maneira como uma auto-revelação por parte da subjectividade do terapeuta (Renik, 1995a). A questão que se coloca é a de saber o que pode e deve ser dito.

Segundo Gabbard (1996), de acordo com a sua experiência enquanto supervisor, muitos analistas utilizam a auto-revelação sobre o desejo que têm, como forma de tentar reforçar a auto-estima dos seus pacientes, afirmando que muitos dos seus pares lhe dizem que os pacientes, de alguma maneira, sentirão provavelmente o desejo que o terapeuta terá. Portanto, o melhor será mesmo ser-se autêntico e genuíno face ao que se sente e pensar em conjunto o porquê desta situação.

Analistas como Davies (1994) e Knoblauch (1995) defendem claramente a divulgação de tais sentimentos face aos pacientes, afirmando que, se de uma forma geral se trabalha com a contratransferência na dupla analítica, por que razão não o fazer com a transferência erótica? Argumentando que a inacção ou rejeição projectiva poderá dificultar o processo analítico. O que Gabbard

afirma é que existe um meio caminho entre a auto-revelação verbal explícita e a inação ou rejeição. Referindo-se a Ehrenberg (1994), que sempre foi favorável à auto-revelação, diz que no caso do desejo sexual é um procedimento contra analítico. Mais, os sentimentos sexuais são fundamentalmente diferentes de outros sentimentos de contratransferência (Gabbard, 1994b; Maroda, 1991). Como implícito acima, ao invocar a analogia da situação pai-filha, a divulgação de sentimentos sexuais em relação a um paciente está perigosamente próxima de violar o tabu do incesto...relatos na literatura envolvendo a auto-revelação de tais sentimentos sugerem que há algo intrinsecamente esmagador ao ouvir que o analista está sentindo desejo sexual por contratransferência (Gorkin, 1985; Maroda, 1991), e que os pacientes, ouvindo esses relatos, geralmente responderam muito mal, muitas vezes com terror e confusão. Outra dimensão do problema pode ser a de que sentimentos sexuais (mais do que outros sentimentos) podem implicar alguma forma de acção, pelo menos do ponto de vista do paciente. Assim, a divulgação de tais sentimentos pode comprometer o senso de segurança do paciente na relação analista-paciente. É importante ressaltar o ponto de vista de Modell (1991) de que a assimetria no cenário analítico não é uma assimetria do desejo, mas uma assimetria em relação à comunicação do desejo. É essa característica que demarca a relação analítica de outras relações íntimas.

Partilho agora convosco o caso de uma paciente de 44 anos que ainda acompanho, que chegou ao consultório desesperada porque não conseguia engravidar, nem através de relações amorosas que tinha tido até então, nem por procriação medicamente assistida. O sofrimento era imenso, recordo-me de cada momento do relato da sua história, com uma mãe profundamente desinvestida, com um pai fraco, a paciente sempre viveu desprotegida e nada securizada. No infantário, não queria voltar para casa, rejeitava sempre a mãe, que em vez de pensar a razão para tal comportamento, a deixava lá até ao limite do tempo. Muitas vezes, passava o fim-de-semana com as educadoras, que adoravam aquela menina. A paciente, sentia que, de alguma forma, seduzindo-as teria a atenção e o amor das mesmas, já que os seus pais nada tinham para dar. Esta era uma mãe morta, no conceito de Green (1986) que, apesar de se manter fisicamente viva, se encontra psiquicamente morta aos olhos da paciente.

Numa festa de final de ano, onde a paciente iria declamar um poema, tinha ela oito anos, nem pai nem mãe apareceram e, quando regressou a casa, observou que os pais estavam a ver televisão, perguntando-lhes: “porque não foram ver a minha apresentação?”, ao que os pais terão respondido: “esquecemo-nos”. Tudo na vida desta paciente foi duríssimo, é a filha do meio, sempre sentiu que teria que ser boa aluna para fugir daquele mundo tão frágil e de grande sofrimento. As suas relações amorosas sempre se pautaram pelo insucesso, as suas escolhas recaiam sempre sobre homens fracos, desinvestidos, rejeitantes e com uma forte componente (des)protectora. O sucesso que ia tendo era no doutoramento, ainda assim, com uma (des)orientadora que era uma narcísica perversa, sem empatia, profundamente sedutora, que depois despreza, que não tolera o contraditório, sempre demonstrando um nível de superioridade arrasador, sempre centrada nela própria. Conforme o tempo foi passando, senti que estava mais próximo desta paciente. Observava esta mulher e sentia-a desvitalizada, desejava que algo acontecesse em resultado do nosso encontro. A forma como se via, sempre desinteressante e a envelhecer, nada nela era vitalidade, nem maternalizável, estava morta por dentro e por fora. Recordo-me que um dia, enquanto corria no ginásio, ter me dado conta de uma cantora que descobri inusitadamente e que me fazia lembrar esta paciente, não só pela semelhança física, mas também pela letra da canção, cantava maravilhosamente, a música era de Lauren Daigle “You Say” que iniciava com esta frase: “Eu luto contra vozes na minha cabeça que me dizem que não sou o suficiente” e toda a letra me fazia sentido com tudo o que ia conhecendo dela. Resolvi partilhar com ela o episódio e os meus pensamentos sobre o que tinha vivido.

Entretanto, a paciente preparava-se para mais uma tentativa de engravidar, estávamos expectantes face ao que se ia passar, o desejo era imenso, o prazo encurtava-se, a idade, inexoravelmente caminhava sem dar tréguas, mas mais uma vez não engravidou, ela estava profundamente triste e angustiada, eu, desorientado, triste e ansioso, valendo-me mais uma vez o meu supervisor que me ajudou a tranquilizar. Na sequência deste momento, a paciente arranja outra colega para a acompanhar e conta-me o sucedido, dizendo que julga que neste momento é importante para ela ter uma outra voz, e que isso não implica terminar a nossa viagem. Provavelmente, eu não estaria a ser capaz de lhe dar

o conforto, a segurança e a protecção que seria necessário neste momento, poderia estar mais focado no meu fracasso em maternalizar psiquicamente esta mulher, ou talvez, ela sentisse que de alguma forma precisava de nos proteger aos dois, talvez a nossa ligação estivesse tão forte que ela sentiu que eu tinha ficado profundamente triste com este momento e quisesse, de alguma maneira, aligeirar o peso da dor que tínhamos em sessão.

Nesta fase do processo terapêutico, sonhava imenso com ela, eram todos sonhos de ligação, via-me junto dela grávida, o bebé já nascido, e eu de alguma forma como cuidador. Até que numa sessão, num momento em que se aproximava nova tentativa, num total devaneio, recordei o filme, Amigos de Alex, de Lawrence Kasdan, filme que retrata a história de sete ex-colegas da universidade, que se juntam novamente pela morte de um outro amigo e colega que se tinha suicidado. Entre muitos enredos, há uma história, perto do fim, em que um casal (Glenn Close e Kevin Kline), resolvem ajudar uma das suas amigas (Mary Kay Place) a pedido de Glenn Close, para que o seu marido dormisse com ela com o objectivo de a engravidar. Dei por mim a pensar neste devaneio, que simbologia, e no que estaria a representar na relação analítica que estávamos a construir. O que representaria o suicídio no filme e o não sucesso da gravidez. Estava a pisar terrenos minados, o que desejaria eu, colocar-me no lugar de Harold (personagem interpretada por Kevin Kline)? O sofrimento e as expectativas da paciente eram cada vez maiores e desesperadas, o tempo encurtava-se, a possibilidade de repetir o processo de inseminação era cada vez mais diminuto não só pela idade, mas também pelo tempo que teria que mediar entre uma e outra intervenção. De alguma forma, fui sentindo que gostava cada vez mais desta paciente, achava-a cada vez mais bonita, mais elegante, mais atractiva. Curiosamente, ia-me trazendo conchas de uma praia por onde veraneava regularmente. Em determinado momento, percebi que o que me trazia eram partes do seu *self*, que não estavam coesas, estariam desligadas e necessitavam, num primeiro momento, que eu em conjunto com ela as uníssemos, para que depois pudéssemos criar um terceiro elemento, no sentido de Ogden (1994). Segundo o autor, este é principalmente utilizado como um veículo para a compreensão da experiência consciente e inconsciente do analisando (o analisando e o analista não estão envolvidos num processo democrático de análise mútua).

O conceito de terceiro analítico fornece uma estrutura de ideias sobre a interdependência de sujeito e objecto, de transferência e contratransferência, que auxilia o analista nos seus esforços para atender de perto e pensar claramente sobre a miríade do intersubjectivo clínico. Factos que ele encontra, sejam eles divagações aparentemente egoístas da sua mente, sensações corporais que aparentemente não têm nada a ver com o analisando, ou qualquer outro campo analítico, ou objecto gerado intersubjectivamente pelo par analítico. Em resultado do que íamos criando - julgo eu - finalmente a paciente estava grávida. A alegria era imensa, mas o medo também, ela tinha receio de que a gravidez não chegasse a termo. Foram momentos muito difíceis, de grandes angústias, ainda assim, julgo que estaríamos seguros e fortes ao ponto de conseguir que desta vez fosse uma realidade. E assim foi, a bebé nasceu saudável, no dia e no mês em que eu nasci. Como imaginário, o simbolismo de tudo isto fez-me lembrar dois autores: o primeiro, Ogden (2010, p.17) "A psicanálise é uma experiência emocional vivida. Como tal, ela não pode ser traduzida, transcrita, registada, explicada, compreendida ou contada em palavras"; o segundo, deixou-me a pensar, e muito, no papel que temos enquanto parceiros de viagem com as pessoas que nos procuram e pedem ajuda, tento sempre recordar um pensamento atribuído a Jung, que referia ser importante conhecer a teoria, dominar a técnica, mas ao recebermos em consulta o outro, sermos apenas outra alma humana.

Comentário Final

Como se percebe, este é um tema que exige de todos nós uma profunda reflexão e que deve ser considerado no âmbito da formação para os futuros psicoterapeutas. Pelos vários artigos que fui lendo, percebi que ainda grassa por alguns meios psicanalíticos a ideia de que uma análise se inscreve num modelo de uma só pessoa, sabendo nós que existindo alguma assimetria no encontro analítico, ainda assim a negação vigente em muitos analistas no que concerne à transferência e contratransferência erótica, só pode resultar das suas próprias defesas e resistências em entrar em contacto com o modelo de duas pessoas em análise. Segundo Krausz (2016, pág. 27): "Afinal, a mãe empática dirá ao seu filho apaixonado, em idade edipiana, que ela não se pode casar com ele porque já é casada com seu pai e que ele verá quando crescer que será melhor para ele casar-se

com alguém da sua idade. O ponto importante aqui é que ela deve levar a sério a sua declaração de amor, em vez de humilhá-lo por causa disso. Uma resposta humilhante a uma declaração de amor é uma falha em abranger mentalmente a dimensão da perda e do luto inerente à plena expressão do desejo humano.”

Para mais, se olharmos para a relação analítica com todos os novos conceitos que vamos conhecendo, o que seria razoável seria estender a um modelo de três pessoas (Kulish, 2011), onde a triangulação, pudesse ser vivida como legitimação teórica, para uma melhor compreensão da transferência e contratransferência eróticas facilitando, segundo Elise (2002), os sentimentos eróticos do paciente, bem como os seus, dentro do contexto de aceitar que essa interação analítica é comum, esperada e eventualmente desejada. Permitir que os pacientes alcancem um novo começo (Balint, 1949), reconhecendo que há algo que se conhece, mas que ainda não foi pensado (Bollas, 1987). Penso que este e outros temas da nossa maravilhosa profissão, com que nos confrontamos quotidianamente, merecem um lugar de partilha entre pares, não deveríamos estar sós, fundamentalmente nesta temática. Acrescentar, que as análises pessoais e as supervisões são importantíssimas no âmbito da transferência erótica, deverão ser securizantes e protectoras, ajudando a construir uma identidade analítica segura, e, fundamentalmente, uma garantia para os nossos pacientes.

Referências

Balint, M. (1950) Changing Therapeutical Aims and Techniques in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 31,117-124.

Blechner, M. J. (2009). Erotic and Antierotic Transference. *Contemporary Psychoanalysis*, 45, 82-92.

Blum, H. (1973). The concept of the erotized transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21,61-76.

Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object*. Free Association Books.

Bollas, C. (1994) Aspects of the Erotic Transference. *Psychoanalytic Inquiry*, 14,572-590.

Coen, S. J. (1981). Sexualization as the predominant mode of defense. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 893-920.

Davies, J. M. (1994). *Love in the Afternoon: A Relational Reconsideration of Desire and Dread in the Countertransference*. *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 153-170.

Davies, J. M. (1998). Between the Disclosure and Foreclosure of Erotic Transference-Countertransference: Can Psychoanalysis Find a Place for Adult Sexuality?. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 747-766.

Eber, M. (1990). Erotized transference reconsidered: Expanding the countertransference dimension. *Psychoanal. Rev.*, 77 (1), 25-39.

Ehrenberg, D. B. (1994). Reply to reviews by Barrett, Blechner, and Schwartz of *The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction*. *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 303-316.

Elise, D. (2002). Blocked creativity and inhibited erotic transference. *Studies in Gender and Sexuality*, 3, 161-195.

Ferenczi, S. (1933). *Confusion of tongues between adults and the child*. In M. Balint (Ed.), *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*, E. Mosbacher (Trans.) London: Hogarth Press, 1955, (reprinted London: Karnac Books, 1994)

Flax, M. (2000). The Tapestry of the Erotic Transference: Weaving the Threads. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 8, 207-232.

Flax, M. & White, J. G. (1998). The Erotic Spell: Women Analysts Working with Male Patients. *Gender and Psychoanalysis*, 3, 5-31.

Freud, S. (1915). Observations on Transference-Love (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis III). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 12, 157-171.

Fromm-Reichmann, F. (1989). Reminiscences of Europe, In *Psychoanalysis and Psychosis*, A. Silver. (Ed.), Int. Univ. Press, 469-481.

Gabbard, G. O. (1994). On Love and Lust in Erotic Transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 385-403. <https://doi.org/10.1177%2F000306519404200203>

Gabbard, G. O. (1994b). Commentary on papers by Tansey, Hirsch, and Davies, *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 203-213. <https://pep-web.org/search/document/PD.004.0203A>

Gabbard, G. O. (1996). *Love and Hate in the Analytic Setting*. Northvale, NJ: Jason Aronson. ISBN-10 0765702916

Gordon, R. M. (2017, fevereiro 8). Managing Transference (Vídeo). Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=8ZT5-n7Tjlc>

Gorkin, M. (1985). Varieties of sexualized countertransference. *Psychoanal. Rev.*, 72, 421-440.

Gornick, L. K. (1986). Developing a new narrative: The woman therapist and the male patient. *Psychoanal. Psychol.*, 3(4), 299-325.

Green, A. (1986). The dead mother. In *On Private Madness*. Original publication "La mère morte" in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Éditions Minuit, 1983, 222-253.

Knoblauch, S.H. (1995). To speak or not to speak? How and when is that the question? Commentary on papers by Davies and Gabbard, *Psychoanal. Dial.*, 5, 151-155.

Krausz, R. (2016). Can We Transcend the Next Taboo? When the Analyst Avoids the Erotic Transference and Erotic Counter-Transference. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 24, 24-50.

Kulish, N. (2011). Obstacles to Oedipal passion. *Psychoanalytic Quarterly*, 80, 3-32.

Kumin, I. (1985). Erotic horror: Desire and resistance in the psychoanalytic situation. *Int. J. Psychoanal. Psychother.*, 11, 3-20.

Langs, R. J. (1974). *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*, vol. 2. Aronson. ISBN 10: 0876680643

Maroda, K. (1991). *The Power of Countertransference*. Wiley. ISBN-10: 0471926264

Marucco, N. C. (1997). The Oedipus complex, castration and the fetish: A revision of the psychoanalytic theory of sexuality. *Int. J. Psycho-Anal.*, 78, 351-355.

Modell, A. H. (1991). The therapeutic relationship as a paradoxical experience *Psychoanal. Dial.*, 1, 13-28.

Ogden, T. H. (1994). The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 75,3-19.

Ogden, T. H. (2010). *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Artmed. ISBN:10 8536322330

Person, E. S. (1988). *Dreams of Love and Other Fateful Encounters: Romance in Our Time*. Norton. ISBN: 0393025276

Pope, K. S., Keith-Spiegel, P., & Tabachnick, B. G. (1986). Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist*, 41(2), 147-158.

Quinn, S. (1987). *A Mind of Her Own: The Life of Karen Horney*, New York: Summit Books.

Renik, O. (1995b). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure *Psychoanal. Quarterly*, 64,466-495.

Searles, H.F. (1959). Oedipal Love in the Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 40,180-190.

Searles, H.F. (1979). *Countertransference and Related Subjects*. International Universities Press.

Stefana, A. (2017). Erotic Transference. *British Journal of Psychotherapy*, 33, 505-513.

Stepansky, P. F. (1988). *The Memoirs of Margaret S. Mahler*. Free Press.

Stoller, R. (1979). *Sexual Excitement: Dynamics of Erotic Life*. Pantheon.

Wolf, E. S. (1994). Narcissistic lust and other vicissitudes of sexuality. *Psychoanal. Inq.*, 14 (4), 519-534.

Wrye, H. K., & Wells, J. K. (1989). The maternal erotic transference. *Int. J. Psycho-Anal.*,70, 673-684.

Wrye, H. K., & Wells, J. K. (1994). *The Narration of Desire*. Analytic Press.