

## **Desigualdades sociais, transformações internas**

Em meu país, o Peru, os altos índices de pobreza, informalidade, corrupção em todas as esferas da sociedade e um sistema judicial que não protege seus cidadãos são elementos que fazem parte de nossa identidade. Por isso, não podemos esquecer que fatores sociais e culturais são aspectos a serem considerados na construção de nossa subjetividade. Nosso nascimento como república carrega as marcas de séculos de dominação espanhola e injustiça social. Raiva, dor, ressentimento, medo e vergonha são aspectos que nos constituem e que, portanto, não podemos ignorar em nosso trabalho psicanalítico.

Muitos dos pacientes que procuram nosso consultório hoje são jovens migrantes que geralmente vêm de ambientes sociais muito carentes, onde problemas de saúde mental estão presentes. Quando crianças, sofreram a ausência e a falta de proteção dos pais, que, imersos na luta diária pela sobrevivência, costumavam não estar disponíveis para acompanhar o crescimento emocional dos filhos. Na minha prática clínica constato que muitos deles sofreram situações de abuso físico, incesto, estupro e abandono prolongado pelos mesmos pais / adultos que deveriam ter cuidado deles. Dá até a impressão de que quanto mais crítica é a situação econômica de uma família, mais violentas são as relações entre pais e filhos.

Ao migrar para a cidade, esses jovens enfrentam um segundo desamparo. O Peru infelizmente é um país muito racista. Como diz Jorge Bruce (2007), “ninguém no Peru pode escapar dos efeitos da ideologia racista, tanto no plano intersubjetivo quanto na conformação de sua identidade” (p. 111). Em muitos casos, a cidade não é um espaço continente, pois não os recebe nem os acolhe por serem "provincianos".

Tornar-se analista em um país como o meu exige que estejamos abertos para entender os problemas dos pacientes que vêm de origens sociais / culturais com muitas deficiências materiais, de uma forma particular de se referir ao mundo das emoções e com grande propensão ao acting out ou a passagem ao ato. Sem

generalizar, César Rodríguez Rabanal considera que “a literatura sobre as condições de vida na pobreza extrema é até certo ponto reiterativa: a quantidade de privações tende a afetar a formação da personalidade... Parece que as condições de vida marcadas pela pobreza e sucessivos traumas são o terreno fértil no qual germinam personalidades que cedo recorrem ao desenvolvimento de 'estratégias de sobrevivência' ”(p. 39-40).

Usando livremente uma ideia de Bion, parece que esses jovens viveram em uma sociedade infestada de elementos beta na qual seus membros têm pouca capacidade de alfabetizar suas experiências e, ao contrário, evacuam violentamente a dor, a angústia, a frustração e o ódio. Embora também tenhamos crescido com nossas próprias experiências traumáticas e dolorosas, em muitos casos difíceis de elaborar e que, por sua vez, tendemos a atuá-las, o encontro emocional com um paciente que foi exposto a muita violência e um ambiente familiar negligente, provoca respostas contratransferenciais intensas no analista. A raiva e a humilhação que o paciente experimentou em sua vida agora são transferidas para o analista para serem pensadas, elaboradas e contidas.

Na perspectiva kleiniana, nascemos com uma carga inata de pulsão de morte que se manifesta desde o início da vida. Essa base constitucional destrutiva pode ser diminuída se o bebê for recebido por um ambiente razoavelmente saudável. Quando, ao contrário, há muita falta ou quando os estados de frustração se prolongam, as quantidades inatas de agressividade se multiplicam (Kristeva, 2013). O que acontece quando recebemos um paciente que viveu em um ambiente muito carente emocionalmente e até mesmo negligente? Que coisas, via identificação projetiva, esse paciente vai transferir e como vamos processar internamente esse acúmulo de experiências dolorosas quando elas têm um impacto traumático sobre nós? Como nos recuperamos desses estados emocionais turbulentos para ajudar nossos pacientes a crescer?

Considero que a desigualdade social (tão marcada em meu país) é um elemento importante que permeia a relação analítica e que muitas vezes é preciso trabalhar porque tanto o paciente quanto o analista trazem seus próprios preconceitos e suas próprias crenças tingindo o cenário vincular de uma maneira

particular. Nesses casos, nossa ferramenta mais importante é nossa função analítica. Por exemplo, se um analista com um paciente que traz uma grande quantidade de destrutividade recebe suas projeções e as processa dentro de uma lógica esquizoparanóide, ele provavelmente não pode ser tão receptivo ou permeável. Além disso, se nos sentimos ameaçados e interpretamos as ausências ou desaparecimentos de um paciente como ataques pessoais, há menos chance de desenvolver uma função de *reverie*.

Somente quando nos damos conta do que não podemos tolerar no outro (o paciente, mas também em nós mesmos) ou o que não podemos escutar e por que, podemos começar a transformar nossa escuta defensiva, preconceituosa e superegoica em uma escuta aberta, tolerante e receptiva. Talvez seja a isso que Bion se referia quando sugeriu estar com o paciente sem memória e sem desejo.

A paciente que gostaria de comentar aqui via sua analista como uma pessoa distante e incapaz de compreender suas dificuldades, porque estava convencida de que sua analista não teve uma vida difícil como a dela. Criticava o lugar privilegiado em que ficava seu consultório e a via como aquelas "boas meninas" que estudavam com ela e a quem invejava por ter coisas que sentia que não tinha. Certa vez, ficou furiosa com sua analista quando chegou ao consultório um tapete novo que não correspondia ao seu gosto estético.

Essa paciente costumava se atrasar para as sessões ou cancelar no mesmo dia. Outras vezes, ela não aparecia e a analista esperava por ela sem saber se ela viria ou não. Na verdade, poderiam se passar várias sessões sem saber nada sobre ela até que ela aparecesse novamente. Era impressionante que quanto mais difíceis as situações e conflitos na vida da paciente, mais ela se distanciava da analista e desaparecia. Por que ela não podia simplesmente usar sua analista para elaborar todas as suas dificuldades?

Durante todo um primeiro período de trabalho com essa paciente, a analista sentiu essas ausências e desaparecimentos como um atentado ao vínculo (que também pode ser uma forma de compreendê-lo, mas não foi a única ali). Essa primeira reação contratransferencial só fez com que a analista se sentisse rejeitada por sua paciente e chegasse a pensar na possibilidade de um

encaminhamento. Ao mesmo tempo, fechava a possibilidade de entender o que estava sendo encenado no vínculo.

Aos poucos, a analista e sua paciente começaram a entender que a paciente não comparecia às suas sessões porque tinha muito medo de ser julgada. Ela tinha vergonha de compartilhar seu mundo caótico e disfuncional: "Tenho muita vergonha de mostrar a você todas as merdas e disfunções da minha vida", comentou certa vez a paciente. Da mesma forma, a analista observou que, ao conseguir sair de uma escuta superegoica e autorreferencial, a paciente imediatamente mostrou uma maior abertura e pôde se lançar a confiar mais. Nesses momentos, elas podiam pensar juntas sobre os sentimentos de raiva e inveja que a paciente sentia em relação à analista, sem que nenhuma delas fosse prejudicada. Sabemos por Donald Winnicott (1947) não apenas que o analista deve ser capaz de tolerar o ódio de seu paciente, mas que há ocasiões em que o analista tem justificativa para sentir ódio também por seu paciente. Além disso, ao não comparecer, essa paciente estava expressando seu desejo de cuidar do vínculo de sua própria destrutividade.

Essa nova compreensão do processo gerou uma mudança interna na analista e permitiu que a paciente confessasse em uma importante sessão como era difícil para ela compartilhar seu mundo interno e como era doloroso se olhar: "Agora que entrei senti que havia muita luz. E eu sinto que não quero ver tanta luz. Ultimamente, tenho visto muitas coisas sobre mim. Não quero. É por isso que não quero vir. Fico com raiva de ver tudo o que estou descobrindo sobre mim e também não gosto quando você vê. "

Hoje, apesar de às vezes continuar a desaparecer, ao retomar as sessões, essa paciente pode expressar seu medo de ser julgada, criticada e desqualificada. Seu terror de ser rejeitada e sua vergonha de se mostrar. Agora é possível compreender que essa paciente evita o contato próximo porque sente (e fantasia) que sua analista está falhando e porque há uma grande desconfiança no outro. Essas mudanças são o resultado de anos de trabalho, mas também da tarefa que os analistas têm: ser capaz de tolerar os momentos de "turbulência emocional" (Bion, 1992), inerentes a qualquer processo analítico, e transformar internamente (a modo de reverie) as intermináveis transferências que os

pacientes nos oferecem para ajudá-los a ter uma vida melhor.

Jennifer Levy

Referências:

Bion, W. (1992). "Você deve ter um tempo difícil." Seminários clínicos e quatro textos. Buenos Aires: Editora.

Bruce, J (2007). Nós ficamos tão animados. Psicanálise e racismo. Lima: Universidade de San Martín de Porres, Fundo Editorial.

Kristeva, J. (2013). O gênio feminino 2. Melanie Klein. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Rabanal, C. R. (1989). Cicatrizes da pobreza. Um estudo psicanalítico. Lima: Editorial Nueva Sociedad.

Winnicott, D. (1947) "Hate in countertransference." Escritos em pediatria e psicanálise. Espanha: Editorial Paidós.