

***Enactment*: alguns aspectos do conceito e da sua abordagem em Psicoterapia de Orientação Analítica**

*Alexandre Goellner**

* Psiquiatra e psicoterapeuta.

Instituição: Centro de Estudos Luis Guedes.

Resumo

O conceito de *enactment* surgiu num cenário em que a contratransferência e os fenômenos resultantes da interação entre o paciente e o terapeuta passaram a ser cada vez mais discutidos e valorizados. Atualmente o termo é compreendido como uma revivência, uma encenação de elementos afetivos inconscientes de origem arcaica tanto do paciente como do terapeuta. Pode ser entendido como a resultante do interjogo de identificações projetivas cruzadas entre a dupla, sendo que um participante “força” o outro a entrar em cena, assumindo um papel simbólico em sua vida. Tem havido considerável discussão na literatura sobre os limites do conceito. Alguns autores defendem a ideia de que todo o processo terapêutico nada mais é do que o desenrolar de inúmeros *microenactments* que ocorrem a todo instante ao longo do tratamento e que se constituíam em pré-requisito para a ocorrência de mudanças psíquicas, sendo, portanto, desejáveis. Já outros autores permanecem mais reservados, assumindo a ideia de que o conceito, dessa forma, perderia sua especificidade. Eles preferem reservar o termo para um evento mais focal, em que um conluio inconsciente da dupla terapêutica é encenado. De qualquer forma, é consenso que, quando inevitavelmente acontece, um *enactment* poderá servir como ferramenta de trabalho se o terapeuta conseguir compreendê-lo, elaborá-lo contratransferencialmente e interpretá-lo para o paciente.

Palavras-chave: Psicoterapia; Inconsciente (Psicologia); Atuação (Psicologia).

*“Um sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só,
mas sonho que se sonha junto é realidade”*

Raul Seixas

Introdução

O conceito de *enactment* tem se demonstrado importante nas últimas décadas por fazer parte dos fenômenos de campo analítico e intersubjetividade que enaltecem a importância da participação do terapeuta e da dupla como um todo no processo terapêutico. Sua compreensão cresce em importância, sobretudo entre psicoterapeutas mais jovens e inexperientes, que provavelmente têm uma maior tendência a “atuar” inconscientemente a contratransferência durante o processo terapêutico. Essas atuações, se não puderem ser bem compreendidas pelo terapeuta, podem levar a problemas de pontos cegos, impasse, violação de fronteiras e abandono de tratamento.

Ao contrário, quando a contratransferência pode ser bem compreendida e elaborada pelo terapeuta, torna-se importante ferramenta para o trabalho terapêutico.

Neste trabalho, busco fazer uma revisão bibliográfica sobre o conceito de *enactment*, com os principais autores que escreveram sobre o tema, e desenvolvo algumas considerações a respeito da técnica para o seu manejo, utilizando um caso clínico como ilustração.

Bases históricas

Freud nunca se referiu ao termo *enactment*, mas emprega pela primeira vez o verbo *agieren* (*acting*, atuação) em 1905, no Posfácio do caso Dora, para designar que “a paciente atuou (*agieren*) um fragmento essencial de suas lembranças e fantasias, em lugar de reproduzi-lo no tratamento” (p. 113)¹.

Assinalamentos quanto ao papel do terapeuta na produção do *acting-out* aparecem nos trabalhos de Fenichel², Bird³, Rosenfeld⁴ e Grinberg^{5,6}.

Betty Joseph⁷ mostrou modos como pacientes de difícil acesso podem recrutar sutilmente o analista, induzindo-o a reagir de forma a entrar num conluio inconsciente com objetivos de evitar o *insight*.

Grinberg^{5,6} explica a existência do que ele chamou de “contraidentificação projetiva”, designando com isso as reações do analista frente a pacientes com identificações projetivas maciças. Nela, o terapeuta se vê levado passivamente a desempenhar o papel que, de forma ativa – ainda que inconsciente –, o analisado “forçou dentro de si”. Ele explica que, na contraidentificação projetiva, “o analista reage, em grande parte, de forma

independente de seus próprios conflitos e corresponde de forma predominante ou exclusiva à intensidade e qualidade da identificação projetiva do analisado” (p. 117).

Etchegoyen⁸, destacando o papel do analista, e fazendo uma crítica a Grinberg^{5,6}, afirma que “sempre pode se pensar que o analista, em última instância, participou, ainda que tenha se sentido forçado ou obrigado pela identificação projetiva do paciente”. Para ele, a contraidentificação projetiva proposta por Grinberg pode ser uma forma “ativa” de não compreender ou de preferir ser invadido. “Estas ocasiões”, diz ele, “podem, muitas vezes, revelar o calcanhar de Aquiles do analista” (p. 152).

Zac⁹, sublinhando a peculiaridade do fenômeno em que o terapeuta participa na produção/manutenção do *acting-out* do paciente, afirma que, quando isso acontece, “o *acting-out* inocula o receptor” (p. 335).

Sandler¹⁰ afirma que o paciente pode pressionar o analista a atuar determinados papéis (*roles*) da relação. Essas situações poderiam ser consideradas como momentos em que está em jogo uma forma intermediária de resposta do terapeuta, entre suas próprias tendências e o papel que o paciente inconscientemente trata de estabelecer. Sandler chamou de *role-responsiveness* essa interação de fantasias e de comportamento, que muitas vezes determina um padrão específico de relação do paciente e de resposta do terapeuta, aproximando-se bastante do conceito de *enactment*. Ele enfatiza, ainda, que o mecanismo principal de compreensão desse interjogo relacional é o fenômeno da identificação projetiva.

A partir do entendimento de Bion¹¹ a respeito da identificação projetiva, não apenas como um produto vindo do paciente em relação ao terapeuta, mas também como um meio de comunicação entre as pessoas, foram sendo construídos os conceitos de campo analítico e intersubjetividade, que frisam a importância da relação da dupla terapeuta-paciente: ela teria peculiaridades únicas, sendo mais do que a soma de suas partes, e, nela, o terapeuta desempenharia um relevante papel.

É a partir de tais conceitos que o termo *enactment* começou a ganhar vida, frisando os acontecimentos decorrentes da interação terapeuta-paciente.

Conceito

Enactment, encenação, ou “colocação em cena da dupla”, como propõe Cassorla¹², é um termo que começou a ser utilizado na década de 80 por autores como Jacob^{13,14} e Mclaughlin^{15,16}, que se referiam aos atos inconscientes da dupla terapeuta-paciente representativos de conflitos psicológicos arcaicos revividos no *setting*. É um conceito que guarda relação estreita com os

conceitos de contratransferência, campo psicanalítico e intersubjetividade, na medida em que enfatiza fenômenos construtivo-dinâmicos da interação da dupla terapeuta-paciente.

Jacob¹³, em 1986, levantou a hipótese de que um *enactment* é resultado de comportamentos do paciente, do analista, ou de ambos, que brotam como uma resposta aos conflitos e às fantasias criadas pelo par durante o trabalho terapêutico. Para ele, a ideia de *enactment* contém a noção de *reenactment*, ao relembrar fragmentos do passado psicológico da dupla.

Segundo Mclaughlin¹⁵, o termo *enactment* contém como sílaba principal “*act*”, com seus derivativos, ou seja, é uma palavra derivada de “ação”, “exercer poder”, “um ator que exerce pressão sobre outro”. Esse autor conceitua *enactment* como as interações regressivas (defensivas) que ocorrem na dupla analítica, experimentadas como consequência do comportamento do outro. Ele explica, ainda, que todas as maneiras de interação entre o paciente e o analista, incluindo os gestos e as posturas, pertenceriam ao conceito de *enactment*.

Para diferenciar o referido conceito do termo *acting-out*, Mclaughlin¹⁶ se refere às atuações e encenações específicas do paciente com objetivos não terapêuticos. Neste último caso, o terapeuta não participa ativamente, mas apenas como observador. Já no *enactment*, existe participação ativa do terapeuta na produção de um cenário em que são revividas, no campo, experiências arcaicas da dupla. É quando o *acting-out* deixa de ser algo exclusivo do paciente e passa a integrar as ações da dupla. Grinberg^{5,6} afirma que o *acting-out* se constrói como um sonho: certos elementos da realidade se transformam, regressivamente, em processo primário, e são dramatizados e atuados na vigília, como um sonho que não pode ser sonhado. Poderíamos entender o *enactment* da mesma forma, como um sonho sendo reproduzido no *setting* e compartilhado na mente do paciente e do analista.

A Associação Americana de Psicologia (APA), em 1992, definiu *enactment* como “uma vivência atualizada (*actualization*) da transferência, com um envolvimento involuntário do analista”. A definição do conceito continua: “é visto como o esforço inconsciente do paciente para persuadir, ou forçar o analista para uma ação recíproca: um interjogo das configurações internalizadas mais fundamentais do paciente” (p 78)¹⁷. Essa definição se aproxima bastante do conceito de identificação projetiva, quando o terapeuta é pressionado a sentir e se comportar de uma maneira consistente com as fantasias que o paciente projeta nele. Além disso, a APA não dá tanta ênfase para o papel ativo, ainda que inconsciente, das ações do terapeuta na produção do *enactment*.

Os fenômenos de identificação projetiva recíproca e cruzada descritos por Racker^{18,19} e enfatizados pelos Baranger²⁰ ao detalharem a teoria do

campo analítico implicam momentos de indiscriminação inconsciente entre paciente e terapeuta. Nessas ocasiões, o mundo interno do terapeuta pode estar habitado pelos objetos internos do paciente, fazendo-o atuar padrões de comportamento complementares aos do paciente.

Por outro lado, o conceito de *enactment* enfatiza a participação ativa do analista na sua modelagem, que, por meio de seus conflitos e fantasias inconscientes em curso, interage e responde às pressões recebidas do paciente em função das suas identificações projetivas.

Gus²¹ enfatiza aspectos da realidade psíquica como sendo outro tipo de experiência subjetiva que ocorre paralelamente ao mundo dos objetos externos. As manifestações dessa realidade psíquica são percebidas pela transferência e pela contratransferência. Quando se inclui a realidade psíquica do terapeuta juntamente com a do paciente, criam-se fenômenos decorrentes de duas realidades internas. Pelo fato de a palavra mostrar-se insuficiente e não conseguir conter sensações e percepções dolorosas, estas precisam ser veiculadas por meio de atos e comportamentos não verbais.

Cassorla¹² evidencia pelo menos três utilidades práticas para o conceito de *enactment*: chama a atenção para algo que não estava nomeado claramente, embora já descrito; não tem o aspecto pejorativo atribuído ao termo *acting-out* e vai além desse conceito; ao insistir no papel de ambos os membros da dupla analítica, influenciando-se mutuamente, enfatiza o aspecto intersubjetivo.

Para Gabbard²², as respostas contratransferenciais do terapeuta serão ativadas pelos estímulos do paciente, mas sua forma final será determinada pelos seus próprios conflitos e representações internas. Ele chama a atenção para o fato de que o *enactment* representa, também, um risco para a violação de fronteiras profissionais. Como a contratransferência é, inicialmente, sempre inconsciente, os terapeutas podem não ter certeza dos verdadeiros motivos de seu comportamento. Eles podem pensar que o que estão fazendo pelo paciente está baseado nas necessidades desse último, enquanto que um consultor ou supervisor poderá notar as necessidades muitas vezes óbvias do terapeuta e que estão sendo gratificadas ao serviço de uma bem racionalizada estratégia de ajuda ao paciente. Gabbard relata, ainda, que uma falha na mentalização da dupla pode desencadear uma impossibilidade de reconhecer a dimensão do “como se fosse” da transferência e da contratransferência, sendo que, nessas ocasiões, o terapeuta pode agir, concretamente, como “pai bom”, “mãe boa”, ou “amante ideal”. Assim, a diferença entre símbolo e objeto se perde, e ambos os membros da dupla sucumbem num *enactment* não mentalizado.

Controvérsias

Algumas controvérsias rondam o tema. Primeiramente, questiona-se se a ocorrência de um *enactment* seria, tipicamente, uma oportunidade benigna para o *insight* e crescimento pessoal, ou se suas consequências seriam mais frequentemente negativas. Para alguns autores, como Levenson²³ e Renik²⁴, o *enactment* assume potencialmente um caráter benigno. Renik chega a afirmar que o *enactment* não é meramente a expressão de uma indesejável limitação contratransferencial, mas um pré-requisito para a mudança psicológica do paciente. Para ele, uma “experiência emocional corretiva” só pode acontecer numa interação terapêutica emocionalmente carregada, na qual o terapeuta pode participar espontaneamente. Lucion²⁵, em 1999, relatando um caso clínico, afirma que “o fato de ter me deixado invadir por suas projeções, atuado contratransferencialmente e, posteriormente, ter podido discriminar o que era dela e o que era meu, permitiu um acesso diferente a conflitos da paciente” (p. 110).

Porém, para outros autores^{12,13,14,22,26,27,28,29}, o *enactment* apresenta aspectos potencialmente negativos, na medida em que é uma oportunidade para que aconteçam pontos cegos e conluios, com a produção de limitações na capacidade do analista de poder pensar e conter o paciente. Para eles, embora o *enactment* seja considerado inevitável e informativo, pode ser também prejudicial para o paciente e para o processo terapêutico. Steiner^{26,27,28} considera que “um *enactment* interpretativo é considerado indesejável, porque suas influências não-analíticas nos pacientes impedem sua capacidade de desenvolver seus próprios sentimentos e julgamentos”. Ivey²⁹ explica que o *enactment* é um caminho para a evasão inconsciente da dor psíquica. Dessa perspectiva, ele pode ter um caráter de comunicação da contrarresistência do terapeuta. O paciente, pela expressão de seus conflitos, pressiona o terapeuta, inconscientemente, a atuar de forma antiterapêutica, o que torna o *enactment* potencialmente perigoso para o sucesso do tratamento. Cassorla¹² também segue essa linha, afirmando que um *enactment* não é recomendável durante um processo de tratamento, mas lembra que sua ocorrência pode ser significativa em alguns pacientes.

Outra questão trazida à pauta diz respeito a se o *enactment* seria uma expressão comportamental inevitável da experiência contratransferencial, podendo ser, inclusive, pré-condição para a conscientização e resolução da contratransferência, ou se a contratransferência poderia ser experienciada sem ser “encenada”. Novamente, Levenson²² e Renik²³ assumem a ideia de que o *enactment* é um fenômeno contínuo que constitui “o material sobre o que se está falando” na sessão. Sentimentos e expressões seriam simultâneos e, mesmo que o terapeuta tente disfarçar seus estados afetivos, eles

acabam por ser visíveis para o paciente na forma de postura, ritmo da respiração, gestos, expressão facial, entonações da voz. Renik afirma, inclusive, que o *enactment* é pré-condição para que a conscientização da contratransferência ocorra.

Carpy³⁰ argumenta que um *enactment* contratransferencial parcial pode ser inevitável e necessário para o paciente reintrojetar seus aspectos cin-didos. Dessa forma, a contratransferência é, ao mesmo tempo, expressada e tolerada. Se o terapeuta consegue não atuar grosseiramente a sua contratransferência, o paciente poderá vê-lo sendo afetado pelo que está sendo projetado, percebendo então que ele é “forte” o suficiente para tolerá-lo, o que pode trazer crescimento mental.

Para Steiner^{26,27,28}, o conceito de *enactment* tem como premissa um limite entre pensamento e ação. Baseando-se em Bion¹¹, ele afirma que o pensar é central para o conceito de “continência”, o qual se refere à capacidade do analista de receber projeções, tolerando a tensão para reagir, e de responder afetivamente a elas. Nessa linha, ele faz uma clara distinção entre conscientização da contratransferência e o *enactment*.

Uma outra questão que suscita divergência entre os autores seria a relativa a se os *enactments* são contínuos ou ocasionais. Friedman e Natterson³¹ apresentam a visão extrema de que os *enactments* são contínuos nas análises e são, essencialmente, apenas outra forma de descrever o processo analítico. Para eles, os *enactments* são baseados na contínua vivência de fantasias inconscientes da dupla, sendo terapeuta e paciente participantes em equidistância.

Ivey²⁹ critica essa visão no sentido de que ela pode estar eliminando a necessária assimetria entre terapeuta e paciente, além de ignorar o fato de que nem todos os pacientes inclinam o terapeuta para um *enactment*. Jacob¹⁴ também faz uma crítica aos mesmos autores, quando afirmam que qualquer ação na análise, incluindo a fala, constitui um *enactment*. Dessa forma, haveria uma ampliação demasiada do conceito, o que acarretaria a perda da sua especificidade.

Cassorla¹² propõe que chamemos de *enactments* normais os enredos compartilhados pela dupla e que o terapeuta vai desfazendo com suas intervenções e de *enactments* patológicos aqueles derivados de identificações projetivas cruzadas anormais e que são difíceis de evitar ou desfazer. Ele propõe a hipótese de que o *enactment* pode ser crônico ou agudo. Para esse autor, no *enactment* crônico, a performance inconsciente da dupla intromete-se no processo terapêutico, como se fosse uma colusão “necessária”, enquanto a relação analítica não se fortalece. Os *enactments* crônicos apareceriam sobremaneira no tratamento de pacientes mais frágeis, psicóticos, *borderline*. No *enactment* agudo, o processo terapêutico já se encontraria

mais fortalecido, e a encenação da dupla poderia ser revelada por ação do terapeuta, que pode se dar conta do conluio e comunicá-lo ao paciente.

Outra questão trazida à discussão faz jus ao papel da subjetividade do terapeuta na construção de um *enactment*. A visão do terapeuta como alguém inteiramente isento, neutro, que faz uma função de espelho do paciente e que enxerga a contratransferência como um obstáculo, hoje está superada. No entanto, pode-se ter muitas vezes a ideia de que o analista, utilizando a contratransferência a favor da terapia, conseguiria sempre de forma rápida e eficaz isolar e compreender as contribuições de seus próprios conflitos para o desenvolvimento de um *enactment*. Segundo Ivey²⁹, essa visão é uma lamentável ficção. Para ele, o que é digno de nota não é somente o quão atrasada e lenta pode ser a capacidade do terapeuta de perceber a contratransferência, mas também o quanto os esforços de analisar a si mesmo podem ter sucesso ou não. Dentro dessa perspectiva, é importante frisar que, provavelmente, quanto melhor o nível de formação do terapeuta, bem como a possibilidade de estabelecer contatos com supervisores e colegas, maiores serão as possibilidades de autocompreensão e continência, diminuindo as chances de ocorrência de *enactments*.

Não há, na literatura revisada, citações quanto às chances de ocorrência de *enactments* em relação à fase em que se encontra o processo terapêutico. Penso que eles podem ocorrer em qualquer momento, mas que, nas fases iniciais de um processo, quando a aliança terapêutica pode ainda não estar bem estabelecida, além de os mecanismos dinâmicos do paciente poderem não estar ainda bem compreendidos, as chances de ocorrência de *enactments*, principalmente aqueles mais prejudiciais, sejam maiores.

Também não foram encontradas citações sobre possíveis diferenças entre a ocorrência de um *enactment* num processo de psicanálise ou num de psicoterapia de orientação analítica. Penso que sua ocorrência pode se dar em qualquer dos dois, mas que talvez num processo de psicoterapia seus potenciais danos poderão ser maiores, já que a frequência menor de sessões propicia menos espaço terapêutico para abordar conluios inconscientes da dupla, com maiores riscos de abandono. Por outro lado, é provável que numa análise ocorram mais chances de desenvolvimento da neurose de transferência, o que acarreta uma maior regressão no campo e um analista possivelmente mais pressionado, o que também aumenta a chance de ocorrência de sentimentos contratransferenciais mais intensos.

Exemplo clínico

S é um homem de 46 anos, separado, com um filho adolescente, profissionalmente bem-sucedido. Havia brigado recentemente com a namorada,

15 anos mais moça. Para reatarmos, ela havia exigido que S se tratasse, pois o achava “pedante”, “chato” e afirmava que ele queria sempre impor suas regras no relacionamento. O tratamento iniciou com frequência de uma sessão por semana.

S relatava que não entendia as mulheres, que tinha as melhores intenções, mas que invariavelmente aconteciam discussões e brigas sem motivos aparentes.

Na relação terapêutica, S era sentido por mim como crítico e arrogante. Em seu discurso predominavam relatos de brigas e discussões que tinha na relação com a namorada. O foco era afirmar que não se sentia compreendido, de que “ela” (a namorada) não demonstrava afeto, não tinha tempo para ele, só queria saber de trabalhar. Parecia que sentia o terapeuta aliado à namorada, já que verbalizava que estava se tratando por obrigação e achava que ela é quem deveria estar se tratando.

O jeito crítico de S tinha muitas vezes um efeito “paralisante” em mim. Quando dizia: “você, terapeuta, só sabem impor regras”; ou, então: “eu acho que ir ao psicólogo ou psiquiatra é o mesmo que se prostituir”, eu não respondia verbalmente, mas me sentia atacado e permanecia em silêncio. Em muitas ocasiões, chamava-me de “meu guri” ou de “meu rapaz”, o que me fazia sentir inferiorizado.

Numa sessão, após S relatar uma discussão com a namorada, intervim assinalando a possibilidade de haver participação sua na gênese da discórdia. S respondeu desta forma: “tá, o que é que eu faço com isso?”. Intimamente, comecei a desejar que S abandonasse o tratamento. Numa ocasião, S solicitou troca do horário de sua sessão, e, mesmo possuindo horários disponíveis, observei-me negando a possibilidade. Em outra oportunidade, após relatar outra discussão com a namorada e verbalizar que estava perdendo seu tempo, que pedia meus conselhos e eu não lhe respondia nada, sem perceber, finalizei a sessão alguns minutos antes da hora. Sentia que, apesar de tentar me comunicar com S, ele não recebia minhas intervenções como eu esperava, o que me fazia sentir angustiado e impotente.

Levando o caso para minha supervisão e também para meu tratamento pessoal, pude compreender que S estava exercendo um papel inconsciente em meu mundo interno. Percebi que estava atuando meus sentimentos contratransferenciais no campo. Sentia raiva de meu paciente, pois ele não se comportava como eu desejava, não me valorizava, não era um “bom paciente”, não demonstrava gostar das minhas intervenções; pelo contrário, fazia-me sentir agredido, inferiorizado, desvalorizado, o que me ocasionava intensos sentimentos de angústia e ódio, dos quais eu precisava me livrar, ora atuando meu desejo de que S abandonasse o tratamento, ora agredindo S por meio de interpretações pouco afetivas ou sem *timing*, que refletiam a

“briga” inconsciente que se desenrolava. Os momentos em que eu ficava em silêncio eram momentos de paralisia da minha capacidade de pensar, já que não estava conseguindo manejar meus intensos sentimentos contra-transferenciais.

Entendi que esses sentimentos, revividos na relação com S, tinham significados especiais para mim, pois eu já os havia vivenciado em momentos anteriores de minha vida pessoal. Percebi que S exercia o papel de meu pai, não necessariamente o “real”, mas aquele que eu muitas vezes havia vivenciado pregressamente em minha fantasia infantil como “crítico”, “arrogante”, que castrava meus desejos libidinais e agressivos.

Pude entender que o mesmo, de maneira muito provável, também se dava com S, pois, ao invés de me perceber como alguém em quem podia confiar, via-me como alguém com quem precisava disputar algo. Muito provavelmente era o mesmo que ele sentia e lhe causava seus insucessos nas relações amorosas. Posteriormente, isso ficou confirmado em função do aparecimento, nas sessões, de sua relação historicamente “difícil” com seu pai.

Dessa forma, pelo interjogo de identificações projetivas cruzadas inconscientes, configurou-se a ocorrência de um *enactment*, sendo que o processo terapêutico foi palco para a reencenação de conflitos internos da dupla terapeuta-paciente.

Compreendendo melhor essa dinâmica, pude lidar melhor com minha contratransferência, o que me propiciou a possibilidade de separar o que era “meu” do que era “dele”. É importante dizer que, quando percebi e aceitei a minha raiva, também pude tolerá-la, o que propiciou o advento do meu sentimento de compaixão no campo. Pude aceitar meu paciente do jeito que ele era, com suas limitações, suas defesas, sua agressividade. Segue trecho de uma sessão aos quatro meses do tratamento, na qual eu tentava manejar meus sentimentos contratransferenciais:

P: A M (namorada) não sai da minha cabeça. Essa história de terminarmos e rearmos várias vezes é meio estranha. Aquilo que tu me falaste, de eu ficar tentando controlar as coisas, até que me passou pela cabeça. Não sei, o que tu achas?

T: É algo que tu sentiste como uma possibilidade. O que mais te vem à mente sobre isso? (tom de voz menos afetivo, mais defensivo).

P: (irritado) Não sei, acho que nada. Aliás, essa é uma sensação que eu tenho seguidamente aqui. Eu venho, a gente conversa sobre um monte de coisas que eu não sei bem o que são, e eu fico cada vez mais confuso.

T: S, acho que quando eu não te dei uma resposta como tu esperavas, tu ficaste frustrado (com tom de voz mais afetivo).

P: Pode ser. Mas a gente ficar falando essas coisas, não consigo enxergar aonde isso vai me ajudar. Eu até percebo essa questão da necessidade de

controle, isso de precisar respostas exatas, da necessidade de que me compreendam. Mas, e daí? Parece que eu não vou conseguir passar por essa barreira.

T: Que barreira?

P: Pois é, aí é que está. Eu não sei. E essa coisa de eu ter de transpor esta barreira me deixa mais confuso ainda. Porque, quando tu falas essas coisas, eu até entendo. Mas a sensação é de que eu vou continuar controlando, vou continuar precisando de respostas exatas, vou continuar necessitando que me compreendam.

T: Pois é. Temos de ver o que é essa barreira, e talvez o “tem de” esteja ligado a isso.

P: Tem de o quê? Não entendi.

T: Sim. Há pouco tu usaste esta expressão para dizer como tu te sentes a respeito desta barreira. Que tu “tens de” atravessá-la. Uma obrigação, uma exigência.

P: Mas isso é real! Existe uma exigência de que eu mude! As coisas não estão dando certo pra mim.

T: Sim. Claro que existe um pouco de exigência e obrigações, senão ninguém se trataria. Mas o que chamou a atenção foi a ausência do outro lado disso, a tua liberdade de escolha.

P: (Pensa).

T: Talvez, tu estejas te questionando sobre se realmente queres mudar.

P: Ah, bom, aí até pode ser. É uma coisa que eu não tinha pensado.

T: Por exemplo, às vezes se percebe que tu não sentes as minhas intervenções como um auxílio. Acho que isso acontece, porque elas não entram em ti em prol de uma mudança que tu gostarias, mas sim como uma “obrigação de mudar”. E aí fica pesado para ti.

P: Pode ser. Mas e daí. Como é que eu mudo isso? (Pensa) Porque até deve ter terapeutas por aí que, se isso acontece, acham que o paciente não quer mudar e o mandam embora. Tipo “ah, tu não quer te tratar, então vai procurar tua turma”. Mas eu acho que isso já é algo que tenha de ser tratado.

T: Sim, S, tu tens razão. O tratamento começa por aí.

No primeiro trecho da sessão, S entrega para mim a função de pensar. Faz isso porque não tolera o pensar sobre si, já que essa tarefa vem acompanhada de severos julgamentos internos, o que lhe ocasiona angústia e culpa. A comunicação inconsciente que ele tenta endereçar a mim é que, na verdade, está sofrendo e precisa de meu auxílio, precisa que eu seja um terapeuta continente, afetivo, que aceite suas limitações e pense por ele, pelo menos por algum tempo. Eu, por minha vez, não me dando conta disso num primeiro momento, por estar ainda impregnado pela contratransferência negativa, devolvo a ele quase que imediatamente a tarefa, de maneira cruenta, não transformada, praticamente num contra-ataque. Sentia que S não se comportava como deveria, ele não era um bom paciente, não

pensava, não colaborava, apenas me pressionava para que resolvesse seus problemas por ele. Em minha fantasia inconsciente, meu desejo de ser valorizado e amado não era satisfeito por S; pelo contrário, era reiteradamente frustrado, o que me agredia, angustiava e frustrava, e eu precisava me livrar desses sentimentos e devolver a ele toda essa tensão.

Após o paciente verbalizar que não se sentiu compreendido, pude me dar conta da minha contratransferência e dos efeitos que sua atuação tinha tido em S, bem como do conluio inconsciente que ocorria entre nós, o que me permitiu acessar e interpretar o conteúdo latente do que ocorria no campo. Esforçando-me para tentar retirar de cena o que pertencia a mim, pude me apoderar melhor de meu papel de terapeuta continente, com isso podendo comunicar ao paciente o que ele sentia. Percebe-se que S vai se sentindo mais compreendido e “acolhido” no transcorrer da sessão, consegue observar em si mesmo a ocorrência de “barreiras” e praticamente pede para que o terapeuta não o abandone, mas sim o ajude a se tratar.

Penso que o fato de eu ter reagido contratransferencialmente em muitos momentos não foi condição para o *insight*. Pelo contrário, significou potencial risco de insucesso para o tratamento. Minha atitude calma e compreensiva, “contendo” as projeções do paciente de forma afetiva, sem contra-atacar, foi o que propiciou o “desarme” e a compreensão por parte do paciente de seus próprios sentimentos agressivos e defensivos, aprofundando o processo terapêutico e levando-o a outro plano no qual a capacidade de autorreflexão pôde ser desenvolvida.

Conclusão

Da mesma forma que vários autores^{12,13,14,22,26,27,28,29}, penso que o conceito de *enactment* deve guardar especificidade para um evento com características mais focais, no qual a dupla terapeuta-paciente “reencena” vivências arcaicas de ambos no *setting*, e que acontece devido à não elaboração da contratransferência por parte do terapeuta, que desta forma “atua”, de forma inconsciente, as suas fantasias na relação com o paciente.

Penso que sua ocorrência não deve ser considerada desejável, pelos riscos que representa para aumento da resistência, impasses e abandono de tratamento. Penso ainda, que atuar a contratransferência, mesmo sob formas sutis e não verbais, não é pré-requisito, nem tampouco o que proporciona a discriminação do que é do paciente e do terapeuta. Pelo contrário, entendo que a tolerância, a continência e a compreensão da díade transferência-contratransferência são os fatores que podem levar ao sucesso terapêutico.

No entanto, é provável que a ocorrência de *enactments* seja inevitável na evolução de vários tratamentos, dependendo, para isso, de uma série de fatores, como experiência profissional e tratamento pessoal do terapeuta, intensidade da transferência e/ou das atuações do paciente, bem como da fase em que o tratamento se encontra.

Quando acontece, deve-se procurar compreender o *enactment* em sua psicodinâmica, o que poderá proporcionar valioso material de trabalho, visando o *insight*. Para isso, depende-se da capacidade do terapeuta para compreender e tolerar a contratransferência, os papéis do paciente e de si mesmo na relação terapêutica e na produção do *enactment*, além de uma sólida aliança terapêutica.

Referências

1. Freud S. Fragmentos da análise de um caso de histeria. IV Postfácio (1905). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 2006. 19, p. 113.
2. Fenichel O. Teoria psicanalítica das neuroses (1934). Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1981.
3. Bird B. A specific peculiarity of acting out. J Amer Psychoanal Assn 1957; 5: 630-647.
4. Rosenfeld HA. An investigation into the need of neurotic and psychotic patients to act out during analysis. Psychothic States. New York: International Universities Press 1965.12:200-216.
5. Grinberg L. Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectivas. Revista de Psicoanálisis 1957; 13: 507-11.
6. Grinberg L. Perturbaciones en la interpretación por la contraidentificación proyectiva. Revista de Psicoanálisis 1957; 14: 23-30.
7. Etchegoyen RO. Fundamentos da Técnica Psicanalítica. Porto Alegre: Artmed; 1987.
8. Joseph B. O paciente de difícil acesso. In: Equilíbrio psíquico e mudança psíquica. Rio de Janeiro: Imago; 1992.
9. Zac J. Consideraciones sobre el acting out y aspectos técnicos de su tratamiento. Revista de Psicoanálisis 1970; 27: 307-64.
10. Sandler J. Character traits and object relationships. J Psychoanal Q 1981; 50: 694-708.

11. Bion WR. The psycho-analytic study of thinking. *Int J Psychoanal* 1962; 43: 306-10.
12. Cassorla RMS. Desenvolvimento do conceito *enactment* (“colocação em cena da dupla”) a partir do estudo de configuração *borderline*. *Revista Brasileira de Psicanálise* 2004; 38 (3): 521-540.
13. Jacobs TJ. On countertransference enactments. *J Am Psychoanal Assoc* 1986; 34: 289-307.
14. Jacobs, TJ. Reflexões sobre o papel da comunicação inconsciente e do *enactment* contratransferencial na situação analítica. In: Zaslavsky J, Santos MJP. *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
15. McLaughlin J. The play of transference: some reflections on enactment in the psychoanalytic situation. *J. Amer. Psychoanalytic Assn* 1987; 35: 557-577.
16. McLaughlin J. Clinical and theoretical aspects of enactment. *J. Amer Psychoanalytic Assn* 1991; 39: 595-612.
17. Hirsh I. The concept of enactment and theoretical convergence. *Psychoanal Q* 1998; 67: 78-100.
18. Racker H. Os significados e usos da contratransferência. In: *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed; 1982.
19. Racker H. A neurose de contratransferência. In: *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed; 1982.
20. Baranger W, Baranger M. La situación analítica como campo dinámico (1961). In: *Problemas del campo analítico*. Buenos Aires: Kairgieman; 1969. p. 129-164.
21. Gus M. Atuações e encenações (*enactments*). In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 322-328.
22. Gabbard GO. *Enactment* contratransferencial e violação das fronteiras. In: Santos MJP, Zaslavsky J. *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
23. Levenson E. Response to John Steiner. *Int J Psychoanal* 2006; 87: 321-24.
24. Renik O. Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst’s irreducible subjectivity. *Psychoanal Q* 1993; 62: 553-571.
25. Lucion NK. *Enactment*. *Rev Bras Psicot* 1999; 1 (2): 105-12.
26. Steiner J. Containment enactment and communication. *Int J Psychoanal* 2000; 81: 245-55.

27. Steiner J. Interpretative enactments and the analytic setting. *Int J Psychoanal* 2006; 87:315-20.
28. Steiner J. Reply to Dr Levenson. *Int J Psychoanal* 2006; 87: 325-27.
29. Ivey G. *Enactment controversies: a critical review of current debates*. *Int J Psychoanal* 2008; 89: 19-38.
30. Carpy DV. Tolerating the countertransference: A mutative process. *Int J Psychoanal* 1989; 76: 91-101.
31. Friedman RJ, Natterson JM. *Enactments: An intersubjective perspective*. *Psychoanal Q* 1999; 68: 220-247.

Correspondência

Rua Mostardeiro, 291, sala 301
Porto Alegre – RS - Brasil