Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Biomédico
Instituto de Medicina Social

Vivian Heringer Pizzinga

Transferências produtivas e consultas terapêuticas: afeto e intensidade na experiência psicanalítica

Rio de Janeiro
2008

Vivian Heringer Pizzinga

Transferências produtivas e consultas terapêuticas: afeto e intensidade na experiência psicanalítica

Dissertação apresentada, como requisito parcial Para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof.ª Dra. Márcia Arán.

.

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

P695 Pizzinga, Vivian Heringer.
Transferências produtivas e consultas terapêuticas: afeto e intensidade na experiência psicanalítica / Vivian Heringer Pizzinga. – 2008.
142f.

Orientadora: Márcia Arán.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Afeto (Psicologia) – Teses. 2. Psicanálise – Teses. 3. Transferência (Psicologia) – Teses. I. Arán, Márcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Vivian Heringer Pizzinga

Transferências produtivas e consultas terapêuticas:

afeto e intensidade na experiência psicanalítica

Dissertação apresentada, como requisito parcial Para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 05 de março de 2008.
Banca Examinadora: _____

Prof.ª Dra. Márcia Arán (Orientadora)
Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof. Dr. Jurandir Freire Costa
Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof. Dr. Carlos Augusto Peixoto Junior
Departamento de Psicologia - PUC/Rio

_____

Prof.ª Dra. Eliana Schueler Reis
Faculdade Angel Vianna - FAV

Rio de Janeiro

2008

AGRADECIMENTO

À Márcia Arán, pelo estímulo que nasceu nos grupos de estudo, pelo apoio e pela liberdade, que é o “centro da pessoa”, concedida na elaboração deste trabalho; os debates em aula foram um precioso guia não apenas para o pensar, mas para a clínica e para a elasticidade da minha inicial experiência psicanalítica.

A Jurandir Freire Costa, Carlos Augusto Peixoto Jr. e Eliana Schueler Reis, pela participação e pelas idéias, faladas e escritas. Agradeço ainda as sugestões preciosas e norteadoras de Kenneth Camargo Jr., Fabíola Rodhen e Joel Birman.

Carinhos especiais a Mariana Bteshe, parceria de mestrado sem igual, pelo apoio, companhia e pela confiança no empréstimo de livros tão valiosos; a Letícia Freire, por seu amor aos animais, felinos da Uerj e das ruas, e que me proporcionou novos companheiros felinos nos dois últimos anos; e a Sabrina Toledo, pessoa fundamental em todas as etapas do Mestrado, incluindo aquela da vontade anos antes, e cada vez mais para além dele. E a todos os colegas de turma e dos seminários de orientação.

Aos meus amigos que, em suas trajetórias paralelas ou anteriores de Mestrado, puderam iluminar o caminho: Roberta Vieira, que até o final sempre se interessou, perguntou e quis saber sobre o trabalho, amizade para uma vida inteira; Luciano Silva Maia, que me mostrou que é possível de fato concretizar as idéias em papel escrito; e Laura Pozzana, por sua verve literária e poética presente na vida e na Academia, pessoa rica que de fato vive a filosofia.

À Ana, de Bangu, de Vila Isabel, da Bahia, de Elomar e do mundo, que há *de monumentar os insetos*; à Carolina, de quem não pude ser vizinha de casa, mas sim de coração; à Luísa, que espero que volte; a Eduardo Larrat, com quem os diálogos teóricos e mundanos tornam a vida mais divertida; a Felippo, alma solidária, reclusa e hilária; a Quênia, pela estrada em comum; e a Rodrigo Carqueja, que participou da proto-história deste Mestrado e que *tem o caos no coração.* A todos, pela amizade, pela existência.

À Waldéa Barcellos, agradeço o apoio de vida e de anos, tradutora de livros e autora de brilhantes e peculiares idéias, que, como se não bastasse, ainda fez o *Abstract* deste trabalho.

Um agradecimento que não tem palavras e pleno de reconhecimento a Johandson Rezende, pelos desenhos, pela afinidade, pela solidariedade e pelo amor. E por muito mais ainda.

Finalmente, este trabalho nunca poderia ter se realizado sem o apoio, a ternura, o carinho e a torcida de minha mãe Nânie e de meu pai Rodolfo, ambos responsáveis por um gosto pelo estudo e pela escrita que me acompanham desde a infância, além de meu irmão Adrian.

Ao Budha, ao Dharma e à Sangha, e a Lama Tartchin, com quem aprendo e cultivo, bem vagarosamente, a compaixão budista em seu significado do “sentir com”, bem mais próximo do que se pode imaginar do *tato* ferencziano.

RESUMO

PIZZINGA, Vivian Heringer. *Transferências produtivas e consltas terapêuticas:* afeto e intensidade na experiência psicoanalítica. 2008. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

O presente trabalho procura examinar a experiência psicanalítica através das consultas terapêuticas de Winnicott, levando-se em conta sua realização em instituições públicas de saúde brasileiras e buscando uma leitura não-ortodoxa da construção do dispositivo psicanalítico. Para isto, propõe-se, em um primeiro momento, o estudo sobre a questão do afeto e da intensidade na experiência analítica a partir das teorizações iniciais sobre transferência na obra freudiana. Em seguida discute-se a contribuição ferencziana com relação à noção de *tato* e a intensidade própria de sua prática clínica, priorizando-se a fase final de sua obra, momento em que o foco de seu trabalho dirigia-se mais agudamente às questões referentes ao lugar do analista, aos sentimentos contratransferenciais e à elasticidade da técnica. Num terceiro momento, propõe-se um exame das idéias de Winnicott a respeito do manejo e o uso do objeto e as suas implicações na teorização sobre a transferência. Finalmente, pretende-se pensar o campo de afetação que se dá na clínica psicanalítica a partir dos conceitos de introjeção em Ferenczi, o surgimento dos sensos de eu e afetos de vitalidade na teoria de Stern e a relação de tais conceitos com alguns dos pressupostos winnicottianos, para fundamentar a possibilidade de transferências produtivas nas consultas terapêuticas.

Palavras-chave: Consulta terapêutica. Transferências produtivas. Afeto. Experiência psicanalítica.

ABSTRACT

This paper seeks to examine the psychoanalytic experience through Winnicott's therapeutic consultations, taking into consideration their being held in Brazilian public health institutions, and aiming at a non-orthodox interpretation of the construction of the psychoanalytic device. To that effect, it firstly proposes the study of the issue of affection and intensity in the analytic experience, in light of the initial theorization about transference in Freud's work. Secondly, Ferenczi's contribution regarding the notion of *touch* and the intensity characteristic of his clinical conduct are discussed, giving priority to the final stages of his work, when his focus was most sharply directed to issues related to the analyst's place, to countertransferential feelings, and to the elasticity of the technique. Thirdly, a study is proposed of Winnicott's ideas about the handling and use of the object and their implications in the theorization about transference. In the end, we intend to consider the field of affectation which occurs in the psychoanalytic clinic, in light of Ferenczi's introjection concepts, the development of the senses of self and vitality affects in Stern's theory, and the relation of those concepts to some of Winnicott's postulates, in order to substantiate the possibility of productive transferences in therapeutic consultations.

Keywords: Therapeutical consultations. Productive transferences. Affection. Psychoanalytic Experience.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	1
1	**CULTURA E DEPRESSÃO**	8
1.1	**A construção da identidade moderna**	10
1.2	**Narciso entrou em órbita**	18
1.3	**As contradições da cultura somática e a produção da estultícia**	25
2	**AS DEPRESSÕES À LUZ DO CONCEITO DE NARCISISMO**	33
2.1	**Neurose narcísica: a construção de uma nova entidade nosológica**	34
2.2	**Sentimento de inferioridade e sentimento de culpa**	42
2.3	**Personalidade narcísica e Distimia**	49
3	**DISTIMIA E TRANSICIONALIDADE**	57
3.1	**Considerações sobre a função do ambiente na constituição da subjetividade** .	58
3.2	**Ilusão e criatividade – a construção do sentido da vida**	65
3.3	**Intrusão e omissão – as origens da submissão ao meio**	75
3.4	**A Distimia como achatamento do espaço potencial**	83
4	**CONCLUSÃO**	91
	REFERÊNCIAS	96

Apresentação

Em entrevista a Clarice Lispector, Hélio Pellegrino deu a seguinte definição de psicanálise: *O trabalho psicanalítico visa à construção de um encontro entre duas liberdades*[1]. Uma definição vaga, porém certeira. Afinal, o que pode ser imaginado a partir da idéia de que se trata, em verdade, de um encontro entre duas liberdades? Muito pode ser suscitado a partir de uma tal imagem de liberdades que se encontram, mas, antes de tudo, a própria idéia da liberdade, polêmica e aberta por si só. Pellegrino completa: *Isto significa que a psicanálise visa ao encontro entre duas pessoas, já que o centro da pessoa é liberdade.* É com base nessa idéia de experiência psicanalítica, sem perder de vista o rigor teórico e o pensamento sobre a prática clínica, que se pode pensar o presente trabalho. A Dissertação que ora se inicia se deslocou sobre três referências principais. Na busca de entender a experiência psicanalítica e a partir de uma reflexão oriunda da prática em instituição pública de saúde, transitou-se sobre os seguintes aspectos: em primeiro lugar, a questão do afeto e da intensidade na experiência analítica a partir da discussão da transferência, iniciada em Freud, nos primórdios da psicanálise, e passando pelas contribuições ferenczianas e winnicottianas quanto ao conceito; uma segunda referência, que diz respeito à psicanálise com base em uma elasticidade da técnica, no sentido de se poder viabilizá-la no âmbito da instituição pública brasileira por intermédio das consultas terapêuticas propostas por Winnicott; e, finalmente, o terceiro aspecto, tratando-se da referência a Clarice Lispector, como uma interlocução e como suporte para o pensamento das questões referidas anteriormente. Esta terceira referência é fundamental para o trabalho, dado que, ao longo da discussão teórica que se propõe empreender, o texto é costurado com passagens de Clarice Lispector, retiradas de sua obra *A paixão segundo G.H.* Do início ao fim, inúmeras vezes, a leitura, mesmo que rápida, de algum capítulo ou parágrafo desse livro, fazia com que eu pudesse desenvolver as idéias com uma

[1] In Clarice Lispector, *Entrevistas,* 2007, p. 63.

fluidez que parecia encontrar-se, antes, em estase. O livro como um todo permitiu que se abrisse um novo caminho para o pensamento de muito do que trago aqui, ao debate.

Neste sentido, apesar de em um primeiro momento não se poder definir de forma precisa um objetivo de estudo que tenha guiado a discussão construída, podendo-se mesmo falar de uma certa indefinição do tema, por outro lado é de fato essa indefinição que pôde ocasionar o trânsito entre as três questões enumeradas acima: a discussão que, no caso desta Dissertação, entrelaça, necessariamente, o exame de questões como a experiência psicanalítica em instituição pública a partir da contribuição das consultas terapêuticas de Winnicott, com base na teorização sobre a transferência, a dimensão do afeto e a elasticidade da técnica analítica. Uma vez que pensar a intensidade do dispositivo psicanalítico e a relação que aí se estabelece entre paciente e analisando tanto no consultório particular quanto em lugares institucionais de rígidas regras e parcos recursos, traz consigo a complexidade de adequar palavras a fenômenos, léxico à experiência, acredita-se que não há texto melhor do que o de Clarice Lispector para traduzir, em sua forma singular de expressão pela palavra escrita, a temática que se objetiva examinar nesta pesquisa.

Assim, foi a partir de uma experiência clínica em instituição de saúde e de perguntas incessantes sobre o que é a psicanálise e como se pode fazer uso dessa experiência, da fala que surge desses encontros e dos espaços, muitas vezes exíguos, que a instituição oferece, que se construiu um trabalho que atravessa o caminho teórico de noções como transferência, afeto, tato, o lugar do analista e afetação, para chegar, com ajuda da elucidação proporcionada pelo texto literário, a um pensamento sobre a prática que não pode ser tampouco restrita à experiência institucional, ou à psicanálise voltada a populações desfavorecidas e consultórios desconfortáveis. Tal pensamento, em verdade, estende-se, salvo melhor juízo, àquilo que se pode realizar no âmbito do consultório particular. Uma flexibilidade que permite a dimensão afetiva e que não se prende a fixos padrões, sem deixar de lado o embasamento teórico que

guia as escolhas, como faz Winnicott em suas consultas terapêuticas. Uma elasticidade da técnica que não se produz sem a elasticidade do pensamento – ambas possibilitadas a partir do pré-requisito da liberdade. A liberdade evocada por Pellegrino e que subjaz – ou constitui! – ao encontro; a liberdade com que Ferenczi permite a si mesmo em sua inovações teóricas e técnicas e com todo o preço a pagar por elas; a liberdade que Winnicott defende através da espontaneidade e da confiança. Pensa-se na produtividade que uma tal liberdade permite e que é necessária na experiência psicanalítica. Desse modo, uma certa indefinição na delimitação do objeto de estudo, que visa à experiência psicanalítica através das consultas terapêuticas, mas que não se atém apenas a ela, é partidária de uma tal liberdade, que se almeja e que se propõe construir, apesar de não ser uma fácil tarefa. Liberdade que é construção, que é processo, e que não procura esgotar as possibilidades de investigação da experiência psicanalítica, em seus múltiplos aspectos e numerosos recortes. Trata-se, esta Dissertação, de uma indagação. Indagação sobre as possibilidades da psicanálise e de alguns elementos aqui escolhidos como fundamentais. Não apenas G.H. pode ser inspiradora, mas ainda Pellegrino, que não nos deixa esquecer: *A psicanálise, sendo um longo convívio humano antiautoritário, é um chamamento à liberdade e à originalidade do paciente e do analista, para que ambos assumam a alegria da comunicação autêntica*[2].

[2] Idem.

1

A TRANSFERÊNCIA NA TEORIA FREUDIANA

1.1. Relação médico-paciente e os primórdios da clínica

Eu vi. Sei que vi porque não dei ao que vi o meu sentido. Sei que vi – porque não entendo. Sei que vi – porque para nada serve o que vi. Escuta, vou ter que falar porque não sei o que fazer de ter vivido. Pior ainda: não quero o que vi. O que vi arrebenta a minha vida diária. Desculpa eu te dar isto, eu bem queria ter visto coisa melhor. Toma o que vi, livra-me de minha inútil visão, e de meu pecado inútil.

Estou tão assustada que só poderei aceitar que me perdi se imaginar que alguém me está dando a mão.(...)

Enquanto escrever e falar vou ter que fingir que alguém está segurando a minha mão.[3]

O trecho de Clarice Lispector, ou, melhor dizendo, de GH em sua paixão[4], remete-nos a várias imagens e, com elas, idéias. Não se trata GH de uma paciente em tratamento analítico ou psicoterápico, deitada preguiçosamente em um divã, que fala para seu analista. Trata-se de um relato (se é que este termo pode dar conta de tamanha beleza de escrita) de uma vivência de excesso, de uma experiência em que a busca do não-sentido se faz presente o tempo todo. Ainda assim, pode ser fonte de inspiração para se pensar o trabalho analítico e alguns dos elementos que estão presentes no fazer diário da clínica. Como não se deparar com as questões que acometem cada atendimento, cada situação, cada encontro, que é determinado pelos atravessamentos culturais em que ocorrem e que são sacudidos por uma dimensão afetiva que não pode ser relegada a segundo plano? Estas questões estão a todo tempo motivando e impulsionando o trabalho clínico e o refletir sobre ele, e o encontro com a literatura muitas vezes ajuda a pensar, ou se aperceber, de vivências básicas disso que é a clínica psicanalítica.

Este trecho nos remete ao excesso e à perturbação causada pela vivência do mesmo, que será examinado mais adiante. Mas o que se quer aqui chamar atenção, inicialmente, é

---

[3] Clarice LISPECTOR, *A paixão segundo GH,* 1998, pp. 17-18.
[4] Op. cit.

para o acompanhamento que se faz necessário à GH. Ela pede uma mão. Ela pede que alguém fique com o que viu e com o que viveu, porque aquilo que viu e viveu arrebenta sua vida diária. Ela, então, escreve. E imagina uma mão. Essa mão a acompanha no relato, ou na escrita, da experiência inexplicável, ou, melhor dizendo, arrebatadora. Como escreve adiante: "*Mas embora decepada, esta mão não me assusta. A invenção dela vem de tal idéia de amor como se a mão estivesse realmente ligada a um corpo que, se não vejo, é por incapacidade de amar mais"* (op. cit.:18). A mão que acompanha, e que permite a fala, pelo menos inicialmente, está vinculada à idéia de amor. Esta é uma mão que faz diferença no percurso que se propõe iniciar através do livro que será a paixão segundo G.H. Há aí uma relação indispensável e é para ela que se quer chamar aqui atenção.

Como aparece esta *mão* no tratamento analítico? Como se dá esta relação, que aqui, na literatura, surge como uma mão decepada e inventada, mas que, mesmo assim, traz uma calma e que vem de uma *tal idéia de amor*? Que acompanhamento é este que surge no encontro analítico?

Este capítulo, que se propõe pensar a relação entre psicoterapeuta e paciente, ou ainda entre analista e analisando, é inspirado por tal reflexão sobre o texto de Clarice Lispector, e facilitado também por suas imagens, muitas vezes mais elucidativas do que podem ser as palavras do léxico corrente. Esta relação, nitidamente enfatizada em sua importância nos primeiros textos freudianos, surge, posteriormente, bem delimitada no conceito de transferência, como será examinado.

Inicialmente, a *mão*, assim designada por G.H., não surge como esse termo específico – transferência – para nomear tal relação como fenômeno à parte. Em Freud, nos textos pré-psicanalíticos, vê-se a preocupação com a relação entre médico e paciente e a importância conferida à simpatia pessoal do médico na influência em direção à cura, mesmo que ainda não seja feita referência à transferência como conceito. Como apontam Laplanche e Pontalis,

quando é utilizado o termo *transferência*, este se refere a outra espécie de fenômenos, não ligada ainda a algo específico da relação que se dá entre paciente e analista no âmbito do tratamento. Deste modo, nos primeiros textos sobre histeria, o termo *transfert*, traduzido como *transferência,* remete a um modo de *deslocamento* de sintomas de uma parte do corpo para outra parte. Freud (1888), descrevendo alguns sintomas da histeria, descreve a substituição de uma área sensível no quadro de hemianestesia pela área simétrica do outro lado (*transfert* espontâneo). Mas, muito brevemente, *transferência* surgirá designando algo de crucial para o tratamento e estreitamente vinculado à relação analista-paciente.

Assim, em textos iniciais da psicanálise, como *Tratamento Psíquico (ou Anímico),* ([1890], 1905) já se encontra em diversos pontos do trabalho a afirmação de que uma das condições principais para que o estado psíquico se tornasse propício à cura era a "pessoa do médico". A relação entre médico e paciente é enfatizada para a descrição da relação que se estabelece no fenômeno da hipnose, caracterizado por uma atitude do hipnotizado em que fica completamente dócil face ao seu hipnotizador, estando "obediente e crédulo", o que acaba por aumentar a influência da vida anímica sobre as condições físicas do doente que se submete ao tratamento. Neste texto, ainda se pode encontrar a comparação da relação entre hipnotizado e hipnotizador àquela que se dá entre o filho e os pais amados, uma vez que a credulidade que ocorre na hipnose, segundo Freud, só é encontrada nessa relação estreita de pais-filhos ou, às vezes, em algumas "relações amorosas plenas de dedicação". Já neste momento é possível observar a relevância dada à relação com o médico e a importância a ele atribuída pelo paciente como sendo partes fundamentais do processo de cura. Ao analisar os estados anímicos e sua relação com os estados físicos no que tange ao surgimento de doenças, Freud aponta a importância de um destes estados – a "expectativa confiante e esperançosa" – no andamento do processo de cura e no resultado do procedimento médico. A conduta anímica do doente seria uma das duas partes responsáveis pelos resultados: se esta conduta anímica for

a de expectativa confiante, ao lado de uma ânsia pela cura e da simpatia que o médico é capaz de despertar em seu paciente, na certa o resultado terapêutico será favorável, em associação com o procedimento puramente médico.

Mas, se apesar de já neste momento Freud perceber a importância da relação para o processo terapêutico como um todo, sem que o conceito de transferência surgisse como tal, em *A psicoterapia da histeria* (1895), é possível encontrar o primeiro momento em que o termo é utilizado. Encontra-se aí um primeiro esboço da concepção inicial de transferência, que é definida como uma "falsa ligação" entre idéias aflitivas e a figura do médico. Tendo percebido uma dificuldade em prosseguir com as associações livres de uma dada paciente – momentos em que a paciente nada encontrava para falar e Freud notava, por seu semblante, que talvez houvesse algo a ser dito –, e que nem através do procedimento técnico da pressão na testa era possível fazer o processo continuar, Freud pôde perceber que algo das associações estaria ligado à sua pessoa, mesmo que sua origem fosse outra, e muito antiga. No caso relatado, a paciente, que tivera, no passado, o desejo intolerável de beijar um rapaz com quem conversava, sentiu, no momento do tratamento, o desejo ligado à pessoa de Freud, não podendo mais continuar a associar livremente. Não conseguia perceber que o desejo era, em realidade, oriundo do passado, e se tratava de uma lembrança patogênica que não vinha à consciência por efeito da resistência, que já aí Freud identificava. Assim, por uma "falsa ligação", transferia o conteúdo do desejo para o médico, e não lembrava do que anteriormente fora intolerável pelo ego consciente. Quando, então, Freud foi capaz de descobrir o mecanismo da transferência e comunicá-lo à paciente, o trabalho pôde prosseguir. Freud pôde compreender, com tal episódio, a existência de desejos intoleráveis do passado, que agora surgiam voltados para a figura do médico devido a uma "compulsão a associar" por parte da paciente, sem que ela pudesse ter consciência de que o conteúdo remetia a um acontecimento passado, não sendo, portanto, uma propriedade do acontecimento atual. Neste momento, a

transferência é equiparada a qualquer outro sintoma, devendo ser tratada como tal, segundo a recomendação dada por Freud (Freud, 1895: 360-61). Este é o primeiro momento em que o termo *übertragung* surge na obra freudiana, traduzido como "transferência". Iniciam-se as reflexões de Freud sobre a natureza de tal fenômeno em sua relevância para o contexto da análise e, aos poucos, a concepção vai se aprimorando, conforme seus achados clínicos.

É importante notar que o contexto em que se dá tal compreensão é ainda o dos primórdios da psicanálise, antes mesmo da elaboração teórica do complexo de Édipo e de outras contínuas mudanças na compreensão de Freud sobre o aparato psíquico. Ainda no contexto da primeira tópica (que começa a surgir em 1900) e no início da terapêutica, o objetivo da psicanálise era descobrir o que estaria por trás dos sintomas e poder, através dessa descoberta, minimizar o sofrimento e os efeitos dos sintomas apresentados. Como se sabe, o que estava em pauta era a conscientização daquilo que estava inconsciente, embora já houvesse mudança no método de tratamento. Se, inicialmente, toda importância era conferida à hipnose e à ab-reação, antes mesmo da elaboração do conceito de inconsciente, algumas mudanças já se efetuavam no momento em que a transferência é apontada e começa a ser elaborada como conceituação teórica para dar conta de um tal fenômeno clínico. Assim, já não era mais o método catártico que estava em voga e Freud discutia constantemente a diferenciação entre os métodos de tratamento, chamando atenção para a associação livre e os novos objetivos da forma de exercer a terapêutica. O tratamento psicanalítico, como tal, já mostrava algumas especificidades significativas, sendo contrastado com o método catártico, que operava principalmente através de hipnose e da sugestão direta, efetuado nos primeiros casos de Freud, em parceria com Breuer[5]. Desse modo, anteriormente, a idéia era poder suprimir os sintomas, através da hipnose, da sugestão e da posterior ab-reação, via catarse. Uma representação estrangulada, que não era compatível com o ego civilizado, era então

[5] Cf. *Estudos sobre a histeria.*

descarregada pela palavra (Freud, 1894). Quando Freud começou a encontrar dificuldades com a hipnose, a função essencial do tratamento passou a ser a superação das resistências, e não mais a pura e simples supressão dos sintomas. Por conseguinte, a transferência adquire grande importância para a tarefa terapêutica. Em uma de suas conferências introdutórias, e revisitando algumas mudanças operadas na teoria e na técnica da psicanálise, Freud aponta (1916-17) que, enquanto o objetivo do tratamento hipnótico seria "encobrir e dissimular" algo da vida mental, utilizando-se da sugestão para "proibir os sintomas", o tratamento analítico, por sua vez, teria como objetivo "expor e eliminar algo", indo em direção às raízes, onde os conflitos que deram origem aos sintomas poderiam ser encontrados, e a sugestão, neste caso, seria buscar a modificação do resultado desses conflitos[6].

Os desenvolvimentos teóricos posteriores quanto ao tratamento e ao papel da transferência levam à associação desta noção com a resistência ao trabalho analítico e seu estatuto torna-se ambíguo, pois, ao mesmo tempo em que pode ser um obstáculo ao progresso da análise, é também através dela que se podem fazer os maiores avanços.

1.2. O caso Dora e as primeiras elaborações sobre a transferência

Em *Fragmentos da análise de um caso de histeria* (1905), pode-se perceber que o conceito de transferência já ganha contornos mais arredondados, indicando uma manifestação clínica específica. Freud reconhece a importância dessa manifestação e a determinação do fim do caso Dora por conta de sua não-percepção de que sua paciente dirigia a ele o que, no texto em que se inaugura o termo, chamou de *falsa ligação* ou *mésalliance.* A transferência é aqui entendida em seu plural: transferências. Tratar-se-iam da revivescências de experiências psíquicas prévias, deslocadas para o médico como acontecimento atual, e não como algo que adviria do passado. Nos termos usados por Freud, as transferências seriam "simples

[6] Sigmund FREUD, *Conferência XXVIII – Terapia Analítica* (1916-1917). In: *Conferências introdutórias parte 3.*

reimpressões, reedições inalteradas", em alguns casos, ou poderiam ser reedições com "moderação do conteúdo", espécie de sublimação, em outros casos. No epílogo do caso Dora, quando Freud reconhece o motivo pelo qual o tratamento não pôde seguir adiante, identificando-o à transferência de Dora, encontra-se a transferência a um só tempo como "o maior obstáculo à psicanálise" e como "sua mais poderosa aliada", se é possível que seja detectada e traduzida ao paciente em cada ocasião que surge (idem). Portanto, é preciso fazer algo com a transferência. Notá-la e agir sobre ela, o que se torna tema de discussões extensas, dado que esta não é, para o analista, uma fácil tarefa.

Nestas circunstâncias, o manejo da transferência passa a ser assunto de artigos técnicos posteriores. A compreensão da transferência e do agir analítico sobre ela é calcada na nova concepção de aparato psíquico e dos mecanismos sobre os quais a análise deve intervir: o contexto teórico da primeira tópica, no qual o conceito de inconsciente é, enfim, aceito por Freud.

Nos artigos técnicos de 1912, principalmente *A dinâmica da transferência* e *Observações sobre o amor transferencial*, a elaboração teórica sobre a transferência torna-se mais sofisticada e cristalizadora. Freud, identificando a tarefa da psicanálise como sendo a de seguir e rastrear parte da libido do indivíduo que se retirou do domínio consciente, para afastar-se da realidade, expandindo-se em fantasia no inconsciente, concebe a dinâmica da transferência em associação às resistências, contra as quais deve lutar o analista. O papel da transferência no tratamento passa a ser visto a partir de sua relação com as resistências, portanto. Aqui, a transferência surge como a arma mais forte da resistência, pois, na medida em que o material complexivo deve vir à tona e há resistência por parte da atração inconsciente, o que ocorre é que tal material, ao invés de aparecer à consciência em seu aspecto "original", é transferido para a figura do médico, sendo, por conseqüência, deformado. O analista não tem acesso ao material complexivo como tal, e sim à sua

deformação dado que se associa à pessoa do médico (Freud, 1912). Mas, em sua sofisticação conceitual, Freud já delineia dois tipos de transferência, observando que é possível encontrar uma transferência que satisfaz à resistência e, conseqüentemente, impede o trabalho de análise, e uma transferência que, ao contrário, permite os avanços do trabalho. Haveria a transferência positiva – de sentimentos afetuosos – e a transferência negativa – de sentimentos hostis – , e o primeiro subgrupo de transferência dividir-se-ia ainda em duas outras espécies: a transferência de sentimentos amistosos, que seriam admissíveis à consciência, e a transferência que remonta a fontes eróticas, não-admissíveis à consciência. Como assinala Freud, a transferência apropriada à resistência ao tratamento seria a transferência negativa e a transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos. O que tornaria o trabalho suscetível ao avanço seria tornar a transferência consciente, desligando aqueles dois aspectos – de hostilidade e de erotismo reprimido – da pessoa do médico e, aí sim, a transferência, entendida como sugestão, seria o veículo para o sucesso da psicanálise. Assim, se o motor do tratamento, na primeira tópica, é a decifração, ou seja, tornar consciente as representações inconscientes, este é também o âmago do manejo da transferência: decifrar a falsa ligação que se dirige à figura do analista, tornando conscientes os conteúdos complexivos que a originaram.

Neste ponto, retoma-se o texto de Clarice Lispector. G.H., em uma manhã prolongada, depara-se com a experiência de excesso, e talvez transformação: o quarto de empregada, espécie de depósito de trapos velhos, está limpo e vazio, o que lhe é inesperado. Abrindo o armário, após momentos de estupefação diante daquele quarto que não era reconhecido como seu, ou como parte do resto do apartamento, seu "coração embranqueceu como cabelos embranquecem". Acompanhando G.H.:

> De encontro ao rosto que eu pusera dentro da abertura, bem próximo de meus olhos, na meia escuridão, movera-se a barata grossa. Meu grito foi tão abafado que só pelo silêncio contrastante percebi que não havia gritado. O grito ficara me batendo dentro do peito. (Clarice Lispector, 1998: 47)

Neste momento, G.H. inicia, propriamente falando, o que é quase não-passível de ser relatado, por ser da ordem de uma experiência cujas palavras faltam para traduzi-la em significado. É o encontro de G.H. com a barata inesperada e todas as vivências que se sucedem a partir daí. A experiência chega a um limite e, no momento do limite, surge novamente o pedido de uma mão, que guie e acompanhe, que esteja ali, como no início do texto, quando G.H. se propõe a falar, ou relatar através de uma escrita, sua vivência.

> Eu estava sendo seduzida. E ia para essa loucura promissora. Mas meu medo não era o de quem estivesse indo para a loucura, e sim para uma verdade – meu medo era o de ter uma verdade que eu viesse a não querer, uma verdade infamante que me fizesse rastejar e ser do nível da barata. Meus primeiros contatos com as verdades sempre me difamaram.
>
> - Segura a minha mão, porque sinto que estou indo.Estou indo para a mais primária vida divina, estou indo para um inferno de vida crua. Não me deixes ver porque estou perto de ver o núcleo da vida (...).(op. cit.: 60).

Como se reportar ao texto sem empobrecê-lo através de discussões psicanalíticas que se proponham à interpretação de supostos conteúdos inconscientes por trás, ou como base, de um texto literário? Novamente, cabe apontar que o objetivo aqui é fazer uso do texto literário de Clarice Lispector como forma de ilustração e inspiração para as idéias discutidas. Um mergulho nos momentos iniciais da psicanálise e nas primeiras concepções de Freud sobre a transferência, algo que remete necessariamente ao contexto clínico em que se dá, não impede, todavia, o recurso à literatura. G.H., mais uma vez lembrando, não é uma paciente em análise, que pede a mão, metafórica ou concreta, do analista para poder se deparar com uma verdade, ou com uma loucura, mesmo que promissora. No momento, porém, em que algo está emergindo, ou sendo produzido, e que esse algo, verdade ou loucura, possa não ser desejado, ou que leve a uma equivalência ao nível rastejante da barata, a mão se faz novamente necessária. Para continuar o caminho, G.H pede uma mão. Precisa desta mão. De uma relação. Transferencial? *Não me deixes ver porque estou perto de ver o núcleo da vida* é algo que remete à idéia de uma transferência no seu aspecto de arma da resistência. G.H. está longe

de se referir a isso, mas seu texto, entre tantas outras possibilidades, traz aquela de elucidação, através da imagem, de algo discutido em termos acadêmicos: é preciso não ver o núcleo da vida, nesse momento da vivência de G.H., e quando isso está na iminência de acontecer, solicita-se, então, que alguém segure sua mão.

A transferência, como se poderá acompanhar nesta discussão, assume outras características, abrangendo mais do que uma falsa ligação através de reimpressões estáticas de imagens a serviço de uma resistência. Ainda assim, este é um dos aspectos primordiais ligados à noção de transferência, e que não deixa de ter um papel importante para pensar a clínica psicanalítica.

Retomando Freud, no texto *Observações sobre o amor transferencial* (1912), pode-se perceber o foco no aspecto erótico da transferência positiva e a complexidade que advém daí. O autor equipara o que ocorre na transferência com "forças altamente explosivas" e, logo no início, aponta que as "únicas dificuldades realmente sérias" da psicanálise encontram-se no manejo da transferência. Assim, centrando-se no amor de transferência, compreendido como trabalho de resistência por sua intervenção no tratamento, e discutindo a posição do analista quando se dá tal acontecimento (a complicada posição, que não é a de interromper o trabalho, nem a de se submeter aos pedidos do paciente, nem, tampouco, a de reprimir o amor transferencial e que, portanto, torna-se cada vez mais difícil de situar), Freud remonta às repetições infantis para explicar o processo transferencial que se instala no *setting* analítico. O amor de transferência depende de padrões infantis, o que também ocorre em outras circunstâncias de enamoramento, porém possui alguns aspectos particulares na clínica: o fato de ser provocado pela situação analítica; o fato de ser intensificado significativamente pela resistência; e a ausência de uma consideração pela realidade, faltando-lhe em sensatez. Não obstante, pode-se perceber a semelhança do fenômeno que ocorre na clínica com fenômenos

que aparecem em outras situações de tratamento não-psicanalítico e, mesmo, da vida quotidiana.

É a partir de 1914, em *Recordar, repetir, perlaborar*, que algumas mudanças significativas começam a ocorrer e Freud traz idéias importantes para a questão da transferência, embora aqui ainda não sejam exaustivamente discutidas e desenvolvidas. Neste momento da obra, ainda sob o primado do *princípio do prazer*, que será repensado em 1920, quando da virada teórica em torno da *pulsão de morte,* Freud aponta articulações entre o trabalho de resistência, a transferência e a repetição, aqui já como compulsão à repetição e sob a forma de atuação. É certo que no texto sobre o amor de transferência, Freud já se referira à atuação (*acting out*) ao examinar os aspectos do amor transferencial, situando-o em uma rememoração que, caso o analista correspondesse às solicitações insistentes do paciente apaixonado, acabaria por extrapolar a esfera dos eventos psíquicos, fazendo com que o paciente atuasse. A atuação desse enamoramento com o analista (o *acting out*, portanto), não permitiria o objetivo primordial deste ponto da análise, que seria permitir que o paciente superasse o princípio do prazer, abandonando a satisfação que se encontra mais facilmente à mão. Ainda assim, Freud não se detém muito sobre tais aspectos, e, no artigo de 1914, a atuação e a compulsão à repetição são mais estreitamente vinculadas à transferência.

Aqui, o material que foi recalcado não é recordado como lembrança, mas expressado através da atuação, do agir, sendo repetido pelo paciente sem que este soubesse que o está repetindo. A repetição é, deste modo, a maneira que o paciente encontra de recordar. Freud assinala que a transferência seria "apenas um fragmento da repetição", ao passo que a repetição seria "uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual" (op. cit.). Quanto mais hostil ou intensa se torna a transferência, com o decorrer da análise, mais necessidade de repressão a transferência teria, e, dessa forma, o recordar facilitaria a atuação e as resistências seriam as

responsáveis pelo material que é repetido. Este texto é também fundamental, dado que Freud aponta a questão da neurose de transferência e remete à importância do trabalho de perlaboração *(durcharbeitung*) no tratamento analítico. O manejo da transferência seria a maneira fundamental pela qual o analista poderia transformar a compulsão à repetição em motivo para recordar. Nas palavras de Freud:

> ... alcançamos normalmente sucesso em fornecer a todos os sintomas da moléstia um novo significado transferencial e em substituir sua neurose comum por uma neurose de transferência, da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico. (...) A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada (idem).

Como é possível notar através do trecho citado, a neurose de transferência permite, segundo a compreensão de Freud nesta fase de sua obra, a tradução de um novo significado para a enfermidade do paciente. Volta-se sua doença para a figura do médico, através da capacidade que o paciente tem de fazer transferência. A transferência, portanto, não é uma especificidade da psicanálise, ocorrendo em outros contextos de tratamento; entretanto, de fato a especificidade do processo psicanalítico reside justamente na neurose de transferência, "em torno da qual se delineia a cura analítica" (Birman, 1980: 147). Além disso, a repetição que surge no processo transferencial seria o que permite a recordação, que, por outro lado, também surgiria com o enfraquecimento da resistência. Desse modo, algo está por trás da repetição, um significado oculto ou profundo, e é através de sua descoberta que o paciente pode ser levado à cura. Apesar de este ser um texto que aponta para caminhos diversos, os quais Freud começará a trilhar em sua elaboração teórica, alguns resquícios da concepção da primeira tópica e, portanto, do que deve ser o tratamento psicanalítico, ou daquilo que há de terapêutico no âmago de tais encontros entre analista e analisando, ainda se fazem notar, uma vez que a decifração do conteúdo inconsciente e sua tradução em material consciente é ainda a tônica principal, regida pelo princípio do prazer.

Em textos posteriores, Freud enfatiza o papel da relação entre paciente e analista para o andamento da análise[7]. A compreensão, por parte do paciente, do que ocorre com ele, em termos psíquicos, já não é o mais importante em seu progresso terapêutico. Na luta que o paciente deve empreender contra as resistências, o entendimento intelectual não é o decisivo, mas sim sua relação com o médico. Os argumentos fornecidos pelo médico sobre suas resistências exercem influência sobre o paciente muito mais por serem apresentados por quem ele ama, do que por seu conteúdo ou sua lógica. Aqui, a dimensão afetiva é o que permite o funcionamento de uma suposta técnica voltada para o conhecimento racional. Se o paciente não "ama" seu médico, para usar o termo escolhido por Freud, os progressos terapêuticos podem não acontecer.

Em *A questão da análise leiga* (1926), Freud aponta a influência pessoal que o médico tem sobre o paciente como a "arma dinâmica mais poderosa" do tratamento, dado que o paciente neurótico tem fé no analista, adquirindo uma "atitude emocional especial" em relação a ele. Nesse texto também é indicada a dimensão de repetição e atuação da transferência, no sentido em que a transferência que ocorre na análise refere-se às atitudes mentais que já estavam prontas no paciente e que são associadas especificamente à sua neurose. A relação com o analista repete "*toda* a história daquele período esquecido de sua vida". O paciente, portanto, reproduz o "núcleo da história íntima de sua vida" e o faz "de forma tangível, como se ele realmente estivesse acontecendo, em vez de recordar-se dele" (op. cit.). Neste ponto, Freud ainda defende uma única saída para a situação transferencial: remontá-la ao passado do paciente, tendo este sido experienciado ou mesmo imaginado pela atividade de realização de desejos. Este é um processo que exige do analista "habilidade, paciência, calma e abnegação própria" (idem).

---

[7] Sigmund FREUD*, Conferência 28: Transferência*, in CD-ROM Obras Completas, volume XVI – *Conferências introdutórias-parte 3 (1916-1917).*

Voltando ao texto de 1914, vê-se a exigência da abnegação por parte do analista e de paciência por parte do analisando, quando Freud refere-se à importância da elaboração, ou perlaboração, como o processo pelo qual o paciente deve passar, uma vez que toma consciência das resistências que impedem a progressão de seu processo analítico, tornando-se familiar a elas e podendo superá-las, isto é, *elaborá-las*, por intermédio da observância da regra fundamental da análise, qual seja, a associação livre. Apesar de este processo ser impulsionado pela conscientização das resistências, algo a mais começa a surgir e ganha ênfase no processo terapêutico: não se trata apenas de saber algo e, portanto, da perspicácia do analista de descobri-lo e, em seguida, comunicá-lo ao paciente. Há um caminho que se percorre além disso. É preciso, portanto, o trabalho de *perlaboração,* que se trata da elaboração das resistências. Esta, como adverte Freud, é uma árdua tarefa, tanto para o paciente quanto para o analista, mas, apesar disso, constitui-se naquilo que, considerando o processo analítico, efetua as maiores mudanças no paciente e diferencia esse tipo de tratamento de qualquer outro feito por sugestão. Segundo Reis, trata-se de um "trabalho que se faz através do silêncio, do sentimento de que nada acontece, demandando tanto do analista quanto do analisando a disposição para viver um tempo aparentemente morto" (2004: 108).

1.3. Da associação livre ao excesso pulsional

O texto de 1914 é importante, além disso, por trazer os germes de uma idéia que ganhará corpo na virada de 1920, a partir do momento em que Freud se depara com impasses clínicos que exigem mudanças teóricas relevantes. Este capítulo iniciou com referência a um trecho de Clarice Lispector que, entre outras, pode remeter à idéia de um excesso: uma vivência que ultrapassa um certo limite e desarranja as bases de um conhecimento sobre si mesmo ou de um sentido seguro a ser dado às experiências e acontecimentos vividos. A

vivência de um excesso que resulta em desorientação e que, por sua força, conduz a novas montagens, novos sentidos, como se pode acompanhar a seguir:

> É difícil perder-se. É tão difícil que provavelmente arrumarei depressa um modo de me achar, mesmo que achar-me seja de novo a mentira de que vivo. Até agora achar-me era já ter uma idéia de pessoa e nela me engastar: nessa pessoa organizada eu me encarnava, e nem mesmo sentia o grande esforço de construção que era viver. (...)
>
> Ontem no entanto perdi durante horas e horas a minha montagem humana. Se tiver coragem, eu me deixarei continuar perdida. Mas tenho medo do que é novo e tenho medo de viver o que não entendo – quero sempre ter a garantia de pelo menos estar pensando que entendo, não sei me entregar à desorientação. (Clarice Lispector, 1998: 12-3)

Trata-se de uma vivência de desconstrução, de desorientação, em que G.H. perde sua montagem humana, uma certa montagem que, além de torná-la estável, é uma garantia de organização. Uma vivência do que se pode conceber como um excesso que desarruma o sentimento de compreensão do que se está vivendo, que desarranja, com isso, a ilusão de totalidade trazida com o suposto entendimento. Todavia, de que se trata este excesso, ao qual se fazia referência? A questão do excesso passa a ser tematizada mais intensamente por Freud a partir da virada dos anos 20, quando o registro econômico da metapsicologia ganha um relevo maior em relação aos registros dinâmico e tópico, que predominavam até então. Essa mudança traz importantes reflexões acerca de certos impasses clínicos e da própria noção de transferência, que adquire novos aspectos.

Já no texto *Recordar, Repetir, Perlaborar*, como se viu, encontra-se referência à repetição que se faz em ato (*acting out*) e à exigência de que a análise permita que o paciente possa rememorar em lembrança aquilo que se recordava sem saber que o fazia, através de atuação, não apenas no âmbito do tratamento psicanalítico, mas também em outras situações da vida. Assim, Freud faz alusão a alguns tipos especiais de experiência, cuja importância é grande, e das quais não há lembrança que possa se recuperada, pois seriam experiências ocorridas em infância muito remota e que apenas subseqüentemente teriam sido compreendidas e interpretadas. Ao se referir à recordação mediante a atuação, Freud afirma:

"(...) acontece com extraordinária freqüência ser 'recordado' algo que nunca poderia ter sido 'esquecido', porque nunca foi, em ocasião alguma, notado – nunca foi consciente" (op. cit.). Esse tipo de experiência relatada por Freud diz respeito a determinados processos psíquicos e que são da "máxima importância", mas aqui não há um desdobramento mais aprofundado sobre esse tema. Entretanto, já se pode começar a ver o início de um caminho teórico que começa a tomar um rumo diverso daquele que se centra no modelo do recalcamento, em que a idéia do processo analítico se baseia em uma decifração do inconsciente, noção que guia a intervenção analítica com base na interpretação, devendo ser levada a cabo ainda no que se refere à transferência. O manejo da transferência, portanto, está associado à interpretação, quando o que predomina é o processo de recalcamento para a compreensão dos fenômenos psíquicos. No entanto, com o texto referido, de 1914, delineia-se algo de diferente em relação ao modelo do recalcamento. Pois, se há aqui algo que não pode ser recuperado pela lembrança e que não poderia ter sido 'esquecido' por não ter sido previamente sequer 'notado', ou passado pela consciência, como então ter acesso a isso via interpretação, ou via decifração? Como assinala Birman (1996), seria a primazia do campo da representação e da interpretação, com o qual Freud rompe em 1920, a partir da "implacabilidade da repetição no sujeito". Não se trata de algo que tenha sido recalcado, portanto: aquela idéia de uma representação intolerável que é então submetida ao processo de recalcamento, já presente em textos como *As neuropsicoses de defesa* (1894) e *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (1896). Com o texto de 1914 já se pode notar que o modelo do recalcamento – e a predominância do campo da representação – não pode dar conta de tudo o que ocorre em termos psíquicos, devendo-se pensar em algum novo recurso teórico e clínico.

A noção de repetição torna-se mais relevante no texto *Além do princípio do prazer* (1920), quando seu autor traz a conceituação da pulsão de morte, vinculada à noção de excesso. Nesse texto, Freud examina algumas impossibilidades clínicas que levam a uma

reformulação da teoria do princípio do prazer e que trazem reflexões ainda não consideradas sobre a transferência. Como aponta Lagache, em *Além do Princípio do Prazer,* a transferência é um dos dados psicológicos, em conjunto com a neurose traumática e os jogos das crianças, que Freud utiliza para "demonstrar um automatismo de repetição que transcende o princípio de prazer-desprazer" (Lagache, 1980: 38). Assim, se Freud já dedicava atenção à compulsão à repetição seis anos antes, vinculando-a à transferência através da atuação, em 1920, reformulando as noções de prazer trabalhadas até o momento, afirma que a compulsão à repetição, que se dá na transferência, é independente do princípio do prazer. Freud percebe que, por mais que o analista comunique suas construções ao paciente, este não adquire convicção em relação a elas, e reproduz material reprimido como se se tratasse de uma experiência contemporânea, atuando tais recordações na esfera da transferência, o que já era afirmado em 1914. No entanto, o que surge de novo aqui é a questão de como a compulsão à repetição pode estar ligada ao princípio do prazer. De acordo com Freud, o que pode ser assumido como um fato novo é que "(...) a compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca (...) trouxeram satisfação (...)"(Freud, 1920: 26). Desse modo, haveria na mente uma compulsão à repetição tal que acaba por sobrepujar o princípio do prazer (até aqui concebido como o regulador do curso dos eventos mentais), uma vez que, em seus termos:

> Os pacientes repetem na transferência todas essas situações indesejadas e emoções penosas, revivendo-as com a maior engenhosidade. (...) Nenhuma dessas coisas pode ter produzido prazer no passado, e poder-se-ia supor que causariam menos desprazer hoje se emergissem como lembranças ou sonhos, em vez de assumirem a forma de experiências novas. (...) A despeito disso, são repetidas, sob a pressão de uma compulsão (op. cit.: 27).

Especulando acerca da vivência de desprazer que a compulsão à repetição proporciona na transferência, nas neuroses traumáticas e nos jogos infantis, Freud começa a teorizar mais aprofundadamente a questão do excesso. Deparando-se com sonhos que se repetiam em ex-combatentes de guerra, e traçando uma análise de comparação com outras situações de

repetição não-relacionadas ao princípio do prazer, ou com a realização de desejo (caso dos sonhos traumáticos), Freud retoma a questão do trauma para teorizar o excesso não mais como nos primórdios da psicanálise, quando o trauma era visto a partir, exclusivamente, de um evento real, geralmente de origem sexual, mas pensando-o agora a partir de uma ruptura de uma suposta "barreira" ou "escudo protetor", que protege o aparelho psíquico de um transbordamento de excitações, provenientes do exterior. Quaisquer excitações que venham de fora, com poder suficiente para atravessar o escudo protetor, são descritas como 'traumáticas'. Entretanto aqui o interesse recai sobre as intensidades pulsionais que perturbam a estabilidade psíquica (Maia, 2003: 102), isto é, sobre as excitações vindas do interior, e que também podem possuir um efeito traumático. Tais excitações seriam os impulsos que pertencem "aos processos livremente móveis, que pressionam no sentido da descarga" (Freud, 1920: 44). Assim, segundo Maia, "se por ventura os estímulos internos produzirem um aumento demasiadamente excessivo de desprazer, há, no aparelho psíquico, uma tendência a lidar com eles como se fossem externos. O aparato psíquico projeta-os, viabilizando a ação do escudo protetor" (Maia, 2003: 102). O encontro do sujeito com o excesso pulsional é passível de ser tão traumático quanto o excesso cuja origem se dê no exterior. Ainda assim, este excesso pulsional adquire características de exterioridade, para que o psiquismo possa se preparar para a sua defesa (idem). Parte das excitações que vêm do interior são dominadas pelo princípio do prazer, porém há as que mantêm uma soma de excitação demasiado alta, gerando a necessidade de vincular psiquicamente as quantidades de estímulos que irrompem. Se tal processo deixa de acontecer, o excesso de energia provoca um distúrbio semelhante ao da neurose traumática e, com isso, o psiquismo será pensado em torno da tensão entre pulsões de vida e pulsões de morte (Arán, 2006).

Em seu trabalho que traz pertinentes indagações sobre a matéria-prima de que se ocupa a psicanálise, David-Ménard (2001) faz importantes apontamentos sobre a questão do

excesso. Para a autora, em sua leitura da obra freudiana, é possível pensar em dois tipos de excesso, estando vinculados à problemática da transferência. Haveria, assim, o prazer como excesso e um excesso que está mais além do princípio do prazer. A própria experiência de prazer, como aponta a autora, é paradoxal, haja vista o fato de que se, por um lado, ele se opõe ao desprazer, por outro lado, o prazer é uma experiência que "se mantém polarizada por aquilo que pode aboli-la como prazer" (David-Ménard, 2001: 21). O paradoxo do prazer refere-se ao fato de ser regido pela tentação de um excesso, pois o prazer máximo seria também a impossibilidade de continuar sentindo prazer. Remetendo a Freud, David-Ménard lembra da designação de prazeres *hiperintensos* como sendo aqueles muito parecidos com o sofrimento (op. cit: 17). A autora observa ainda que o título da obra de 1920, *Mais além do princípio do prazer*, "indica que no prazer habita a busca de um ponto de ruptura, de uma catástrofe interna que Freud havia denominado primeiro excesso e que logo denominou pulsão de morte para indicar que a realização do prazer comporta uma tentação de aniquilamento de toda espera que suprimiria o prazer mesmo" (op. cit.: 20). O interessante é aqui a leitura empreendida por David-Ménard segundo a qual a teoria das pulsões, a partir da teorização desse excesso que é a pulsão de morte, não seria dualista, como se pode encontrar em algumas passagens do próprio Freud na obra citada; tratar-se-ia, sim, de uma mescla pulsional, não sendo passível de haver uma diferenciação estanque entre as pulsões de vida e de morte, assim como também não seria possível existir uma separação estanque entre aquilo que seria da ordem de um psiquismo e o que seria da ordem do corpo. Para a autora, o prazer, o desprazer e a angústia concernem não exclusivamente ao pensamento, ou exclusivamente ao corpo, mas a ambos. Neste sentido, como afirma Arán (2006), os exemplos utilizados pelo próprio Freud em seu texto já remetem a uma mescla pulsional, pois não se pode encontrar estados puros de *thanatos* ou de *eros*, e, se esta idéia não é tão clara na obra de 1920, a mistura pulsional fica ainda mais patente em *O problema econômico do masoquismo*,

publicado quatro anos depois. Na retomada do tema sobre o masoquismo e em sua conceituação sobre o masoquismo erógeno, Freud afirma: "...só podemos presumir que se realiza uma fusão e amalgamação muito ampla, em proporções variáveis, das duas classes de instintos [pulsões]..." (Freud, 1924: 181-2).

Com a virada teórica de 1920, portanto, o pensar a transferência exige que se efetuem novas formas de olhar tal relação que se estabelece entre analisando e analista, levando em conta o excesso pulsional que pode adquirir a forma de pulsão de morte. Para David-Ménard, com base na repetição que ocorre na transferência, e que muitas vezes assume um aspecto caricaturesco e tenaz, este fenômeno seria "a repetição 'concentrada' das experiências de prazer que constituem a cada um de nós e que se mantêm à espera desde a infância" (2001: 18), mas, ainda assim, é possível continuar pensando em termos de sua ambigüidade, dado que possui um aspecto negativo – que é a sua forma caricaturesca e que se vincula àquele primeiro excesso que Freud chamará de pulsão de morte – e, por outro lado, um aspecto positivo, pois, nas palavras da autora, "é preciso passar por outra pessoa, o analista, para ter acesso a si mesmo; graças a essa alienação, e não apesar dela, podemos determinar a especificidade do que chamamos si mesmo" (op. cit.: 31).

David-Ménard, em sua preocupação de examinar a matéria-prima da psicanálise, diferenciando-a da filosofia, assinala que as trajetórias de prazer, desprazer e angústia, encaradas como destinos pulsionais, são os elementos com os quais o psicanalista deve lidar. A importância de tais trajetórias deriva do fato de serem o que constitui as mais variadas singularidades humanas, atualizando-se na transferência, encarada como um 'dispositivo experimental' (David-Ménard, 2001: 78). Assim, a transferência como uma das formas que permite o acesso a si mesmo proporcionado pela experiência psicanalítica é fundamental e está necessariamente vinculada às trajetórias de prazer, desprazer e angústia e ao excesso pulsional, que toma vulto na obra freudiana a partir de 1920.

Como é possível perceber, com o destaque que é dado à questão do excesso a partir da retomada, por Freud, da idéia de força pulsional, na segunda tópica (Arán, 2002), a experiência psicanalítica é pensada para além de uma modalidade estanque de decifração de conteúdos. Lança-se mão de novas conceituações para dar conta das dificuldades encontradas na clínica, desenhadas nos sofrimentos atuais percebidos nas novas formas de subjetivação: dificuldades que chamam o analista a repensar seu fazer clínico, retirando-se de posições fechadas e rígidas. Segundo Birman (2000), certas posições doutrinárias da psicanálise acabam por se tornar verdadeiros obstáculos à escuta dos sofrimentos que são encontrados na atualidade. Pensar a transferência para além da projeção de representações, como propõe Reis (2002), movimento baseado em falsas associações, e considerá-la como um "processo introjetivo", de "transposição de afetos", valorizando a percepção de atmosferas que se dão na experiência analítica é pensar naquilo que permite a movimentação psíquica de tal experiência. É pensar, portanto, o que permite o movimento libidinal, e que impede seu "congelamento" ou, em outras palavras, a paralisia do processo analítico, de que fala Birman em seu texto sobre o mal-estar na atualidade. Interessa, para este trabalho, a afirmação de Eliana Reis, segundo a qual "seguir o sintoma em sua expressividade implica construir uma clínica não da economia, mas do excesso" (op. cit.: 82), uma vez que é possível pensar que é o excesso e o trânsito de intensidades o que está no cerne da experiência psicanalítica, e que se faz por meio de um campo específico possibilitado pela relação entre analista e analisando. A ampliação do conceito de transferência, que tem grande contribuição de Ferenczi, e a importância do manejo da mesma e do papel do afeto, noções enriquecidas pela discussão de Winnicott, colocam em destaque o lugar da força e da intensidade na experiência psicanalítica, seja ela um acompanhamento a longo prazo, seja ela mais pontual, como as consultas terapêuticas propostas por Winnicott, no atendimento a crianças em hospital pediátrico, discutidas no capítulo sobre consultas terapêuticas desta Dissertação. Tais

discussões assumem lugar de relevo na questão sobre os impasses da clínica psicanalítica e os cenários culturais onde se exerce atualmente.

Retomando o questionamento original que deu início a este trabalho, isto é, a busca da compreensão da experiência psicanalítica a partir de um processo que se dá através da fala em um cenário específico, com personagens próprios, cabe observar que, se através de um falar que se dá na experiência analítica a princípio se vê o deslindar de conteúdos os mais diversos e a escuta de tais conteúdos pelo analista, é possível pensar que, em tal experiência, entra em movimento mais do que conteúdos com significado. Se a fala parece ser o meio por intermédio do qual um processo peculiar se inicia e mantém-se ao longo do tempo, o modelo da representação não pode ser a base exclusiva em que se deve calcar a compreensão do processo. Segundo Viderman (1990), a história da técnica psicanalítica se caracteriza por uma oscilação entre o pólo do sentido e o pólo da força, sendo que, para o autor, tal história não teria encontrado um ponto de equilíbrio entre cada um destes pólos. Trata-se da questão já amplamente comentada neste trabalho acerca do deciframento e da intensidade. Decifrar significa aqui fazer uma tradução de algo que permanece obscuro para o sujeito – uma operação que, a princípio, nos primeiros textos de Freud, antes da concepção do processo de perlaboração (1914) a qual possibilitou a teorização sobre o excesso pulsional, poderia ser o bastante para transformar uma condição de sofrimento apresentada pelo sujeito. Por outro lado, a ampliação do conceito de transferência, trabalhada por Ferenczi, e revisitada por Maia e Reis, como se verá no capítulo seguinte, e a importância atribuída ao manejo da transferência tal como Winnicott propõe em sua contribuição teórica, significam valorizar o pólo da força neste que é o processo analítico[8]. Isto é, trata-se de conceber a possibilidade de construção da experiência psicanalítica, em múltiplos cenários, a partir de sua flexibilização

[8] Sabemos que a concepção de experiência corporal e atividade motora e criativa em Winnicott se diferencia da noção de corpo erógeno e excesso pulsional em Freud. Todavia, para o que nos interessa neste trabalho, ambos os autores consideram o campo da afetação fundamental para a construção da experiência psicanalítica. Para essa discussão, conferir Costa (2004).

que leva em conta a dimensão de afeto e de intensidade impulsionadoras de transformações psíquicas. A noção de campo de afetação, proposta por Maia (2003), que consiste em um espaço de apreensão e criação de sentidos, é uma ferramenta teórica que permite a compreensão dos movimentos psíquicos intersubjetivos necessariamente implicados nos processos de simbolização e que são também os responsáveis pelo movimento libidinal que traz mudança em um tratamento psicanalítico. O que impede a paralisia do processo analítico através do congelamento da libido, nos termos de Birman (2000), é justamente a possibilidade de circulação de sentidos através de afetação mútua, que ocorre no *setting*, entre analista e analisando. A experiência de afetação que aí se dá é o que permite uma movimentação criadora: novos sentidos podem ser criados, o que não se faz sem sofrimento, mas com vistas a novos horizontes, novas criações de si, possibilidades de abandono de uma "terceira perna" que constituía um "tripé estável", às custas de um horizonte sempre igual e paisagens sempre as mesmas:

> Perdi alguma coisa que me era essencial, e que já não me é mais. Não me é necessária, assim como se eu tivesse perdido uma terceira perna que até então me impossibilitava de andar mas que fazia de mim um tripé estável. Essa terceira perna eu perdi. E voltei a ser uma pessoa que nunca fui. Voltei a ter o que nunca tive: apenas as duas pernas. (...)
> *Estou desorganizada porque perdi o que não precisava?* (Lispector, 1998: 11-2, grifo meu).

A consideração do papel do excesso pulsional nos fenômenos transferenciais e a possibilidade de afetação mútua no espaço terapêutico são o norte para o exame da contribuição de Ferenczi e Winnicott, empreendida a seguir.

2

HETERODOXIA CLÍNICA EM FERENCZI: A ELASTICIDADE DA TÉCNICA

- Ah, não retires de mim a tua mão, eu me prometo que talvez até o fim deste relato impossível talvez eu entenda, oh talvez pelo caminho do inferno eu chegue a encontrar o que nós precisamos – mas não retires tua mão, mesmo que eu já saiba que encontrar tem que ser pelo caminho daquilo que somos, se eu conseguir não me afundar definitivamente naquilo que somos (Lispector, 1998: 73).

Uma vez mais encontramo-nos às voltas com passagens de tormento e súplica no relato que G.H. constitui em sua paixão. No capítulo precedente, o exame da importância da relação entre analista e paciente traduzida no conceito de transferência, que se foi metamorfoseando no decorrer das mudanças teóricas empreendidas por Freud, pôde ser inspirado pelas imagens elucidativas contidas no texto de Clarice Lispector. A preocupação com a experiência analítica e a eleição de alguns aspectos norteadores pelos quais ela se processa – mais precisamente o afeto e a intensidade – são novamente aqui inspiradas pelas idéias presentes nesta que é a paixão de G.H. No atual capítulo, procura-se examinar, inicialmente, a importância da contribuição de Ferenczi para pensar o dispositivo analítico e suas inovações técnicas e clínicas, que se sucediam umas às outras conforme suas experiências e a insatisfação constante que advinha de sua prática da psicanálise. Neste sentido, o trecho de Lispector (ou G.H.) aqui reproduzido parece quase um excerto clínico que teria sido capaz de suscitar algumas deliberações de Ferenczi, publicadas postumamente. Este autor defende, já imerso na questão técnica da neocatarse, o mergulho, por parte do paciente, naquilo que foi outrora vivenciado por ele, e, sendo assim, um mergulho repleto de intensidade, trazendo "excessos" que podiam parecer, na visão do paciente, prejudiciais ou ameaçadores não apenas ao analista, como às outras pessoas e coisas (Ferenczi, [1931] 1992: 250). A crença na força e poder do analista para salvar o paciente de tais excessos, como assinala Ferenczi no texto, é fundamental para que o paciente tope o mergulho, mas para isso o requisito básico é a confiança na pessoa do analista – tema que aparece repetidas vezes na

obra ferencziana, como se verá mais tarde –, para deixar-se largar nas profundezas de dores antigas e adormecidas e nas talvez inesperadas reações a elas. Também o texto de G.H. é um mergulho, por assim dizer. E, pouco antes de pedir a ajuda da mão (como aparece, aliás, em outros momentos do livro), G.H., após o encontro com a barata no quarto desabitado e desconhecido de sua própria casa, parte-a ao meio fechando bruscamente a porta do armário, deparando-se, horrorizada, com a gosma branca que se desprende de dentro do corpo do inseto. E descobrindo o inumano deste encontro, "a parte coisa" do humano, "o melhor nosso"[9], deparando-se, enfim, com o "imundo" que o civilizado assim qualifica, é que suplica aquela mão para que possa continuar a travessia do inferno: *não retires de mim a tua mão...* Talvez seja um tal mergulho – que é, em Clarice Lispector, transformado em escrita – o que Ferenczi passou a esperar de seus pacientes, vislumbrando tal procedimento, se acompanhado da sinceridade do analista, como o único capaz de levar à convicção necessária dos eventos traumáticos e à cura, pela qual ansiava em demasia e que o impulsionava a empreendimentos clínicos por vezes inacreditáveis e exprobrados por muitos. A súplica de Clarice Lispector, inaugurando este capítulo, dialoga com as percepções de Ferenczi, que escreve:

> Alguns [pacientes] asseguram-se de nossa benevolência de um modo verdadeiramente infantil, agarrando-nos a mão ou mantendo-a até nas deles durante todo o tempo do mergulho. (...) leves mudanças de pressão na mão tornam-se um meio de expressão da emoção. O fato de devolver ou não devolver essa pressão da mão pode, nesse caso, servir para avaliar a medida e a direção da reação do analista. (... um vigoroso aperto de mão pode impedir um despertar angustiado; a moleza da nossa mão será eventualmente, e com razão, sentida e apreciada como uma contradição mútua ou uma satisfação incompleta quanto ao que foi dito).[10]

A preocupação com o bem-estar do analisando, e com os benefícios a longo prazo de uma técnica que, a curto prazo, pode trazer grande sofrimento afetivo e sensorial, tal como é um mergulho numa "irrealidade louca" (op. cit., p. 250) não exime que o analista encontre recursos vários para reforçar ali sua presença, como se pode ver em seus textos e que será

---

[9] *A paixão segundo G.H.,* p. 69.
[10] Sándor FERENCZI, *Notas e fragmentos* (1931), in Psicanálise IV, 1992, p. 250. Grifo nosso.

mais detidamente examinado adiante. Como se sabe, a preocupação com a técnica era uma problemática que esteve no centro das análises de Ferenczi, principalmente no último período de sua vida, a partir de 1928[11]. Ainda assim, aquilo que Ferenczi via como o caminho necessário à cura talvez seja, para escolher palavras usadas por Clarice Lispector, um "relato impossível", ou parafraseando, pode se tornar um "mergulho impossível", que pode depender inexoravelmente do contato com a mão e do que ela transmite.

Este capítulo pretende examinar a contribuição de Ferenczi à construção da experiência psicanalítica, salientando-se as noções desenvolvidas a partir de 1928, caras para tal experiência e inspiradoras de uma prática possível em instituições de saúde.

2.1. Da transferência: introjeção e parcialidades

Sandór Ferenczi, psicanalista húngaro identificado com o tratamento de 'casos difíceis' e, segundo Maia (2003: 216), sob influência da teorização de Freud presente no texto *Recordar, Repetir, Perlaborar*, trouxe reflexões importantes para o âmbito da clínica psicanalítica, uma vez que crescia sua preocupação com o que, no tratamento, não era tocado pelo processo verbal do analisando que observava a regra fundamental da associação livre. Passou a notar que a estagnação de certos processos não podia ser resolvida se o foco continuasse exclusivamente voltado para a associação livre, uma vez que esta permanecia "ainda uma seleção muito consciente de pensamentos" (Ferenczi, [1931]1992: 335). Como se pode ler em seus textos, principalmente os de seu último período, buscava identificar o que, na situação analítica em si, e não na suposta resistência dos pacientes[12], podia estar atrelado diretamente aos resultados terapêuticos que não levavam à melhora esperada. Este incômodo clínico propiciou inovações técnicas que foram amplamente discutidas e modificadas ao longo

[11] Michael BALINT, *Prefácio,* in Psicanálise I, 1991, p. X.
[12] Em seu Diário Clínico, publicado em 1985, é possível encontrar de forma recorrente a crítica ao que chama de "busca paranóide" dos psicanalistas a obstáculos na resistência do paciente (p. 59).

de sua experiência, mudanças essas que começaram com a técnica ativa, até a proposta da relaxação e neocatarse, elaboradas na última fase de sua contribuição à psicanálise.

Como aponta Borges (2002), Ferenczi, ao propor a elasticidade da técnica analítica, que será abordada adiante, intuía o trabalho de análise e cada momento dela como sendo inaugural. Neste sentido, a narrativa não pode dar conta de certas experiências-limite e a clínica convoca o encontro com o múltiplo e o singular, em detrimento do conhecido e do dado. A autora assinala, em sua breve reflexão sobre a experiência analítica, o limite de um modelo que se centra na representação, no verbal e no recalque, ao afirmar, referindo-se a Ferenczi: "Recupera-se (...) a noção de inconsciente como campo de intensidades, fluxos, transformações constantes; não só como lugar do reprimido, mas, para além do representado, espaço das intensidades; (...)"[13]. Esse "além do representado" a que a autora alude é tratado por Ferenczi, em *Notas e fragmentos* ([1932], 1991), texto póstumo, na passagem de 26 de outubro de 1932. Nela o autor refere-se à existência, nos adultos, de uma "lembrança imobilizada no corpo", lembranças subjetivas que dizem respeito a sensações corporais, e que, neste sentido, no âmbito da técnica, não justificam a exigência de uma "*rememoração consciente* de algo que nunca foi consciente" (op. cit., p. 268). Vertzman (2002), por sua vez, em seu trabalho que resgata a noção de clivagem em Ferenczi, assinala tal limite do aparato conceitual da psicanálise que se centra no modelo do recalque, para pensar a neurose, ou no da foraclusão, no que tange à psicose (principalmente na tradição lacaniana). Esse aparato, portanto, não pode dar conta inteiramente disso que Ferenczi, na passagem supracitada, chama de "sensação sem objeto", que ocorre em alguns momentos do traumatismo, recuperado como fator patogênico fundamental nos últimos textos.

O lugar de relevo conferido à relação entre analista e paciente para o decurso da análise e o trânsito de afetos aí imbricado talvez seja um dos aspectos do pensamento de

[13] Hélia BORGES, *A arte dos começos,* in *Transgressões*, 2002, p. 202.

Ferenczi de maior relevância para esta pesquisa. Tal relação foi por ele continuamente explorada, desde seus primeiros incursos teóricos no saber psicanalítico, surgindo inicialmente através das noções muito próprias que desenvolveu sobre o tema da transferência. O que se destaca no conjunto das idéias concebidas por Ferenczi, no que diz respeito a este conceito, é a ampliação de suas fronteiras.

A noção de transferência, como se pôde ver através do exame empreendido no capítulo anterior, assume aspectos cada vez mais complexos e abrangentes para dar conta de acontecimentos clínicos que, com a idéia inicial de transferência como reprodução estanque de padrões e arma da resistência apenas, não poderiam ser abarcados pela intervenção do analista. A ampliação do que pode ser entendido como transferência, portanto, na obra do autor húngaro, está em sintonia com as propostas de Maia (2003) e Reis (2004) para pensar a transferência como operação criativa em conjunto com seus mínimos movimentos, estreitamente vinculados às manifestações sensoriais nas sessões de análise, estas que também receberam particular atenção de Ferenczi. É fato que esse autor não deixava passar ao largo de sua observação as manifestações corporais, expressões e gestos de seus pacientes durante as sessões de tratamento.

Como indica Lagache (1980), a transferência, de acordo com a perspectiva ferencziana, constitui-se em uma classe de introjeções que, no tratamento analítico, acabam por tomar como objeto a figura do médico. Desse modo, no texto *Transferência e introjeção* (1909), tem-se um exame aprofundado do que pode ser compreendido como transferência e que espécie de fenômenos ocorrem ligados ao movimento transferencial.

Inicialmente, Ferenczi apresenta uma metáfora química para elucidar o que ocorre no tratamento psicanalítico, comparando a psicanálise a uma espécie de catálise. O analista funcionaria, neste sentido, como um catalisador, cuja função seria atrair os afetos liberados pela transferência, afetos estes até então recalcados. Aqui, Ferenczi toma como base o modelo

do recalque, começando seu texto apresentando a citação freudiana do posfácio do caso Dora (1905) sobre as transferências[14]. Apesar de posteriormente, como já se teve oportunidade de assinalar neste trabalho, Freud trazer mudanças significativas à idéia de transferência, Ferenczi ainda se pautava na idéia inicial de Freud sobre a mesma, dado que os desenvolvimentos referidos ainda estavam por se estabelecer, mas já trazia à baila novas observações clínicas. Sua perspectiva é a de que a transferência pode ser engendrada até mesmo por detalhes tais como gestos do analista, nome idêntico ou parecido com o de pessoas importantes para o analisando, cor do cabelo, entre outros. Como aponta Maia a esse respeito, todas essas minúcias "podem se oferecer como dispositivo (...) para que uma transferência se opere" e, conseqüentemente, as parcialidades da figura do analista permitem a atualização de afetos (2003: 210). O autor está atento, portanto, à importância do detalhe como gancho para a transferência, assinalando-o como "elemento próprio para sustentar a transferência dos afetos inconscientes" (Ferenczi [1909]1985: 33). A dimensão afetiva já se encontra enredada no conceito de transferência, que não se restringe à transposição de imagens ou representações apenas.

De acordo com Ferenczi ([1909] 1985: 35), haveria uma tendência geral dos neuróticos para a transferência. Comparando o comportamento do neurótico com o de psicóticos, o autor aponta um funcionamento oposto, na medida em que os neuróticos buscariam "incluir em sua esfera de interesses uma parte tão grande quanto possível do mundo exterior, para torná-lo objeto de fantasmas conscientes ou inconscientes" (op. cit.: 36), o que se constituiria na introjeção, conceito de que lançou mão neste momento para tentar compreender como o mundo externo é assimilado pelo bebê. Segundo Vertzman (2002), "a introjeção é o processo permanente segundo o qual os neuróticos se vinculam aos outros", não dizendo respeito à posse de objetos, mas sim à pulsão. O processo pelo qual o sujeito introjeta

[14] Cf. capítulo anterior desta dissertação.

propicia que a pulsão deixe de funcionar como agente externo, integrando-se ao eu: esta instância e o isso seriam, ambos, formados pelo processo introjetivo, responsável pela capacidade do infante de se inserir no mundo, pela capacidade do eu de ampliar os laços de dependência com os outros (Vertzman, 2002). Haveria, *ipso facto,* uma dilatação do ego do neurótico, ao passo que, no caso de psicóticos, haveria, ao contrário, um estreitamento de seu ego. Nos termos do autor húngaro:

> O neurótico está em perpétua busca de objetos de identificação, de transferência; isto significa que ele atrai tudo o que pode para sua esfera de interesses, ele introjeta. ... O neurótico se interessa por tudo, espalha seu amor e seu ódio pelo mundo inteiro. ...O ego do neurótico é patologicamente dilatado (op. cit.: 36).

Como assinala Figueiredo (2003: 135) em seu estudo sobre a hipótese da contratransferência primordial, para Ferenczi seria a tendência à introjeção e à transferência na psicanálise com neuróticos aquilo que propicia que o analista disponha de "grande poder de intervir no psiquismo do paciente 'desde dentro', ou seja, como um objeto incluído em suas esferas de interesses passionais ou alvo de amores e ódios primitivos".

Referindo-se ao recém-nascido, Ferenczi fala da projeção primitiva e da introjeção primitiva, que seriam formas de o recém-nascido sentir aquilo que se passa à sua volta. Quando é capaz de distinguir aquilo que vive subjetivamente do que é percebido objetivamente, a criança efetuaria o que denomina "primeira operação projetiva, a projeção primitiva" ([1909]: 37), operação realizada quando quer se livrar de afetos desagradáveis, expulsando-os de seu ego para o mundo exterior. Desse modo, estaria transformando os afetos subjetivos em sensações objetivas. Por outro lado, haveria algo que não se deixa expulsar do ego com facilidade e, assim, ele reabsorveria parte do mundo exterior, que seria a primeira introjeção, ou "introjeção primitiva". Este mecanismo seria a base da transferência, que ocorre posteriormente na vida mental normal:

> O primeiro amor, o primeiro ódio, se realizam graças à transferência: uma parte das sensações de prazer ou/e desprazer, autoeróticas na origem, se

> desloca para os objetos que as suscitaram. (...) O primeiro amor objetal, o primeiro ódio objetal, é pois a raiz, o modelo para toda transferência ulterior, que não é então uma característica da neurose, mas a exageração de um processo mental normal (op. cit.: 37).]

Em texto posterior, de 1912, Ferenczi, dialogando com as idéias de Maeder, psiquiatra de Zurique, reafirma suas observações sobre a introjeção e a transferência, concebendo a primeira como uma extensão do ego, capaz de ocorrer em qualquer pessoa (e que está diminuída nas psicoses). A transferência, por seu turno, seria, nos neuróticos, um exagero inconsciente do mecanismo da introjeção, ou uma "espécie de doença introjetiva" (Ferenczi, [1912]: 61). Uma vez que o processo introjetivo é aquele responsável pela formação do psiquismo e vincula-se à pulsão, a transferência, fenômeno introjetivo que é, como procura ensinar Ferenczi, está, desde a fase inicial de sua obra, atrelada à transposição de fluxos afetivos, intensidades e forças.

De acordo com Reis (2004), para Ferenczi, a transferência seria um processo que, além de introjetivo, seria criador, e não apenas uma atualização de memórias infantis recalcadas. O que estaria no cerne desse processo seria a transposição de afetos, como assinalado anteriormente, e não de representações, conteúdos ou fantasmas. É interessante pensar, portanto, a ampliação do conceito de transferência, a partir de Ferenczi, em sintonia com o que propõem Eliana Reis e Marisa Maia, em que a transferência é vista como um processo criador. Reis aponta a introjeção proposta por Ferenczi como um *alargamento do eu*, em que haveria um processo simultâneo de construção do eu e do mundo (2004: 57). Neste sentido, de acordo com a autora, o problema reside em encarar a transferência exclusivamente como forma de resistência, o que esgota e limita a compreensão do que pode ocorrer nesta relação entre o paciente e seu analista, principalmente no tocante às manifestações de sofrimento e formas de subjetivação que surgem com freqüência na clínica contemporânea. É isso também o que aponta Peixoto Jr. (2003), em seu artigo sobre a atualidade clínica de M. Balint, ao trazer a hipótese de uma "transferência produtiva em análise que não passaria pelo

viés da resistência, e que remeteria necessariamente ao exame das condições de produção de sentido no processo de subjetivação" (2003: 224). Tal transferência produtiva remete à concepção de transferência como um processo criador, que busca ultrapassar a compreensão da mesma com base unicamente nos artigos técnicos de Freud (1912). Estes acabam por restringir a concepção do aparato psíquico ao modelo da representação e do recalcamento, deixando que outras dimensões transferenciais sejam consideradas pelo analista.[15] Esta é a preocupação que está, de igual modo, na base da inquietação de Ferenczi, quando se interroga sobre aquilo que não é abarcado pelo processo verbal na análise e que o fez estender seu olhar aos pequenos gestos e movimentos do paciente no *setting* analítico, além de, paulatinamente, remodelar o método de intervenção clínica na constante luta contra a inocuidade do processo terapêutico. Os impasses da análise, percebido por Ferenczi e outros autores, podem levar à ampliação da compreensão de cura psicanalítica e da própria transferência. Assim, nas palavras de Eliana Reis:

> ... a experiência de cura psicanalítica não se resume a escutar o que se fala e a revelar o inconsciente recalcado pela interpretação. A repetição impôs uma derrota a esse modelo, uma vez que ele, mesmo levando em consideração o poder da dinâmica psíquica e dos movimentos pulsionais, insistiu em apostar na força da razão contra a paixão cegante.[16]

2.2. Elasticidade e Rigidez: a Técnica em Questão

Não é sem motivo que Ferenczi teria se tornado o pivô de acirradas polêmicas entre os psicanalistas de sua época: as críticas severas que Ferenczi dirigia à técnica analítica e aos colegas de profissão, cada vez mais pontiagudas; a confissão de transgressões técnicas ao que era considerado o modo de agir correto (ou o mais próximo disso) do analista no *setting*; suas inovações, muitas vezes ousadas, com os pacientes, além de um questionamento recorrente à imutabilidade das teorias e da atitude dogmática do analista que não quer se desfazer de seu

[15] Na passagem de 10 de agosto de 1932 das *Notas e fragmentos,* Ferenczi menciona a existência do recalcamento, porém defendendo a existência de outros mecanismos psíquicos, tal como a dilaceração da personalidade do paciente e a fragmentação da mesma. (pp. 240-1 Psicanálise IV).
[16] Eliana REIS, *De corpos e afetos*, p. 112.

saber em prol do paciente, tudo isso, enfim, atingia, certamente, os brios daqueles que compraram a teoria e a técnica de Freud como um objeto acabado.

Ao escolher o exame da contribuição do pensamento do autor húngaro para o âmbito desta pesquisa, acreditamos que uma de suas características de maior relevo era a capacidade de se renovar continuamente. Atento sempre aos seus próprios sentimentos, buscando aprimorar sua própria análise e tentando evitar sofrimentos inúteis infligidos a pacientes por conta de uma cegueira que apenas vê a teoria, Ferenczi buscou construir um caminho heterodoxo, em que não evitava este ou aquele caso para analisar por adaptar-se ou não às exigências de analisibilidade, mas, ao contrário, caçava, destemidamente, os limites da teoria e da técnica para fazer face justamente a tais pacientes, ditos 'inanalisáveis'. Sua prontidão para a flexibilidade pode ser compreendida como um pré- requisito necessário ao analista que se vê diante das dificuldades em instituições de saúde pública e frente aos parcos recursos, até mesmo estruturais, que lhes são destinados.

2.2.1. A dimensão afetiva presente no *sentir com*

A dimensão afetiva tem lugar especial na clínica de Ferenczi, tendo ele sido criticado por Freud justamente como tendo sido "o padrinho dos transbordamentos de afeto maternal" (Sabourin, 1992: XII, citando a correspondência Freud-Ferenczi), que, segundo o pai da psicanálise, poderiam dirigir jovens analistas a um caminho criticável. Lendo-se seu Diário Clínico, publicado muitos anos após sua morte, encontram-se, repetidamente, reclamações de Ferenczi quanto à atitude fria do analista ante o sofrimento que o paciente revive no dispositivo analítico, considerando tal atitude um verdadeiro impeditivo à cura. Assim é que pôde deslocar a causa das estagnações nos processos terapêuticos da resistência do paciente, para localizá-la, sobretudo, no próprio proceder, consciente ou inconsciente, do profissional a quem é destinada a procura por um alívio do sofrimento. Neste sentido, o papel da

confiabilidade no analista ganha peso para o desenrolar fluido da análise, sendo a relação que se estabelece entre os dois personagens da cena analítica o que se torna fundamental para a aproximação da cura ["A simpatia cura"]. Acredita-se aqui que o tema da confiabilidade, tanto da criança no mundo ao seu redor, quanto, posteriormente, do paciente no analista, é fundamental para o movimento psíquico que se dá na experiência psicanalítica, tanto nas noções desenvolvidas por Ferenczi, como também em Winnicott, como será abordado mais à frente nesta pesquisa.

Em 1928, momento em que fica mais nítida a preocupação de Ferenczi orientada para problemas da técnica e impasses no andamento dos casos clínicos, esse autor traz à tona os movimentos psíquicos inconscientes do analista como aspectos responsáveis por atravancar ou, na via oposta, impulsionar os resultados terapêuticos a um fim desejável. De acordo com Figueiredo, a contratransferência, que não seria apenas algo da ordem da reposta ou reação do analista às transferências que advêm do paciente, seria um elemento fundamental do processo analítico, não podendo, desse modo, ser "descartado de uma compreensão do psicanalisar" (2003: 127).

Em *O problema do fim da análise* (1928b), Ferenczi, discutindo questões clínicas, ressalta a importância da perlaboração[17], que Freud já teorizava em 1914, como o mecanismo através do qual é possível obter mudanças no comportamento do analisando. Estas podem ocorrer, graças à perlaboração, mesmo após muito tempo em que se sucedem, umas às outras, as repetições pela transferência e pela resistência, ocupando a cena analítica em sua maior parte. No entanto, não é possível chegar à perlaboração, processo que requer grande disponibilidade interior do paciente e exige tempo considerável, sem que haja o elemento de confiabilidade do analista. As resistências referentes a este aspecto devem ser eliminadas, o que requer, de fato, que o analista possa "suportar as tentativas de análise com uma paciência

[17] A tradução do texto ferencziano aqui utilizada escolhe o termo *translaboração*, deixando claro sua sinonímia com *perlaboração*, que preferimos utilizar nesta dissertação, para não suscitar uma confusão de termos diferentes para significados similares.

inabalável" ([1928b] 1992: 21), pois o paciente tenta descobrir – e o faz – os sinais mais ínfimos de moções inconscientes do analista. É necessário também que o médico possa reconhecer "de bom grado seus próprios erros e despropósitos", atitude que rapidamente leva a uma mudança no comportamento do paciente. A neutralidade, portanto, está absolutamente ausente nesta cena e, ao reconhecer este fato, o analista não pode deixar de lado o que há de afetivo em si mesmo e as implicações que daí derivam para o dispositivo analítico.

A atitude do analista ganha maior ênfase no texto do mesmo ano em que Ferenczi trabalha o conceito de *tato*. *Elasticidade da Técnica Analítica* é, portanto, a produção de Ferenczi em que se vêem os maiores questionamentos ao modo habitual de proceder do psicanalista e ao princípio de frustração que, segundo o autor, acabam por causar, no paciente, mais sofrimento do que seria absolutamente necessário. Ainda que ele não defendesse a ausência de sofrimento na clínica e reconhecesse que aprender a suportar os sofrimentos advindos de frustrações seria uma das tarefas do empreendimento psicanalítico, não deixava de mostrar, em paralelo a essa idéia, que a "economia de sofrimento" (Ferenczi, 1930) não era algo sem valor para os resultados terapêuticos. O texto aqui mencionado traz mais explicitamente os momentos em que Ferenczi tece críticas a tudo que se coloque aprioristicamente ao paciente: nesse sentido, a relutância do analista em se desfazer de seu saber e a supremacia que muitas vezes a teoria adquire, independentemente da singularidade de cada caso, tornando o paciente algo que se encaixa nesta ou naquela brecha de uma teoria já pronta e nunca passível de erro, pode ser considerado um obstáculo ao descongelamento da análise muito mais proeminente do que supostas resistências do paciente. O autor lembra constantemente que o analista e a teoria que elaborou podem errar ou, o que também é possível, alguns pacientes podem não ter suas singularidades psíquicas e experiências de sofrimento abarcadas totalmente por este ou aquele aparato conceitual. Ferenczi alerta: a teoria e a atitude do analista precisam ser elásticas, o que, segundo nosso entender, não

significa dizer "frouxas". Mais necessário do que se apegar de maneira aferrada ao próprio saber, é poder agir com *tato,* que seria "a faculdade de 'sentir com' (Einfühlung): "exigência moral de não fazer ao outro aquilo que, em circunstâncias análogas, não gostaríamos que nos fizessem". Ainda que fale do tato, assinala que o analista não deve se guiar apenas por seus sentimentos antes de se decidir a fazer um comunicado: deve "pesar friamente a situação" (1928c: 303). A atitude de mestre-escola, dessa forma, não é recomendada para o desenrolar do processo terapêutico. Cabe aqui um parêntesis para remontar às críticas que dirigia a Freud como teórico e analista, já nos últimos meses de sua vida: em seu Diário Clínico, na nota de 1º de maio de 1932, encontram-se queixas em relação àquele que fora seu amigo, mestre e analista: "(...) seu [de Freud] método terapêutico, tal como sua teoria, estão cada vez mais impregnados de interesse pela ordem, pelo caráter, pela substituição de um mau Superego por um outro melhor; ele se tornou *pedagógico*" (Ferenczi, [1932]1985: 131).

No texto sobre a elasticidade da técnica, o psicanalista húngaro distingue *tato* de "mera intuição ou sentimentalismo" ([1928c]1992: 308). Na busca de desenvolver o *tato*, que não é algo que vem dado àquele que se dedica à psicanálise, mas que se desenvolve com a experiência e com a própria análise concluída, o analista deve procurar

> ...saber quando e como se comunica algo ao analisado, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para se tirar conclusões; que roupagem dar à comunicação se for o caso; como reagir a uma reação inesperada e desconcertante do paciente; quando se deve calar e esperar outras associações, em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc (Ferenczi, [1928] 1992:303).

Convergindo com as idéias reproduzidas na citação acima, defende ainda a economia de interpretações, afirmando que "(...) o fanatismo pela interpretação faz parte das doenças infantis do analista" (idem). O objetivo é que o paciente possa, quando não dominado pelas resistências, realizar todo o trabalho de interpretação através de uma pequena ajuda ou mesmo prescindindo dela. Assim, o que está no cerne das idéias desse texto capital e da noção de *tato* aqui trabalhada é o permanente exame crítico que o analista deve orientar face às suas

próprias ações, considerando a possibilidade do erro, da dúvida e da incerteza, ao invés de proceder de modo precipitado, e assim erroneamente pressupor que é possível entender rápido uma dada situação psíquica. O auto-exame deve ser uma constante do analista, evitando assim atropelar o paciente com seus dogmas, certezas e interpretações e silêncios forçados.

Talvez a percepção da grande ilusão que pode estar camuflada numa suposta clareza perceptiva que vem com a interpretação, quando atabalhoada e satisfazendo uma necessidade do próprio analista e não do paciente, como adverte Winnicott[18], seja um pressuposto da experiência de G.H., mais uma vez aqui retomada. Vale a pena refletir por intermédio de suas palavras:

> Talvez o que me tenha acontecido seja uma compreensão – e que, para eu ser verdadeira, tenho que continuar a não estar à altura dela, tenho que continuar a não entendê-la. Toda compreensão súbita se parece muito com uma aguda incompreensão.
> Não. Toda compreensão súbita é finalmente a revelação de uma aguda incompreensão. Todo momento de achar é um perder-se a si próprio. Talvez me tenha acontecido uma compreensão tão total quanto uma ignorância, e dela eu venha a sair intocada e inocente como antes. (Lispector, 1998: 16)

G.H., ao se deparar com a barata, ao se deparar com o inumano, abandona-se a uma experiência de excesso que não encontra um sentido verbal. E percebe que talvez a compreensão através de moldes verbais seja uma ignorância, e que, ao se compreender, é possível haver a perda de si. Perda de si no sentido de que o que se tem verbalmente inúmeras vezes pode não coincidir com a experiência que se procura explicar. A interpretação psicanalítica pode ser uma *aguda incompreensão,* nesse sentido. G.H. pede: *Ah, e nem ao menos quero que me seja explicado aquilo que para ser explicado teria que sair de si mesmo* (p. 16), e é para este ponto que Ferenczi tenta chamar a atenção de seus colegas psicanalistas, bradando, cada vez com maior veemência, os detalhes que repetem na experiência analítica aquilo que era para ser aliviado, ou mesmo curado. As problemáticas levantadas pelo autor

[18] Cf. D. WINNICOTT, *O brincar e a realidade* e *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.*

mostram, assim, o que a psicanálise acaba por tirar de si na busca insólita de compreender/explicar.

Retornando ao texto de Ferenczi, cabe apontar uma última ressalva que ele contém: o *tato* do analista traduzido em *elasticidade da técnica* não significa, uma vez mais, a frouxidão, isto é, "ceder sem resistência", mas sim, a busca do analista de se "colocar no mesmo diapasão do doente, (...) mas nos mantermos firmes, até o fim, em nossa posição ditada pela experiência analítica". ([1928c]1992: 311-2). É possível perceber que adquirir tal "faculdade de sentir com" e proporcionar sua concretização na clínica é caminhar com equilíbrio nos meandros da possibilidade, menos fácil do que pode parecer, de construção do dispositivo psicanalítico.

A relevância concedida ao *tato* e à *elasticidade* é retomada por Ferenczi em texto[19] produzido no ano seguinte, no qual discute o problema da pulsão de morte nos momentos iniciais do desenvolvimento da criança e o reflexo de um mal-acolhimento primordial na vida futura do sujeito. Trata-se aqui da idéia a respeito da influência do ambiente inicial nos desenvolvimentos futuros do adulto (Octavio Souza, 2001; Oliveira, 2005). Quando há tato do meio ambiente e a educação é conduzida com base neste princípio, a força vital da criança pode ser reforçada cada vez mais; entretanto, quando isso não ocorre e a aversão e a impaciência da mãe (concreta) são registradas pela criança, o que se vê é uma quebra na vontade de viver, com reflexos significativos em toda a vida da pessoa. Nestes casos, o *tato* é imprescindível na clínica e o depoimento de Ferenczi é o de ter se encontrado "na obrigação de reduzir cada vez mais as exigências quanto à capacidade de trabalho do paciente" ([1929] 1992: 51). Nesse ponto, o autor permitia que os pacientes pudessem "desfrutar pela primeira vez a irresponsabilidade da infância, o que equivale a introduzir impulsos positivos de vida e razões para se continuar existindo. Somente mais tarde é que se pode abordar, com prudência,

[19] *A criança mal-acolhida e sua pulsão de morte*, 1929.

essas exigências de frustração que (...) caracterizam as nossas análises" (op. cit.: idem). Acredita-se que *prudência* seja uma palavra importante na citação aqui reproduzida e que é o mote que deve estar sempre presente no auto-exame daquele que, como analista, busca agir com tato continuamente.

A capacidade de autocrítica constante e a necessidade de prudência no modo de agir do analista foram se tornando mais densos nos últimos artigos produzidos antes do Diário Clínico. Quando da retomada da traumatogênese no bojo da etiologia das neuroses, cada vez mais a situação analítica era colocada em xeque se continuasse a prosseguir sem a elasticidade defendida desde 1928. Em *Análise de crianças com adultos* (1931), Ferenczi lança um grande feixe de luz à dificuldade da técnica analítica habitual, apagando, definitivamente, o foco que parecia ser mais confortável dirigir a uma suposta incurabilidade do paciente quando os retrocessos e paralisias se sucediam na prática clínica. Devia-se, conseqüentemente, buscar a causa de tais dificuldades mais na inabilidade do analista e talvez em uma técnica improlífera. Encontra-se, no texto em questão, uma vultosa reprovação à noção de que a associação livre é o caminho inquestionável para o processo terapêutico colocar-se em marcha e parece importante reproduzir na íntegra suas palavras:

> Precisei então incessantemente fazer a pergunta: será que a causa do fracasso é sempre a resistência do paciente, não seria antes nosso próprio conforto que se recusa a adaptar-se às particularidades da pessoa, no plano do método? Nestes casos aparentemente estagnados em que a análise não traz, já há tempos, nem perspectivas novas nem progressos terapêuticos, tive o sentimento de que o que chamamos associação livre permanece sempre ainda uma seleção muito consciente de pensamentos, e levei então os pacientes a uma 'relaxação' mais profunda, a um abandono mais completo às impressões, tendências e emoções interiores que surgiam espontaneamente.[20]

Esse texto é conhecido por delinear mais precisamente a aproximação da análise de crianças com a análise de adultos, que, aliás, já podia ser vislumbrada no texto sobre a criança mal-acolhida: através da crítica à ausência de reação do analista, o que motiva a perturbação

[20] Sándor FERENCZI, *Análise de crianças com adultos*, 1931, in *Escritos psicanalíticos*, p. 335.

da associação por parte do paciente, e buscando um mergulho mais profundo nas vivências traumáticas passadas, Ferenczi mais uma vez procedia a uma inovação do método. A "análise pelo jogo", em que o dispositivo analítico se aproxima do jogo de perguntas e respostas que se verifica no atendimento psicanalítico com crianças, se torna um meio para atingir a investigação analítica com profundidade daquilo que surge como material lúdico atuado ou repetido. Apesar de se permitir a liberdade de atenuar "a oposição tão viva até o presente entre a análise de crianças e a análise de adultos"([1931]: 334-5), Ferenczi alertava seus leitores para o fato de que suas análises pelo jogo não se distanciavam inteiramente das outras análises. Esse texto ilustra bem o que Sabourin (Posfácio, 1985) aponta acerca da influência das intuições de Ferenczi sobre desdobramentos posteriores de numerosos autores do campo psicanalítico e, neste sentido, Oliveira (2005) refere-se ao que denomina de "matriz ferencziana", englobando o próprio Ferenczi, seu discípulo M. Balint e ainda D. Winnicott. De fato, em *Análise de crianças com adultos*, pode-se encontrar aproximações dignas de nota com o pensamento que Winnicott desenvolverá mais tarde e que será objeto de exame neste trabalho. Por ora, cabe-nos salientar o lugar que Ferenczi confere ao analista e que muito se assemelha à idéia de Winnicott sobre a questão das variações clínicas da transferência[21] em casos "particularmente difíceis" (Ferenczi, [1931]: 335). O *tato* que o analista deve cultivar na experiência psicanalítica em certos momentos e com determinados pacientes é aqui trabalhado de modo análogo ao comportamento que uma mãe deve exprimir face ao seu bebê, problemática recuperada por Winnicott. Neste sentido, Ferenczi defende que o analista possa ceder aos desejos e impulsos afetivos do paciente, prolongando-se a sessão pelo tempo suficiente para que se possam aplainar as emoções do paciente, e chegando à conclusão de que se deve proceder "à maneira de uma mãe carinhosa (...)" (1931: 341), mesmo que em momentos posteriores do tratamento seja necessário colocar um fim aos excessos do paciente.

[21] D. WINNICOTT, *Formas clínicas de transferência* (1955) in *Da pediatria à psicanálise*, 2000.

Novamente, percebe-se, na atitude metodológica de Ferenczi, a fuga à restrição do analista por conta de uma rigidez técnica que teme ousar novos procedimentos, cristalizada que está em padrões formatados com base em quadros clínicos que pareciam funcionar e progredir sem grandes manifestações afetivas e sensoriais no dispositivo analítico. Todavia, como aponta Oliveira (2005), os quadros clínicos com que se deparavam os autores identificados com a matriz ferencziana (incluindo aí Balint e Winnicott) exigiam uma alteração técnica que "tornam o *setting*, com sua regularidade, confiabilidade e discrição tão ou mais importantes que a interpretação" (Oliveira, 2005: 61). Esse autor aponta o ceticismo quanto ao foco no que há de intelectual na prática clínica e, de fato, é possível perceber a proliferação de críticas de Ferenczi quanto à associação livre como técnica muito próxima ao nível consciente, não atingindo, por conseqüência, vivências passadas não abarcadas pela representação verbal. O autor húngaro buscava, além disso, que seu trabalho clínico pudesse tocar não apenas as lembranças recalcadas, mas também o que chamou de *lembranças subjetivas* como sensações corporais, ou seja, procurava atingir tudo o que se referia a uma memória de um período arcaico, "o lugar do não-representável, um lugar que não é o do recalcamento, está fora do espaço psíquico da representação pela impossibilidade de rememoração" (Fontes, 2002: 41). Dessa forma, voltou sua atenção para o trauma e seu resgate curativo na experiência analítica, como se pode ver na seção seguinte.

2.2.2 Repetição do trauma na análise: confiança e contraste

Análise de crianças com adultos (1931) é um texto relevante também pela razão de que seu autor traz à tona a problemática do trauma, resgatada de forma heterodoxa nesta fase final de sua clínica, e que põe em relevo a dimensão afetiva na cena analítica. O autor traça paralelos significativos entre o trauma vivido na infância e o trauma que pode ser repetido na situação de análise, servindo para reforçar os sintomas, ao invés de abrir caminho para a cura.

O modo como Ferenczi recupera a noção de traumatogênese, neste período, coloca no centro do debate sobre o dispositivo analítico, e sua validade como instrumento terapêutico ou não, a relação entre analista e paciente e, como já se teve oportunidade de sublinhar, a confiabilidade como elemento que suscita o movimento psíquico ou o congela indefinidamente. Entretanto, é sabido que a retomada de tais noções não foi sem percalços no trajeto de Ferenczi. Suas críticas, que ameaçavam o conforto de um aparato teórico estabelecido, e o desentendimento com Freud, no final de sua vida, contribuíram para que as teorizações de Ferenczi fossem mantidas em isolamento, sendo necessário mais de meio século para que suas idéias e intuições fossem aos poucos integradas pela comunidade psicanalítica (Dupont, prefácio, 1985: 12).

Desse modo, como se pode perceber, quando da retomada da importância do traumatismo na gênese dos sintomas e adoecimento dos pacientes com os quais Ferenczi se deparava, sua preocupação centrou-se também nos elementos do dispositivo analítico que podiam levar à cura e naqueles que, ao contrário, levavam à repetição do trauma ou que, no mínimo, não contribuíam para dar uma resolução às tensões despertadas no desenrolar da cena analítica. O início de seu Diário Clínico traz apontamentos sobre aquelas que seriam condições desfavoráveis da análise e suas imbricações com a repetição do trauma. Elas remontam à insensibilidade do analista – tema que inaugura o Diário na passagem de 07 de janeiro de 1932 –, à atitude sem afeto por parte do analista e que não favorece o estabelecimento do sentimento de convicção no paciente, caro ao autor para a possibilidade curativa, e ainda a repetição, na análise, do silêncio em relação ao trauma infantil[22]. Dessa forma, se sua "terapêutica ativa" anterior contribuía para reativar experiências traumáticas passadas agora na presença do analista, foi observando, não obstante, que não havia a resolução dessa compulsão a repetir e a tensão era elevada a um grau desfavorável. Assim,

[22] Cf. *Diário clínico,* pp. 31, 57, 58, entre outras.

Ferenczi substituiu as ordens e interditos por conselhos e sugestões, depois trouxe a flexibilidade e, finalmente, chegou à importância da paciência e da indulgência (Balint, 1992: p. XIX). O lugar traumatizante da análise é flagrantemente apontado por Ferenczi, que, com isso, traz à baila a possibilidade de um caráter iatrogênico do dispositivo analítico. Se outrora os adultos, em seu silêncio hipócrita face ao sofrimento da criança, contribuíam desmesuradamente para conferir o caráter de trauma a acontecimentos carregados de sofrimento, os analistas não deviam se comportar de igual forma perante a dor de seus pacientes em situação de análise. Em 24 de julho de 1932, Ferenczi tece a seguinte observação em seu Diário Clínico:

> O contraste com o ambiente da situação traumática, portanto, a simpatia, a confiança – recíproca – devem ser estabelecidas, antes que se apresente uma nova atitude: a rememoração em vez da repetição. A associação livre, por si só, sem que sejam lançadas novas bases para uma atmosfera de confiança, não proporciona, portanto, uma cura verdadeira. O médico deve se dedicar de corpo e alma ao seu caso ou então, se não o fizer, deverá reconhecê-lo honestamente, ao contrário do comportamento dos adultos com relação às crianças. (1985: 214).

Esse autor, em sua tentativa desesperada de evitar o que denunciava, e examinando seu próprio comportamento face a seus pacientes, não se cansou de apontar, também em si, os efeitos negativos de algumas características inerentes à atitude do analista: “Ficava atento quando os pacientes me acusavam de ser insensível, frio, até duro e cruel, quando me censuravam por ser egoísta, sem coração e presunçoso (...)” (Ferenczi,[1933] 1992:98).

Em *Princípio de Relaxamento e Neocatarse* (1930), Ferenczi trabalha a importância do traumatismo em alguns quadros clínicos onde este fator impera, apontando ainda a dimensão afetiva que se mostra no dispositivo analítico. As transgressões ao *setting* são também aqui abordadas por ele, que se incomodava com a possibilidade de o paciente não dar vazão às críticas negativas que provavelmente cultivava em relação ao analista, muitas vezes recusando-as a si mesmo. Encarava essa impossibilidade de crítica ao analista e a recusa à liberdade ao analisando como mais um dos fatores impeditivos ao processo de análise,

afirmando que a transferência positiva pode se instalar uma vez que se esgote toda a agressividade possível. Já foi muito discutido o quanto tais questões remetem ao incômodo de Ferenczi quanto ao posicionamento de Freud como seu analista e sua mágoa referente ao não-acolhimento de sua transferência negativa (Maia, 2003: 51), o que se pode verificar também em seu Diário Clínico. De acordo com Dupont (1985), um dos três temas recorrentes desse último escrito trata-se da crítica ao dispositivo analítico estabelecido por Freud e da própria atitude de Freud como analista[23].

Retornando ao texto de 1930, as transgressões a uma suposta forma correta de proceder como psicanalista tinham fins terapêuticos. Estavam vinculadas aos seus desenvolvimentos sobre a importância do traumatismo no adoecimento dos doentes e sua repetição por intermédio de um comportamento semelhante do analista[24]. A liberdade que Ferenczi concedia a si mesmo para permitir-se não seguir à risca as recomendações técnicas que o próprio Freud dedicou a principiantes levou à postulação do princípio do relaxamento ao lado do princípio da frustração em análise. A cristalização da técnica, fixada unicamente no princípio da frustração, levava, como observava o autor em sua prática, a um aumento supérfluo da resistência por parte dos pacientes, desaguando em uma repetição do traumático infantil de maneira demasiadamente literal. Pôde, assim, observar em seus pacientes, uma atitude mais flexível que se seguia à relaxação, em oposição a um comportamento fixo do paciente anterior à mudança de método. Sua conclusão é a de que, pela perspectiva do paciente, pode-se comparar "a reserva severa e fria do analista como a continuação da luta infantil contra a autoridade dos adultos" ([1930], 1992: 61). Assim, a criação de uma atmosfera de confiança possibilitou o surgimento de determinados sintomas que Ferenczi

[23] Freud foi analista de Ferenczi durante a Primeira Grande Guerra, em 1914 e, de forma descontínua, em 1916.
[24] As transgressões a que se refere incluem que o paciente não se deite no divã e encare o analista frente a frente, ou que possa deambular dentro do consultório, ou ainda prolongar a sessão analítica até que se esgote a reação emotiva do paciente – procedimento este que pode significar a dedicação de duas ou mais sessões por dia ao paciente – ([1930] 1992: 58), entre outras.

chamou de neocatarse, em contraponto à "paleocatarse" dos primórdios da psicanálise: aqui, o que ocorre é o aparecimento de "sintomas histéricos corporais" pela primeira vez em análises que vêm de anos e que reforçam as "reconstruções" atingidas por meio da análise. A convicção do paciente face ao vivido é muito mais sólida, o que se contrapõe à aceitação de idéias que são inculcadas por meio de uma técnica meramente sugestiva, e que não penetrou com cuidado no material mnêmico traumático. Das "medidas de relaxamento" decorre que a rememoração possa ser favorecida, ao invés de uma simples repetição, esta sim iatrogênica.

Mas é no texto sobre a *Confusão de Línguas entre adulto e criança* (1933) que se pode encontrar o resgate, de maneira decisiva, da importância do fator traumático no surgimento da neurose. Nesse trabalho, fica patente a estrutura bifásica dos traumatismos infantis patogênicos, em que há dois momentos: o primeiro, em que o bebê ou a criança é submetida a uma hiper ou hipo-estimulação, oriunda de adultos importantes em sua vida; e a segunda fase, que tem um papel crucial na formação do trauma, na qual a criança busca uma reparação ou compreensão por parte de tais adultos, obtendo em troca apenas a negação do que ocorreu na primeira fase (Balint, 1992: XX). Nesses termos, Ferenczi não abre mão da hipótese de que o traumatismo sexual na infância adquire feição patogênica e que não se trata de fantasias de criança ou "mentiras histéricas", como Freud foi levado a defender após a assunção da idéia de realidade psíquica (1900). Assim, Ferenczi assevera que a análise deveria ser aprofundada de modo a permitir, por intermédio da ab-reação, que "quantidades importantes de afetos recalcados se impusessem à vida afetiva consciente e pudessem em breve pôr fim ao surgimento de sintomas (...)" ([1933] 1992: 97-8), com uma resolução diferente daquela vivida na infância.

O resgate do trauma no plano das idéias e a importância da neocatarse a ele atrelada colocam em destaque, como se vê, o papel dos fatores afetivos no processo terapêutico, vinculados intimamente à confiança no analista. Ferenczi, revisitando, nesse texto, a história

da psicanálise e as modificações empreendidas no plano da técnica, afirma ter ela se tornado um "processo essencialmente intelectual" por converter-se numa "espécie de experiência infinita de associações" ([1933]1992: 55). A importância que o autor húngaro atribui à afetividade pode ser aqui vista, quando demonstra que, finalmente, fracassos terapêuticos de Freud o teriam levado a "restabelecer a afetividade na relação analista-analisando, que tinha sido manifesta e erroneamente negligenciada durante um certo tempo. (...) [Isso era feito] conferindo mais atenção e valor aos sinais de transferência de afetos e de resistência afetiva que se manifestavam na relação analítica" (op. cit.:idem). A preconização do abandono de uma atitude majoritariamente intelectual do analista e a idéia de que a ortodoxia na clínica em nada podia ajudar o processo terapêutico podem ser observadas nas seguintes anotações, redigidas em 10 de março de 1932, no Diário:

> As experiências neocatárticas parecem obrigar-me, com muita freqüência, a me desviar da manutenção rígida desse princípio analítico perto do final de uma análise: nos momentos de relaxamento muito profundo, o recurso ao intelecto parece ora impossível, ora perturbador, e, em todo caso, sem utilidade(...) (Ferenczi, 1985: 89).

Assim, o texto publicado em 1933 problematiza amplamente questões como a insinceridade do analista e o repúdio de sentimentos contratransferenciais. Ademais, a originalidade de Ferenczi ao retomar o traumatismo na gênese das neuroses é este paralelo que pode assumir com o tratamento psicanalítico quando o mesmo contém em si as tais condições desfavoráveis, enumeradas nas páginas de seu Diário Clínico. O autor não nega a possibilidade de existir, de modo dissimulado e mascarado, no analista, uma antipatia face ao paciente e, muitas vezes, impulsos sádicos[25]. A mentira, que aqui assume a forma de dissimulação, já é um assunto caro a Ferenczi desde suas primeiras publicações psicanalíticas[26] e que retorna, como problemática crucial, em seus textos finais. O que interessa mais primordialmente para este trabalho, no texto considerado, é antes de tudo a

[25] Em 13 de agosto de 1932, Ferenczi refere-se explicitamente ao prazer sádico que pode estar presente no analista. (*Diário Clínico).*
[26] Cf. *Psicanálise e pedagogia* [1908] in *Psicanálise I,* 1991.

atenção que chama para a iatrogenia veiculada pela hipocrisia profissional e pela mentira que se repete em análise daquela que foi responsável pela consolidação do trauma em épocas anteriores. O desmentido na infância não deve reaparecer na cena analítica e é de fato a confiança do paciente "aquele algo que estabelece o contraste entre o presente e o passado insuportável e traumatogênico" ([1933] 1992: 100). Parece-nos que a confiabilidade é, por conseguinte, o cerne da questão, tanto no que se refere ao trauma, quanto àquilo que remete ao desenrolar terapêutico. A confiabilidade, portanto, depende do trânsito de afetividade no âmbito da relação analítica:

> É como se duas metades da alma se completassem para formar uma unidade. Os sentimentos do analista entrelaçam-se com as idéias do analisado e as idéias do analista (imagens de representações) com os sentimentos do analisado. Desse modo, as imagens que de outro modo permaneceriam sem vida tornam-se episódios, e as tempestades emocionais, sem conteúdo, enchem-se de um conteúdo representativo (?). (19 de janeiro de 1932). (Ferenczi, 1985: 45).

O tema da confiabilidade é retomado a seu modo, por Winnicott, quando traz elaborações relevantes acerca da confiança no ambiente e da confiança no analista, elementos que são chave para a espontaneidade e a criatividade, tanto na vida, quanto no processo psicoterápico. Para o desenvolvimento do brincar da criança, que, como será visto mais tarde, é, segundo esse autor, localizado no espaço potencial entre a mãe e o bebê, é necessário que haja o estado de confiança na fidedignidade da mãe ou da figura materna. De igual modo, para que se possa realizar a psicoterapia, isto é, este processo em que o brincar do terapeuta e do paciente podem se desenvolver em comum, esta confiança também se faz necessária. É preciso de um estado tal em que o paciente possa atingir condições para o relaxamento, propiciado pelo ambiente terapêutico, proposição esta que converge com o relaxamento preconizado por Ferenczi como elemento que impulsiona à diminuição da resistência do paciente. Assim, ele poderá exercer sua criatividade no processo de cura (Winnicott, 1977: 76). Desse modo, como aponta Oliveira (2005: 59), a prática clínica tanto de Ferenczi, quanto

de Winnicott (e também de M. Balint) é calcada na confiança e na afetividade, o que será discutido, quanto à contribuição winnicottiana, de forma mais ampla adiante, neste trabalho.

2.2.3. Análise mútua: desdobramentos finais

Após percorrermos uma parte do trajeto de Ferenczi e do desenvolvimento de suas idéias no último período de sua vida, não é sem importância dedicar uma atenção a esta que foi a derradeira inventiva metodológica de sua carreira como psicanalista. A análise mútua, tratada com afinco nas páginas de seu Diário Clínico, desperta o interesse menos por sua ousadia clínica, que não deixa de surpreender, do que pelos questionamentos que suscita sobre numerosos fatores do comportamento, da intervenção e dos sentimentos do analista no desenrolar dos processos psicoterápicos que conduz. A análise mútua é o resultado da intensificação da importância que Ferenczi atribuía à sinceridade do analista no decurso da experiência psicanalítica. Acredita-se aqui que a leitura de seu relato é enriquecedora por permitir o confronto com reflexões que devem constituir o quotidiano do analista, seja ele realizado em consultório, seja, parafraseando, nas instituições "difíceis".

As anotações de 5 de maio de 1932 trazem o relato sobre o início desse empreendimento clínico. A análise mútua teria começado, neste sentido, com a paciente R.N., pela qual Ferenczi nutria uma antipatia que tentou compensar através de uma exagerada e artificial simpatia. Tal paciente, pressupondo sentimentos de ódio em Ferenczi, exigiu que o pudesse analisar, sendo que após um ano de resistência por parte dele, iniciaram a análise mútua, que foi se tornando sistemática, com sessões alternadas ou duplas, sendo uma hora para ela, e outra para ele (Dupont, 1985). De acordo com seu relato, Ferenczi teria obtido desse empreendimento inédito alguns bons efeitos: para sua surpresa a paciente tinha razão e seus complexos maternos foram sendo desvendados analiticamente e mostrando sua relação

com os sentimentos contratransferenciais que nutria pela paciente-analista e, finalmente, as benesses da técnica foram estendidas também a outros pacientes.

Não é difícil supor que Ferenczi chegou também a questões acerca dos limites da análise mútua. Na passagem de 3 de março de 1932, é possível percebê-lo: "Cada vez mais me pareceu indigno agir como se tivesse me virado muito bem com a mutualidade, quando na verdade só realizei a minha 'auto-análise' com uma considerável *reservatio mentalis*" ([1932]1985: 80). Pode-se ter um julgamento crítico negativo da técnica da mutualidade, uma vez que já se tem o parâmetro de algo anterior: as regras arroladas por Freud e que, inicialmente, também poderiam ser muito arbitrárias, mesmo com todas as justificativas teóricas impregnadas de racionalidade para fundamentá-las, e mesmo considerando que seriam regras que convinham a seu temperamento, podendo não ser por todos adotadas (Birman, 1988: 12). Não é impossível aventar a hipótese de que se o padrão criado por Freud para o estabelecimento da psicanálise fosse o da análise mútua, talvez a ela os psicanalistas estivessem habituados, e achassem ruim se Ferenczi rompesse com isso, propondo a abstinência e uma maior neutralidade. Vale dizer, a variabilidade é uma característica da técnica psicanalítica e, em termos da própria perspectiva de Freud, não é possível concebê-la como algo normatizado e universal (op. cit.: 12). Um empirista busca desenvolver sua teoria com base em experimentações e seus resultados a fazem avançar: assim Ferenczi fazia com todas as suas iniciativas teóricas e clínicas, permitindo-se criar e refletir em cima das conseqüências de sua criação. Esse é também o caso da análise mútua. Apesar disso, não se quer, com os argumentos aqui tecidos, defender sua adoção, de forma mais ou menos sistemática, mas salientar a liberdade de criação que Ferenczi permitia a si mesmo no trato com os pacientes, sempre visando fins terapêuticos e na maioria das vezes chegando à autocrítica necessária para continuar com eles ou perceber suas contra-indicações.

Todavia, o que é de particular interesse em torno da análise mútua parecem ser, como já se apontou, as problemáticas do quotidiano clínico que o autor levanta. Sabe-se, ainda assim, que elas não podem ser tão facilmente solucionadas, o que não significa que se as deva ignorar. A análise mútua é uma busca desesperada pelo contraste entre a situação analítica e o passado doloroso da infância, através de um recrudescimento da sinceridade com o paciente. No entanto, Ferenczi não deixava de alertar que seria necessário estar avançado na análise e avaliar a sensibilidade do paciente, isto é, o que ele poderia agüentar e sustentar daquilo que ouviria do analista. A sinceridade por ele preconizada não era levada a cabo de modo irresponsável, portanto. A prudência, exigida quando do exame do *tato* e da elasticidade, não estava ausente nesta que é uma de suas últimas empreitadas.

A preocupação com o trauma e com a clivagem da personalidade perpassa as anotações do Diário e rondam a mutualidade: Ferenczi procurava a reunificação da personalidade de seus pacientes e identificava o sentimento de convicção como o elemento que permitiria, se duradouro, a reintegração tão desejada. Neste sentido, os passos que levariam à convicção do paciente quanto ao vivido traumático, após a repetição do trauma na situação analítica, estavam atrelados aos afetos do analista, à sua capacidade de se deixar tocar pelo sofrimento do paciente, à sua habilidade de reagir emocionalmente, ao invés de uma atitude fria ou mesmo presunçosa. Quando, por intermédio da análise mútua, o analista tem "aversão a representar" e dá curso à explosão de sentimentos que contrasta com a frieza que havia anteriormente, ocorre o "degelo no paciente, aumenta nele o sentimento de que compreendi (quer dizer, senti) enfim o seu sofrimento, daí um sentimento muito mais seguro (a) da realidade do que lhe aconteceu em particular, (b) do contraste entre o presente e a época desses eventos (...)" ([1932]1985: 60). Quando o analista de fato é afetado por aquilo que diz respeito a seu paciente, a convicção e o contraste almejados podem assim se estabelecer. Em resumo, para Ferenczi, fundamental é, portanto, que o paciente saia da condição de clivagem

do ego, oriunda do acontecimento traumático. Neste sentido, como se pode depreender da passagem acima mencionada e de tantas outras do Diário, a recuperação que leva à cura é inextricavelmente ligada à relação entre analista e analisando: relação que, se imbuída de amor e sinceridade, serve como contrapeso ao trauma. A unicidade pretendida, para existir, depende de que o paciente não duvide de si mesmo. O desmentido da infância teria sido uma primeira peça na engrenagem que leva à dúvida quanto à realidade das próprias percepções e cabe à análise desmontar tal engrenagem, desfazendo-se da hipocrisia profissional que camufla sentimentos de raiva, ódio, tédio e desinteresse. Em 18 de junho de 1932, Ferenczi escrevera uma das condições para atingir a convicção terapêutica: "(...) um interesse real [do analista], (...)mais precisamente, um amor capaz de tudo dominar com respeito a cada um em particular, amor que só pode fazer a vida parecer algo que vale a pena ser vivido (...)" ([1932]1985: 170). Ainda assim, Ferenczi sabe das fraquezas que podem fazer parte da constituição do analista: não se pode esperar que a compaixão e a abnegação estejam sempre presentes, mas reconhecer sua ausência ou a presença de seus opostos é um ponto chave para que o dispositivo analítico possa trazer o alívio de uma dor antiga.

As últimas páginas do diário trazem conclusões que resumem a essência de seu pensamento. Nas anotações redigidas em 13 de agosto de 1932, lê-se:

> *Somente a simpatia cura. (Healing).*
> A compreensão é necessária para poder utilizar a simpatia no momento adequado (análise) e da melhor maneira. Sem simpatia, não há cura. (No máximo, uma visão geral sobre a gênese do sofrimento). ([1932] 1985: 248, grifo meu)

A ênfase dada à simpatia do médico aparece no trecho acima em duas afirmações (grifadas) quase seguidas, porém ligeiramente diferentes. A primeira concebe a simpatia como causa suficiente para a cura, ao indicar que é apenas através dela que se obtém o resultado terapêutico. A segunda, por seu turno, reconhece a simpatia como causa necessária, embora não suficiente. Chamamos atenção para essa passagem, pois ela resume o mote ferencziano

segundo o qual é preciso agir com tato e *sentir com* o paciente, não se subtraindo a reações emocionais positivas ou negativas (18 de junho de 1932) diante das ocorrências carregadas de sofrimento e dor que o paciente expõe na análise. Assim, a idéia de que não pode haver cura sem simpatia, na segunda afirmação, coloca-a como ingrediente necessário para os resultados terapêuticos desejáveis, mas o que se pode depreender da leitura da obra ferencziana é que não pode estar impregnada de uma certa dose de insinceridade ou constituir-se em puro desejo de agradar um paciente (como no início do tratamento com R.N.). Ao contrário, tal simpatia deve vir ao lado do desejo de ajudar e da sinceridade na relação protagonizada no processo terapêutico.

Apesar da importância da contribuição ferencziana para as reflexões a respeito da prática clínica, não se pode deixar de observar, nesta pesquisa, que talvez não seja possível dizer tudo ao paciente, dando livre curso à associação livre, como Ferenczi inicialmente pretendeu e, depois, colocou em questão. Talvez não seja sempre possível deixar de atender o paciente quando o analista se encontra cansado ou irritado, ou talvez seja um tema fundamental a ser discutido este que é o das implicações dos sentimentos contratransferenciais ou as condições de cansaço, impaciência e tédio que podem surgir no dia-a-dia do trabalho. Fato é que, independente de como isso se traduzirá na intervenção clínica e como todos esses aspectos se relacionam com o aparato teórico construído na psicanálise, alguns destes temas não podem estar do lado de fora do refletir do analista sobre seu trabalho.

Quando o psicoterapeuta permite-se deparar com os questionamentos suscitados por Ferenczi no decorrer de seu desenvolvimento como clínico e teórico, a própria questão da possibilidade da experiência psicanalítica, seja esta realizada em que contexto for, é o que se coloca. Na medida em que se pode considerar que são as qualidades do encontro dos personagens da cena analítica o que confere mobilidade em direção à cura, isto é, como

lembra Ferenczi subscrevendo Freud ([1909] 1991: 89), são as transferências que cuidam do neurótico, independendo da especificidade do tratamento aplicado, pode-se depreender que se há elementos de dificuldade nesse encontro, conscientes ou não, a experiência pode trazer resultados negativos ou, no mínimo, inocuidade. Assim, como aponta Birman (1988: 22, 26), a metodologia do processo analítico constitui-se na "problemática axial de sua pesquisa em psicanálise", tendo sido Ferenczi um psicanalista de fato ao não abandonar a pergunta constante sobre o que era a psicanálise e o que é ocupar o lugar do analista. No intuito de resolver os problemas concernentes a tais questões, transformou sua experiência como clínico naquilo que de mais surpreendente talvez se tenha notícia entre os teóricos psicanalistas: deixou-se analisar pelos pacientes, fazendo-os conhecedores tanto de seus traumas e fantasias, quanto dos sentimentos que por eles nutria. Neste sentido, é a tentativa de ultrapassar uma perplexidade diante dos impasses da clínica e dos sofrimentos que se apresentam na contemporaneidade (Maia, 2003) o que pode mover o psicoterapeuta (e que impulsionou Ferenczi) em busca de novas formas de estar com seu paciente, evitando o apego a padrões absolutos que pautam sua intervenção e sua técnica (Peixoto Jr, 2003). Como nos recorda Balint, Ferenczi acreditava que devia encontrar técnicas que pudessem ajudar o paciente, enquanto ele ainda comparecia ao tratamento; nestes termos, visava não abandonar o paciente antes de poder proporcionar-lhe algum alívio duradouro do sofrimento que apresentava. No entanto, nada disso significa que Ferenczi tenha deixado de enxergar aquilo que havia de problemático como conseqüência de suas inovações técnicas e, sem deixar de visitar seus fracassos e enganos, ainda assim tinha esperança de que pudessem ser utilizados como sinais de alerta para as gerações de analistas que a ele se seguiriam (Balint, [1968] 1993: 139-140).

Sendo assim, pensar a possibilidade de construção do dispositivo analítico, principalmente visando-se sua presença em instituições públicas, onde as condições estruturais e sócio-econômicas não são as mais favorecedoras de um tal tipo de

empreendimento, requer a elasticidade do terapeuta tal como Ferenczi buscava aplicar em sua prática (uma vez que é difícil encontrar uma dada elasticidade nas instituições e em suas regras de funcionamento), mesmo que não se aplique alguns princípios já experimentados por ele como enganosos e mesmo perigosos (Balint, [1968] 1993: 104-5). Aferrar-se a rígidos dogmas acreditando só ser possível praticar a psicanálise tal como em consultórios, e seguindo conselhos construídos em outras épocas e culturas, sem levar em consideração as limitações, já muito discutidas, da realidade de uma instituição de saúde pública brasileira, pode, aí sim, tornar inviável a utilização do saber psicanalítico para trazer algum benefício aos pacientes que buscam o "setor de psicologia" nas instituições mencionadas. Talvez se possa aventar a hipótese de que o mérito de Ferenczi resida, justamente, sobre a sua capacidade de adaptação aos casos com os quais se deparava[27], recorrendo à elasticidade que tanto propalou. O que se vê é que parecia ser impossível a Ferenczi aceitar como imutáveis as regras técnicas que haviam sido estabelecidas inicialmente (Dupont, 1985: 19). Assim, esse autor trouxe à superfície pontos que fazem parte da tessitura do campo analítico e têm, quer se queira, quer não, ou ainda, quer se possa perceber, quer não, efeitos não desprezíveis na construção da experiência psicanalítica, principalmente naquela que se procura realizar em contextos institucionais.

[27] Assim como julgava fundamental a adaptação da família à criança (1928).

3

WINNICOTT E A CLÍNICA DO AFETO

3.1. Um breve olhar sobre a contribuição de M. Balint

No intuito de examinar algumas contribuições heterodoxas no campo da psicanálise para pensá-la em sua prática em contextos institucionais de saúde pública, as noções winnicottianas sobre a clínica psicanalítica, e suas propostas que convergem com a idéia de uma maior elasticidade na técnica, são de grande valia para a discussão aqui proposta. Anteriormente a isso, considera-se importante revisitar brevemente o pensamento de Michael Balint, sabendo-se que esse autor situa-se entre aqueles que não se deixaram impressionar por tudo aquilo que se mostrava como tabu no que se refere aos hábitos analíticos, tendo dado continuidade ao pensamento ferencziano na proposta de colocar o analista no centro do debate acerca da clínica, levando em conta as transferências múltiplas dos dois personagens da experiência psicanalítica (Haynal, 1995: 60). Assim, alguns aspectos examinados por Winnicott já haviam sido objeto de estudo de Michael Balint, o que nem sempre é reconhecido, dado que sua obra não surtiu a atenção que os autores mencionados desencadearam, talvez por Balint ser encarado como um analista pouco teórico (Peixoto Jr., 2002). O que se pode depreender do estudo de seus textos é que, ao contrário do que, por vezes, se acha difundido, Balint era um leitor atento da obra freudiana e buscou ampliar o trabalho de Ferenczi através do que Haynal chama de "criticismo lúcido", pois alguns conceitos arraigados[28] foram questionados após um estudo rigoroso.

Para o âmbito deste trabalho, talvez seja importante mencionar as críticas por ele construídas acerca da técnica centrada na interpretação verbal e de seus apontamentos sobre a "atmosfera" que se cria na sessão de análise a partir das respostas oferecidas pelo analista

[28] O conceito de narcisismo é amplamente examinado ao longo da obra de Freud, apontadas suas contradições inerentes, as possíveis soluções para elas trazidas por comentadores e, finalmente, a hipótese do amor primário, que M. Balint desenvolve em *A falha básica*.

àquilo que apresenta o paciente. No cerne do pensamento balintiano ([1968] 1993) está a idéia de que a relação psicanalítica é antes de tudo uma relação bipessoal e o que se verifica no dispositivo analítico é fruto da interação entre um determinado paciente e um certo analista, não podendo ser considerado apenas como resultado de uma dada organização psíquica prévia. Destarte, não se pode pensar a experiência analítica com base unicamente em características estruturais do *setting* analítico ou aspectos referentes ao funcionamento da mesma, como freqüência mínima e obrigatória semanal, duração da consulta e localização em que se dá. Claro está que todas essas condições de realização de um tratamento psicanalítico possuem suas justificativas e já foram abordadas por diversos autores, inclusive pelo próprio Michael Balint. O que não se pode, acredita-se aqui, é pautar a possibilidade da experiência analítica dando-se proeminência a tais fatores, a ponto de que a ausência de tais condições impeça a sua realização. Isto é, não se compartilha, neste trabalho, da idéia de que, se não se pode ter um divã, ou um consultório com tais ou quais características, etc., então está impossibilitada a experiência psicanalítica como tal. Nem mesmo se compartilha da indagação a respeito de ser ou não psicanálise isso que é realizado em condições bem diferentes das enumeradas acima. Se essa experiência depende da interação entre o paciente e o analista, subjazendo aí, como peças centrais, a singularidade e a contingência de tal encontro, como adverte Balint, o dispositivo psicanalítico pode ser concebido mesmo que não abarque as características que seriam, a princípio, as mais desejáveis para a psicanálise; poderia, inclusive, tal dispositivo analítico, ser realizado em instituição pública, que, por seu turno, dificilmente pode preencher alguns dos requisitos que compõem o que seria um quadro ideal do tratamento psicanalítico.

Balint trouxe ao debate o problema da linguagem e suas implicações para a técnica clássica. Sabedor de que nem todas as emoções, sentimentos e dinamismos psíquicos podem encontrar tradução pertinente na linguagem verbal, chamava atenção para o fato de que até

mesmo os nomes por ele encontrados para designar alguns dos processos observados na clínica podiam estar incompletos ou mesmo inadequados. É o caso do termo *atmosfera*, que elege para dar conta de um campo que se cria na sessão analítica a partir de contribuições tanto do paciente, quanto do analista – talvez não o termo mais apropriado, mas o único encontrado pelo autor para descrever aquilo que se propõe. Assim, quando Balint se refere repetidas vezes à *atmosfera* da sessão analítica, pode-se encontrar aí o correlato da intensidade que se verifica na clínica ferencziana, com todos os sintomas próprios da neocatarse e o trânsito de afetos entre paciente e analista na construção da confiança que possibilitaria a cura. A atmosfera, como conceito balintiano, está atrelada à regressão na situação analítica e à busca de uma relação mais primitiva nessa esfera. Sabe-se que a regressão é uma questão técnica de grande importância na obra desse autor, perdendo o caráter pejorativo que adquiriu no pensamento de Freud (Peixoto Jr, 2002). Todavia, não está no âmbito deste trabalho discutir as diferentes formas de regressão encontradas por Balint e suas possibilidades curativas no campo clínico, mas lembrar que ao pensar outras formas de intervenção analítica além da clássica, é possível atingir aspectos do psiquismo que não dizem respeito unicamente ao conflito edípico. Em outras palavras, o alcance do que não se vincula com a linguagem verbal se torna uma possibilidade de fato, não sendo mais negligenciada. Quando o analista não se restringe ao princípio da privação ou a uma função de "espelho bem polido" daquilo que traz seu paciente, como Balint constantemente afirma referindo-se a Freud, pode encontrar "súbitas mudanças de intensidade da atmosfera analítica, uma demanda mais apaixonada de gratificação enquanto não for satisfeito o desejo e o quase completo desaparecimento de qualquer paixão, logo após sua satisfação" (Balint, [1968] 1992: 124-5). O debate acerca da gratificação do paciente na cena transferencial é um longo caminho que Balint percorre, evitando soluções rápidas e estabelecendo a diferença entre gratificar o paciente e atender suas necessidades através de uma "forma particular de relação objetal, mais

primitiva do que a obtida entre adultos" (op. cit.: 149). Em seu entender, a mera gratificação seria um erro técnico, enquanto que o atendimento das necessidades seria uma medida legítima que não está relacionada com a regra da "frustração" ou da "privação". No que tange à "atmosfera", trata-se de um elemento fundamental da sessão, tanto quanto o material verbal que o paciente produz. Para Balint, tal atmosfera é "criada em parte pelas palavras, em parte pela maneira do paciente utilizá-las e em parte por tudo aquilo que é chamado de *acting out,* 'conduta', ou 'repetição' na situação analítica" (op. cit.: 74-5). Outros aspectos estudados por Balint serão analisados no decorrer da discussão acerca da contribuição winnicottiana, já que se pode encontrar paralelos significativos entre as duas visões.

3.2. Apontamentos iniciais sobre a prática clínica em Winnicott

Na linha de Ferenczi e Balint, Winnicott também tem importantes contribuições no tocante ao contexto clínico em sua extensa obra, cuja preocupação com o desenvolvimento emocional do bebê e a ênfase na relação mãe-bebê nos primórdios da existência da criança são a tônica principal. É aí que Winnicott busca as chaves para a compreensão da saúde mental do indivíduo, relacionando-a amplamente com o papel do ambiente nos primórdios da vida da criança ([1954], 2000), e ainda para o entendimento do lugar do analista e do papel da psicoterapia na construção da experiência analítica.

No que concerne à técnica psicanalítica, portanto, é possível encontrar, em textos variados, a crítica a uma postura do analista em que a preocupação com as interpretações perspicazes parece ser mais importante do que o próprio paciente. Esta é uma questão constantemente levantada pelo autor, assim como já havia sido por Balint, que concebia as interpretações e a relação objetal como os fatores mais importantes da terapia psicanalítica ([1968],1992: 147), trazendo o contínuo questionamento sobre o quanto e em que circunstâncias cada um desses fatores deveria ser priorizado. Haveria momentos do processo

do tratamento em que paciente e analista decerto falam a mesma linguagem, ou seja, em que as palavras usadas por um possuem significado similar àquelas usadas pelo outro; no entanto, essa não é a regra para todos os casos e, com pacientes "profundamente perturbados" (op. cit.: 13), os significados experimentados por um e por outro podem não ser os mesmos, o que impossibilitaria o processo de perlaboração. A interpretação, segundo a perspectiva de Winnicott, muitas vezes vem com o intuito de satisfazer uma necessidade do analista, mais do que uma necessidade de um momento específico da análise e, novamente, o perigo advém de uma possível exclusividade de um modelo de recalcamento e representacionalista como base da prática clínica da psicanálise. É como aponta Winnicott, no seguinte trecho:

> Só recentemente me tornei capaz de esperar; e esperar, ainda, pela evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente na técnica e no cenário psicanalítico, e evitar romper esse processo natural, pela produção de interpretações (...). Estarrece-me pensar quanta mudança profunda impedi, ou retardei, em pacientes de certa categoria de classificação pela minha necessidade pessoal de interpretar. (Winnicott, 1975: 121).

Winnicott salientava a importância do caso a caso para a intervenção e a relação entre o analista e seu paciente, ampliando seu olhar quanto às possíveis formas de tratamento. Não era adepto de um modelo exclusivamente interpretativo, embora não o deixasse de lado, fazendo uso de uma forma de intervir que dependia do momento em que se encontrava o paciente em análise e, ainda, como se vê na passagem reproduzida anteriormente, da "categoria de classificação" do paciente. Rodman assinala, na introdução de *O gesto espontâneo*, que, no âmbito da técnica, Winnicott, ao contrário do que muitos defendem, não conferia primazia à relação com o analista face ao processo interpretativo obrigatoriamente, acreditando no valor das interpretações como instrumento de mudança, contanto que precisas e no momento adequado. Todavia, no tratamento com pacientes profundamente perturbados, teria julgado "indispensável uma fase de manejo" (2005: XXXVII-XXXVIII). Em suma, na perspectiva winnicottiana, não era apenas o paciente que determinava a melhor forma de agir,

mas o momento da análise, uma vez que um mesmo paciente encontra-se em estágios diferenciados, cada um deles exigindo uma maneira distinta de proceder.

Pensando a relação terapêutica existente na experiência psicanalítica, com base no pensamento winnicottiano, como é possível conceber esta mesma experiência? Qual a relação da transferência com a experiência psicanalítica para este autor e como sua contribuição pode ser aplicada na prática das instituições brasileiras de saúde pública? Tais são as questões que norteiam a discussão aqui empreendida das concepções winnicottianas acerca da construção do dispositivo psicanalítico e que servem de base para se pensar as consultas terapêuticas.

3.3. Adaptação do ambiente e formas de transferência

Em um texto sobre *O Brincar*, em seu livro *O brincar e a realidade* (1975), Winnicott aponta que não tem intenção em fazer uma distinção deliberada entre a psicanálise e a psicoterapia como dois processos em que se pode conceber uma separação clara entre si. A psicoterapia teria estreita relação com o brincar, sendo este fundamental, pois seria o que permite a manifestação da criatividade do paciente. É amplamente sabido o quanto a idéia de criatividade encontra-se no cerne do pensamento winnicottiano e a importância do relaxamento para que o processo criativo ocorra é um ponto chave em sua teorização. Assim, afirma Winnicott: "Parece-me válido o princípio geral de que *a psicoterapia é efetuada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta"* (Winnicott, 1975: 80, grifo do autor). Essa asserção fica mais clara ao se pensar o trabalho que realizou com crianças através das consultas terapêuticas, como se verá no próximo capítulo, apesar de, ao se remeter às áreas lúdicas, não estar se restringindo à psicoterapia infantil. Em tais consultas, pode-se ver que Winnicott segue o processo psíquico do paciente, que se abre na sessão: está ocupado em deixar-se levar e compreender o que se passa com o paciente, não se deixando atrapalhar por uma teoria imposta de fora e que pode não ter sentido algum para a criança.

Destarte, ao invés de se empenhar em um longo detalhamento de aspectos que diferenciam a psicoterapia e a psicanálise, Winnicott está interessado em pensar os elementos da psicoterapia e supõe que paciente e terapeuta podem ser, cada qual, dotados de uma área lúdica voltada à criatividade que, no momento mesmo do encontro analítico, possibilitam o que o autor freqüentemente designa de terceira área, isto é, o espaço transicional. Em seu texto sobre o tema da temporalidade em Winnicott, Lacan e Bergson, Jô Gondar aponta que, ao pensar a temporalidade atrelada necessariamente às noções de processo e de continuidade, Winnicott teria criado uma forma de intervenção clínica que conferia destaque à continuidade do ser. Ao se deparar, portanto, com situações de sofrimento em que a continuidade do ser foi interrompida, caberia ao analista a estratégia de propiciar as condições que visassem "a criação de possíveis" (2006: 111). Neste sentido, a autora aponta o fato de o autor trabalhar na "esfera do 'entre'", isto é, aquela que se refere à "área intermediária de experimentação entre o interno e o externo" (op. cit.: 110) e que é de extrema importância na psicoterapia. O 'entre' é fundamental para a compreensão do que se passa no amadurecimento da criança, como também para o entendimento do que se dá no dispositivo analítico. Aqui, o que se desenrola no âmbito da experiência analítica assemelha-se de perto ao brincar. A importância do brincar deve-se ao fato de que seria apenas aí que o indivíduo, de acordo com Winnicott, pode ser criativo e usar o que chama de sua personalidade integral. Por intermédio da criatividade é que o indivíduo, independente de sua idade, pode descobrir seu eu. A psicoterapia e a experiência psicanalítica, que não estariam completamente separadas uma da outra, estão vinculadas diretamente, portanto, com a integração da personalidade e, neste caso, o brincar é central. O tema da integração da personalidade foi aqui debatido nas teorizações ferenczianas, que estavam à procura daquilo que, no processo terapêutico, poderia favorecer a integração desejada e que se havia desfeito desde a época da vivência traumática ou da comoção psíquica. Se esse autor enfatizava a convicção na realidade dos acontecimentos dolorosos e a

importância da confiabilidade, Winnicott não deixava de ressaltar a relevância deste aspecto, mas para propiciar o relaxamento necessário ao processo criativo.

Entretanto, Winnicott chama atenção para o fato de que a premissa de que o paciente e/ou o psicoterapeuta são, *a priori*, capazes de brincar e de se entregar com prontidão ao processo criativo não pode ser dada como certa. No caso do paciente, Winnicott aponta que é preciso ajudá-lo a ser capaz de brincar, se isso não se encontra estabelecido, e só então a psicoterapia pode começar. Nesta perspectiva, estava preocupado com as condições de possibilidade para o estabelecimento da experiência psicanalítica.

Já em 1945, em texto[29] que investiga processos constituintes do desenvolvimento emocional primitivo (integração, personalização e realização), Winnicott volta sua atenção a tais condições de possibilidade da psicanálise, assinalando que, em casos tidos como passíveis de se submeter à análise, a questão do relacionamento primário com a realidade externa é algo que pode ser pressuposto, tendo ocorrido através do desenvolvimento emocional do indivíduo. Ao contrário, nos casos em que isto não ocorre, como se verifica no tratamento com psicóticos, a impossibilidade aparente da experiência psicanalítica se dá por não se perceber que, aqui, a transferência é necessariamente diferenciada. Se o analista não pode ter isso em mente, as dificuldades que surgem na transferência se tornam um obstáculo intransponível. Nestes casos, portanto, o relacionamento com a realidade externa não pode ser dado como certo, haja vista que alguns processos no desenvolvimento primitivo foram interrompidos ou distorcidos por motivo de falha no ambiente ([1945], 2000: 227). A tese que Winnicott defende em variados trabalhos é a de que a psicose no adulto tem suas origens em falhas graves do ambiente, em momentos precoces do desenvolvimento emocional e, sendo assim, a

[29] D. WINNICOTT, *Desenvolvimento emocional primitivo*, in *Da Pediatria à psicanálise: obras escolhidas*, 2000.

saúde mental tem suas bases lançadas quando da primeira infância, através daqueles que cuidam da criança[30].

Em textos posteriores ao de 1945, Winnicott trabalha mais detalhadamente a questão do tratamento e da transferência, pensando o lugar do analista e suas formas de intervenção. Assim, *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico* (1954) e *Formas clínicas de transferência* (1955) são artigos em que já se vê o desenvolvimento mais minucioso de tais idéias. O primeiro deles, cujo interesse se volta para a regressão como movimento terapêutico e produtivo que pode ser vivido em certas fases de algumas análises, aborda questões que serão novamente tratadas no texto posterior. Nele, Winnicott levanta uma interessante diferenciação entre técnica e realização do tratamento, apontando que não se pode confundir as duas idéias. Assim, a análise não pode ser compreendida apenas como o exercício de uma técnica e, em suas palavras, "é possível realizar um tratamento possuindo apenas uma técnica limitada, e é possível, de posse de uma técnica muito sofisticada, fracassar completamente" (1954: 374-5). Como se viu, se algumas condições de possibilidade da psicanálise forem dadas como já estabelecidas em certos pacientes, quando estas não estão presentes, dificuldades crescentes tornarão, de fato, um caso que podia se beneficiar da psicanálise, em caso "inanalisável". Pode ser que a tarefa analítica básica seja estabelecer algumas capacidades que, em outros pacientes, já chegam prontas ao consultório ou ao setor de psicologia da instituição .

Pode-se pensar também, a partir daí, em que medida os desafios da instituição pública exigem que os analistas possam criar um espaço propício à construção da experiência psicanalítica, espaço este que não se identifica com o consultório e, muitas vezes, nem mesmo com o clássico ambulatório das ditas instituições. Por conseguinte, as condições de possibilidade da psicanálise devem ser criadas tanto no que se refere ao paciente e à qualidade

[30] Cf. também *Psicose e Cuidados Maternos* (1952) e *Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico* (1954).

do ambiente inicial nos primórdios de sua vida, como formula Winnicott, quanto no que concerne ao lugar em que se dá a psicanálise, isto é, à instituição em que se pretende a construção da experiência psicanalítica e aos aspectos que lhe são intrínsecos. O espaço ao qual aqui se faz menção talvez possa ser pensado para além de um espaço físico que depende diretamente de uma sala. Ele o inclui, porém não se restringe a ele. Trata-se de um espaço que, como se pode ver na experiência diária de atendimento nas instituições públicas, deve ser criado, dentro da enfermaria, no ambulatório, mas também em locais que não sejam os lugares esperados em que a experiência psicanalítica pode ocorrer, espaço diretamente vinculado à relação entre analista e paciente[31]. Criar a possibilidade de construir um atendimento com base na psicanálise, mas sem a fixação a rígidas regras de intervenção e locais adequados de atendimento, pode fazer com que pacientes, outrora vistos como "inanalisáveis", também sejam incluídos na esfera de alcance da psicanálise até mesmo nas instituições "difíceis", permitindo-se que, também elas, sejam abraçadas em tal esfera.

Retornando à argumentação winnicottiana, este autor, quiçá buscando a adaptação da situação analítica ao paciente no que concerne à técnica, investiga o caminho em direção à integração da personalidade, estabelecendo três categorias distintas de pacientes: a primeira, em que ele funciona como pessoa inteira, sendo que a técnica clássica da psicanálise, calcada nas interpretações verbais e nos problemas de ordem interpessoal vividos pelo paciente, é, neste caso, a que se melhor aplica; a segunda, em que há uma integração recente ou um começo do processo de integração, e, apesar de a técnica clássica servir, tal como na primeira categoria, há problemas de manejo que começam a emergir e "o elemento importante é a sobrevivência do analista" (p. 375)[32]; finalmente, a terceira categoria, na qual ainda não ocorreu a integração da personalidade e o paciente não funciona em termos de pessoa inteira: aqui, a análise lida com estágios iniciais do desenvolvimento emocional e, conseqüentemente,

[31] Fazendo referência à minha experiência em instituição pública, certa vez foi necessário fazer o atendimento de um homem – paciente soropositivo – na sala de ginecologia do posto de saúde.
[32] A questão da sobrevivência do analista será discutida adiante.

a ênfase da técnica dirige-se ao manejo, passando-se "longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado, o manejo ocupando a totalidade do espaço" (pp. 375-6).

De igual modo, em seu texto sobre as variedades da transferência, Winnicott (1955) traça um importante exame das formas de trabalhar do analista, de acordo com o paciente e com o momento em que o mesmo se encontra em estágios diferentes de sua análise. Uma vez mais, a visão defendida é a de que não se pode adotar o modelo interpretativo como regra única de intervenção do analista e, antes de tudo, é preciso avaliar a situação e as possibilidades egóicas do paciente. Retomando a discussão que Balint costura sobre a questão da intervenção do analista, de fato esse autor aponta que uma causa relevante para os insucessos da clínica reside na ênfase do método interpretativo com pacientes que não possuem o ego suficientemente estabelecido, isto é, um ego cuja estrutura não é capaz de "suportar as tensões causadas pela internalização" que a interpretação requer ([1968],1992: 8). Fazendo referência aos momentos iniciais do desenvolvimento da teoria psicanalítica com Freud, Winnicott aponta os casos apropriados para análise, em que uma das condições acabava sendo o fato de que o paciente "teria sido *cuidado de um modo suficientemente bom"*. Para tais pacientes, era possível pressupor que "os *estágios iniciais* do estabelecimento do ego *podiam ser considerados* pelo analista *um fato consumado*" (Winnicott, [1955] 2000: 393 grifo do autor). Os "casos difíceis" não chegavam a Freud e aos demais analistas e sabe-se da afirmação de Freud da impossibilidade de haver um tratamento psicanalítico para psicóticos pelo fato de que, nestes, não seria possível se estabelecer uma transferência. Na Conferência XXVIII, sobre a *Transferência*, Freud afirma que os esforços terapêuticos não obtêm êxito nas neuroses narcísicas, estando o motivo de tal constatação no fato de que os que dela padecem não têm a capacidade para a transferência, dado que a libido objetal teria sido transformada em libido do ego e tais pacientes acabam por ser inacessíveis ao trabalho do

analista[33]. Por outro lado, o próprio Freud, em *Sobre a psicoterapia* (1905), afirmava que, com a mudança do método analítico seria possível, talvez, atender a casos cujas indicações não se adequavam à técnica analítica, como aqueles em que se verifica a dificuldade de estabelecimento de laços transferenciais. O que se vê no debate levantado por Winnicott, nos textos aqui referidos, é justamente a questão da mudança do método analítico para ampliar seu alcance, não a partir de recusa total das idéias de Freud, mas sim do alargamento das mesmas e da expansão do olhar teórico e clínico para outras épocas do desenvolvimento infantil.

No texto imediatamente anterior, sobre a regressão no contexto clínico, Winnicott também analisa o trabalho de Freud, apontando que este considerou "óbvia a situação de maternagem inicial" ([1954], 2000: 381). Concebe, então, a teorização de Freud em duas partes: uma referindo-se à técnica analítica e sua evolução, com a compreensão e interpretação do material clínico que se apresenta nas sessões, e a segunda referindo-se ao contexto em que se realiza o trabalho. É interessante acompanhar o exame minucioso que Winnicott faz dos aspectos implicados no contexto: a hora marcada em que se dá a sessão, com a freqüência de cinco a seis vezes por semana; o fato de que o analista lá estaria esperando pelo paciente, "vivo e bem"; as formas como o amor e o ódio são expressos na sessão (através, respectivamente, do interesse do analista e do cumprimento estrito dos horários); o ambiente em que se dá o trabalho, isto é, o fato de se situar em um quarto e não num corredor, onde há silêncio e uma iluminação adequada, além do divã confortável, com almofadas e, por vezes, cobertor e água; a confiabilidade do analista em comparação às demais pessoas da convivência do paciente; a ausência de retaliação; e, por fim, o fato de que o analista sobrevive (op. cit., p. 382). Michael Balint ([1968], 1992) referia-se também a todos esses pormenores do contexto analítico, entendendo-os como aquilo que proporcionaria uma satisfação, para o paciente, compatível com a situação analítica: trata-se do quarto com

[33] Sigmund FREUD, *Transferência*, in Conferências Introdutórias – parte 3 – (1916-17).

tranqüilidade e boa temperatura; um ambiente que não traz excitações ao paciente, contribuindo para a redução da tensão; ausências de interrupção desnecessária por parte do analista; novamente, um divã confortável, entre outros. Pormenores como estes adquirem uma relevância sem par (deixando até de ser considerados como meros pormenores), tanto para Balint, quanto para Winnicott, que trabalhavam com a possibilidade de regressão do paciente. Winnicott indica ainda a analogia de cada um destes pequenos fatores com as tarefas comuns dos pais em relação ao bebê. A maternagem nos períodos iniciais da vida do bebê é comparada à relação do analista com o paciente. Aqui, todavia, cabe a ressalva de que as características que Balint e Winnicott ressaltam para proporcionar uma atmosfera serena e protegida não se verificam da mesma forma nas instituições de saúde. Apesar de existirem instituições e instituições, contextos e contextos, dificilmente o conforto que pode ser encontrado em um consultório particular será visto em um setor de psicologia, por exemplo, de um hospital público. Soma-se a isto o fato de que não é raro haver interrupções durante a sessão, dado que as pessoas estranhas batem à porta ou mesmo a abrem, sem hesitar, e o psicoterapeuta, em muitas ocasiões, nada poder fazer no sentido de impedir tais ocorridos, havendo de tudo: pacientes de outras especialidades médicas que abrem a porta por engano ou profissionais que solicitam o psicoterapeuta, sem atinar que podem estar atrapalhando uma sessão de psicoterapia. Por outro lado, muitas vezes obras que ocorrem ininterruptamente no posto de saúde, e às vezes muito próximas à sala onde há o atendimento, quebram a atmosfera preconizada por Balint e Winnicott que não traga perturbações ao paciente. A necessidade de silêncio e iluminação adequada nem sempre pode ser satisfeita. Portanto, o que se vê, na prática, é que a serenidade necessária à experiência psicanalítica e, mais ainda, à regressão no contexto terapêutico, não parece ser uma variável presente nos atendimentos realizados em grande parte das instituições de saúde pública[34]. No mais das vezes, as condições estruturais

[34] À guisa de exemplo, posso citar minha própria experiência enquanto psicóloga em dois postos de saúde: atualmente, muitas vezes o atendimento ambulatorial é realizado no auditório do posto (que tem o tamanho

arroladas pelos autores não são indispensáveis, mas os aspectos relacionados à confiança do analista, à sua presença e à sobrevivência são os fatores que podem fazer diferença quando se tenta pensar a construção do dispositivo analítico para além do consultório particular.

No texto *Formas clínicas de transferência*, que pode ser visto como uma continuação de *Aspectos Clínicos...,* Winnicott aponta a ampliação do conceito de transferência, que permite que a teoria possa se dirigir ao trabalho analítico com pacientes que não tenham o estabelecimento do ego como fato consumado e que diz respeito à experiência psicanalítica em situações adversas. Nestas circunstâncias, tal como Ferenczi, Winnicott introduz a possibilidade de tratamento analítico para os casos difíceis, que seriam aqui os "casos fronteiriços" ou "as fases ou momentos psicóticos que ocorrem ao longo da análise de pacientes neuróticos ou de pessoas normais" (Winnicott, [1955] 2000: 394). Nestes casos, o ego não pode ser considerado como entidade estabelecida, não podendo haver, portanto, uma neurose de transferência. Nos casos em que o ego foi estabelecido de forma satisfatória, houve uma adaptação do ambiente às necessidades do bebê de forma suficientemente boa – ou, como afirmava Ferenczi, houve uma adaptação da família à criança (Ferenczi, 1928a). No entanto, nos casos em que isso não acontece, o que tem lugar é uma coleção de falhas na adaptação do ambiente ao bebê e o que se desenvolve, em decorrência disso, é um *pseudo-eu*, ou falso eu, que acaba por proteger um verdadeiro eu oculto. A integridade alcançada pelo eu falso é ilusória, assim como a força egóica que atinge. O problema reside no fato de que este eu falso não pode experimentar a vida ou sentir-se real. Esse sentimento de realidade é outro

---

aproximado de uma sala de aula com capacidade para 20 pessoas), local em que é feito o aconselhamento pós-teste HIV, sendo ainda onde os exames de HIV estão guardados, sob a responsabilidade dos membros da equipe de aconselhamento, entre os quais me incluo. Assim, além do ambiente não ser o mais adequado, com espaço amplo e pouco acolhedor, não é raro que haja interrupções de profissionais do posto, que precisam procurar um exame da HIV. Além disso, em uma unidade básica de saúde que trabalhei, a sala de psicologia situava-se no fundo de um corredor escuro, não havendo iluminação adequada, onde as cadeiras para os pacientes eram quebradas e em número insuficiente, e não havendo ventilador na sala, o que trazia um enorme desconforto para o paciente e para o profissional. Exemplos como estes não são incomuns no âmbito da saúde pública brasileira, e casos de atendimento psicológico em estacionamento (Winnicott pontuará a importância de o atendimento ser feito numa sala e não num corredor), como pude ouvir algumas vezes, não parecem constituir situação excepcional.

aspecto importante no pensamento winnicottiano. E o sentimento de realidade está diretamente ligado à criatividade, como se pode depreender do trecho a seguir:

> É através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida. Em contraste, existe um relacionamento de submissão com a realidade externa, onde o mundo em todos seus pormenores é reconhecido apenas como algo a que ajustar-se ou a exigir adaptação. A submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada à idéia de que nada importa e de que não vale a pena viver a vida (Winnicott, 1975: 95).

3.4. Adaptação do analista e integração do eu

Como se viu, a preponderância do trabalho interpretativo sobre o contexto analítico pode ocorrer quando o analista supõe a existência de um ego intacto no paciente. Contudo, em casos contrários a este, o contexto analítico assume maior importância do que a interpretação. Apesar de referências anteriores neste trabalho, cabe aqui uma pausa para refletir um pouco mais sobre o que Winnicott chama de contexto analítico. Este seria "o somatório de todos os detalhes relativos ao manejo". Faz parte de tal contexto analítico também o comportamento do analista, que, em casos onde se torna difícil o estabelecimento de uma neurose de transferência, deve ser "suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade" (Winnicott, [1955], 2000: 395). Dessa forma, Khan (2000: 28) aponta que, para Winnicott, havia três tipos básicos de manejo: um referindo-se à "qualidade do contexto analítico", salientando-se aí o silêncio e a ausência de intrusões sobre o paciente; um segundo tipo, no qual o analista deve fornecer aquilo de que o paciente tem necessidade, isto é, sua presença física, a liberdade concedida ao paciente de andar ou apenas estar ali ou mesmo fazer o que lhe parecer necessário; finalmente, um terceiro tipo, que advém do ambiente social ou familiar, como a hospitalização ou os cuidados oriundos da família e dos amigos. A questão do manejo, neste terceiro caso, é uma idéia que permite a ampliação do leque de possibilidades que o dispositivo analítico pode assumir, de acordo com a necessidade do caso ou com as condições existentes para sua realização. Em *Privação e delinqüência* (1987),

Winnicott assinala a necessidade de se criar uma "modificação apropriada" da psicanálise sempre que esta for inviável. Reproduzindo as palavras do autor, verifica-se:

> Meu interesse especial, agora, refere-se ao modo como um analista treinado pode fazer algo diferente da análise, e fazê-lo de maneira útil. Isso é importante quando, como é habitual, se dispõe de um tempo limitado para tratamento. Com freqüência, esses outros tratamentos podem parecer melhores do que aqueles que, pessoalmente, acho ter um efeito mais profundo – isto é, a psicanálise. (1984: 237-8)

Dessa forma, Winnicott foi obrigado a desenvolver traduções da psicanálise clássica para os casos com os quais se deparava, entre os quais se situa o atendimento de jovens com tendências anti-sociais. Tanto quanto Ferenczi, Winnicott não pôde limitar a maneira de fazer da psicanálise, dado que restrições no modo supostamente aceitável de intervir do analista não abarcavam o que se apresentava em sua clínica. O tema da "modificação apropriada da psicanálise" será retomado adiante, neste trabalho, quando da discussão das consultas terapêuticas. Por ora é importante frisar a noção de manejo desenvolvida por Winnicott e os caminhos que tal teorização permitiu abrir. Assim, Khan indica que o centro da idéia de manejo reside não em "aceitar os caprichos ou vontades do paciente", não se tratando, tampouco, "de evitar o pedido de ajuda através do reasseguramento. O manejo, na verdade, consiste no fornecimento de um ambiente adaptado (...) que faltou ao paciente em seu processo de desenvolvimento" (Khan, 2000: 29).

A analogia com a noção de *tato* ou *sentir com,* desenvolvida por Ferenczi, torna-se evidente, apesar de este autor não focar tão diretamente a questão dos cuidados iniciais dirigidos ao bebê. Ainda assim, quando Ferenczi admite as transgressões técnicas[35] e defende o desenvolvimento do *tato*, sem que seja necessário ceder a tudo o que o paciente quer ou exige, pode-se ver que seu movimento como analista parecia derivar para o mesmo caminho que, em época posterior, Winnicott procurou construir em sua prática clínica. A partir das noções desenvolvidas de *tato* e *manejo,* o que se pode pensar é que em inúmeros casos, mais

[35] Cf. *Princípio de Relaxamento e Neocatarse* (1930).

importante do que aquilo que fala o analista, em sua linguagem interpretativa que busca tocar o inconsciente, seu comportamento e detalhes tais que não estão vinculados a intervenções de cunho verbal são aquilo que faz a diferença no processo terapêutico e que pode permitir resultados favoráveis. Mais que isso: muitas vezes, a tentativa de dar conta do processo psíquico do paciente através do método interpretativo pode atrapalhar, tornando-se a interpretação "cúmplice do falso eu do paciente", em momentos de extrema dissociação da realidade interna, em que o *fantasiar* estaria funcionando no intuito de manter a organização do falso eu daquele indivíduo (Khan, 2000: 16-7). A busca da explicação por meio da linguagem interpretativa pode levar ao engano que, freqüentemente, não é percebido como tal. G.H., em sua experiência sem paralelo na linguagem, expõe, portanto, o fracasso da mesma e, curiosamente, através da escrita:

> Eu tenho à medida que designo – e este é o esplendor de se ter uma linguagem. Mas eu tenho muito mais à medida que não consigo designar. A realidade é a matéria-prima, a linguagem é o modo como vou buscá-la – e como não acho. Mas é do buscar e não achar que nasce o que eu não conhecia, e que instantaneamente reconheço. A linguagem é o meu esforço humano. Por destino tenho que ir buscar e por destino volto com as mãos vazias. Mas – volto com o indizível. O indizível só me poderá ser dado através do fracasso da minha linguagem. Só quando falha a construção, é que obtenho o que ela não conseguiu (Lispector, 1998: 176).

G.H. acusa o vazio que a linguagem traz ao supor agarrar a experiência, nomeando-a. Em sua vivência traduzida em paixão, o que faz a diferença é a idéia de que o que segura é a mão daquele que a ouve ou que a lê, e isso foi mostrado algumas vezes neste trabalho para ilustrar a importância da presença de um outro em tal encontro que destrói o sentido cristalizado e leva a transformações dificilmente verbalizáveis. Em muitos casos, o cenário do encontro, mais do que a fala sobre o mesmo, é o que impele ao movimento do psiquismo em busca de algo que deveria estar estabelecido, mas que pode não estar, e as reflexões de Clarice Lispector através da voz de sua personagem G.H. podem ajudar no movimento de elucidação dos questionamentos acerca do que é a prática clínica em variadas circunstâncias.

A linguagem se mostra insuficiente não apenas no encontro analítico, mas também na própria teorização sobre ele. Balint já asseverava a dificuldade de colocar em palavras alguns de seus achados clínicos, e Elsa Dias aponta essa mesma problemática na forma como Winnicott constituía suas reflexões teóricas e a linguagem a elas dedicada. Para alguns autores, Winnicott era obscuro em suas assertivas e pouco sistemático em seus textos. Trata-se aí, contudo, da natureza própria da palavra, que não é capaz de esgotar todas as vivências e sentimentos, como bem aponta G.H. no trecho supracitado. Dias adverte, referindo-se a Winnicott: "(...) algumas vezes, para não deturpar o fenômeno a ser descrito, para não violá-lo e cobri-lo com uma falsa e apressada luz, é preciso sustentar um certo grau de obscuridade" (2003: 42). Para a autora, Winnicott, preocupado em descrever a relação entre pessoas, e não entre instâncias psíquicas, estava fadado a criar sua própria linguagem, uma vez que a formulação de certos conceitos para a descrição da natureza humana ou da afetação entre analista e paciente acaba por se tornar artificial (op. cit.: 42-3). Tanto quanto G.H., Winnicott parecia preferir ter mais à medida que não conseguia designar, ou que adiava a designação.

Nestas condições, refletindo, entre outros aspectos, sobre o que a palavra não pode cobrir e à sua insuficiência essencial, as noções de tato e manejo, no contexto clínico, ganham destaque. Pequenos detalhes do analista e do *setting* são elementos significativos para o estabelecimento da transferência. Assim, em *Formas clínicas de transferência*, são a esses pontos que Winnicott dirige a discussão, apontando que o comportamento do analista, desse modo, "é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar a viver" ([1955]2000: 395-6). Seria um momento doloroso, pois o paciente encontra-se regredido à dependência e aos processos de desenvolvimento iniciais, sabendo dos riscos inerentes aí implicados.

A figura do analista e sua forma de se fazer presente é o motor do processo que permite a integração do eu daquele paciente que não atingiu essa meta em momentos arcaicos de seu desenvolvimento. A partir de 1952, com o texto sobre a *Psicose e os Cuidados Maternos*, Winnicott começa a desenvolver mais explicitamente o conceito de falso eu como sendo uma organização defensiva que surge com a cisão oriunda da falha do ambiente em adaptar-se ao bebê (op. cit.: 311-2). A idéia de falso self está sempre atrelada à submissão, quando o ambiente não permite a continuidade do crescimento pessoal e os processos do eu são constantemente interrompidos por intrusões vindas de fora. Para que o núcleo do eu possa ser então protegido, o eu falso, "construído sobre a base de uma submissão defensiva" ([1954], 2000: 389) protege o eu verdadeiro oculto, que, no entanto, submetido à cisão, não pode se enriquecer com as experiências. Os sentimentos de realidade e de utilidade não são experimentados pelo falso eu ([1955], 2000: 395) e o processo terapêutico busca a integração da personalidade, superando a cisão entre eu verdadeiro oculto e eu falso. Desse modo, a forma de se posicionar do analista é fundamental, pois é o que permite uma mudança:

> A adaptação suficientemente boa do analista leva exatamente ao resultado esperado, ou seja, à mudança do centro de operações do paciente, antes localizado no eu falso, para o eu verdadeiro. Pela primeira vez na vida do paciente, há agora a possibilidade de desenvolvimento de um ego, de sua integração a partir dos núcleos egóicos, da sua consolidação como um ego corporal, e também do repúdio ao ambiente externo, dando início a uma relacionabilidade com os objetos (Winnicott, [1955], 2000: 395).

Assim, como se sabe que não é possível que o analista consiga empreender uma adaptação perfeita às necessidades do paciente, seu êxito limitado é importante para que o paciente possa fazer uso dele, que permitirá uma ancoragem para a rememoração de falhas originais (Winnicott, 1954; 1955). Balint, ao criticar o método interpretativo que se faz presente por intermédio de interpretações consistentes, com base em uma linguagem que o paciente acaba por não ter escolha a não ser aprender, chama atenção para o perigo de o analista ser considerado como onipotente, dando a impressão de que é capaz de expressar com

palavras todos os sentimentos e emoções ([1968]1992: 155-6). Como se pode ver, até as falhas do analista possuem uma função própria no processo terapêutico e, como afirma Winnicott, a falha do analista deve ser tratada como uma "*falha antiga"*. O paciente pode perceber tal falha, tendo oportunidade para enfim zangar-se com isso, o que não foi possível em épocas remotas. As falhas antigas, que são atualizadas na relação com o analista, na época do desenvolvimento inicial do bebê, tiveram o efeito de ruptura na sensação de continuidade do ser. Entretanto, agora, na experiência psicanalítica, a possibilidade de sentir raiva promove uma mudança significativa em que o paciente passa da experiência da ruptura para a experiência da raiva[36], usando as falhas inevitáveis do analista. Cabe apontar, contudo, que, para que o processo possa ocorrer, é necessário que o analista "assuma a responsabilidade sobre cada uma delas [das falhas], mesmo que isto implique em examinar sua contratransferência inconsciente" (Winnicott, [1955], 2000: 397). Se a atitude do analista é a de se defender, como se se tratasse de resistências do paciente, a falha perde seu uso, uma vez que o paciente não tem a oportunidade de ser zangar com ela. O fracasso neste processo é responsabilidade do analista. Winnicott assinala, ainda, a dificuldade deste tipo de trabalho: o analista não é a mãe natural do paciente e, ainda assim, deve ser sensível às suas necessidades, estando disposto a fornecer uma situação que possa abarcá-las. Além disso, toda vez que aparece uma resistência no trabalho, o analista deve procurar por seus próprios erros, o que também é uma árdua tarefa. Esta seria a parte do trabalho que permitiria que o paciente pudesse se libertar de sua dependência do analista.

A concepção de um tipo de trabalho terapêutico em que a preocupação com o comportamento do analista adquire destaque, como se pode ver na elaboração winnicottiana, é interessante por minimizar o papel das resistências no curso da análise, o que não implica em negar sua existência. Em *O ódio na contratransferência* (1947), apesar de se referir mais

[36] Quando as necessidades iniciais do bebê não são solucionadas, não é raiva ou frustração o que pode sentir. O que ocorre é "alguma forma de distorção do desenvolvimento numa fase primitiva" (Winnicott, 1956, *A preocupação materna primária,* p. 400).

explicitamente à psicanálise com psicóticos, e elaborado anteriormente ao desenvolvimento da noção de *falso self*[37], já se notam os germes de algumas concepções defendidas a respeito do posicionamento do analista e de sua contratransferência. Desse modo, ao propor a reflexão clara a respeito de algumas manifestações afetivas que surgem no psicoterapeuta, como é o caso do ódio objetivo, trabalhado nesse texto, Winnicott pode pensar em como se dá sua influência no contexto clínico. Examina, então, a existência de certos sentimentos no psicoterapeuta que se devem a um comportamento real do paciente, que, muitas vezes, no caso de psicóticos e de tratamentos realizados em instituições psiquiátricas, são objetivamente irritantes. Neste sentido, o ódio que surge em uma contratransferência objetiva é considerado como "legítimo" e deve ser reconhecido em sua existência pelo analista, fato ao qual se pode chegar através da própria análise do analista. O ponto central que Winnicott defende é de que a análise com pacientes cujos sintomas são majoritariamente de cunho neurótico pode se realizar por intermédio das interpretações verbais da transferência inconsciente do paciente, mas que, no caso do trabalho analítico com pacientes psicóticos, a tensão ao qual o analista está sujeito tem uma sobrecarga muito maior e a intervenção deve levar em conta a carga afetiva adicional e a existência do ódio latente por parte do analista. Assim, Winnicott aponta: "Creio que na análise de psicóticos e nas últimas fases da análise de pacientes normais o analista irá encontrar-se numa posição comparável à da mãe de um bebê recém-nascido" ([1947], 2000: 286). E, mais à frente, continua: "O analista deve dispor de toda a paciência, tolerância e confiabilidade da mãe devotada ao bebê. Deve reconhecer que os desejos do paciente são necessidades. Deve deixar de lado quaisquer outros interesses a fim de estar disponível e ser pontual e objetivo" (op. cit.: 287). Tudo isso em função de que a psicoterapia possa se direcionar mais às necessidades do paciente do que às do terapeuta, o que pode parecer óbvio, porém nem sempre o é. Como afirma Balint em seu texto sobre a transferência,

[37] Cujos primórdios começam a se delinear em *Psicose e cuidados maternos* (1952) e em *A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional* (1955).

a “passividade elástica” do analista, “com a condução benevolente da transferência” e “superação de sua própria contratransferência” constituem as pedras-de-toque do psicanalista, sendo tarefas que trazem muito mais dificuldade do que qualquer outra do âmbito do tratamento psicanalítico (Balint, [1952] 1933: 178-9).

Sendo assim, quando se atribui a culpa de uma estagnação do tratamento unicamente ao paciente, imputando a ele a responsabilidade que advém de suas resistências, o analista acaba por assumir uma posição em que não precisa verificar nada de sua conduta, nem de seus sentimentos, sejam eles legítimos e ocasionados por um “comportamento real” do paciente, ou não. Esquece do alerta balintiano segundo o qual o tratamento psicanalítico se dá por intermédio de uma relação bipessoal. Como afirma Winnicott ao descrever o trabalho possível com pacientes fronteiriços, por exemplo, o que seria chamado de resistência no caso do paciente neurótico é, no caso anterior, um fator que indica “que *o analista cometeu um erro* ou agiu mal a respeito de algum detalhe” (Winnicott, 2000: 397, grifo do autor). Esse pressuposto é totalmente diferente do que é possível encontrar, sobretudo, nos textos iniciais de Freud, como em *Sobre a psicoterapia* (1905), em que indica as dificuldades do tratamento analítico para o paciente e para o analista, situando-as intrapsiquicamente: “O desvendamento e a tradução do inconsciente realizam-se sob uma *resistência* contínua por parte do enfermo” e a psicanálise poderia ser considerada, portanto, uma “*pós-educação para superar as resistências internas”*. O foco exclusivo nas resistências dá pouca chance a que o analista perceba a si mesmo como um dos pólos que ocasionam demoras e falhas nos tratamentos que conduz, deixando de aproveitá-las como material importante do processo analítico.

3.5. A questão do uso de um objeto e as implicações nas teorizações sobre a transferência

A questão dos fenômenos transferenciais ganha importantes contornos com a teorização mais tardia de Winnicott sobre a fase de uso do objeto (1969), ao qual dedica um

capítulo em *O brincar e a realidade*. A análise das fases iniciais pelas quais passa o bebê no processo de seu desenvolvimento emocional ajuda a compreensão daqueles fenômenos e dão uma luz ao procedimento analítico. A importância pela espera da evolução da transferência, como mencionado anteriormente, é um movimento desta fase final do pensamento winnicottiano. Não atropelar um movimento que tem como base a confiança no analista e em sua técnica é fundamental para que a produção de interpretações não impeça ou retarde mudanças oportunas para o paciente. Ainda assim, nada disso invalida a função da interpretação, contanto que usada com critério, sem o famoso "fanatismo pelas interpretações" (Ferenczi , 1928c).

A interpretação seria, ainda, o que distingue a análise de uma auto-análise – e é daí também que advém sua especificidade no âmbito da psicanálise –, mas, para que possa ter efeito, Winnicott aponta, neste texto, que é necessário que o paciente possa ser capaz de "*colocar o analista fora da área de fenômenos subjetivos.* Acha-se então em jogo a capacidade do paciente de usar o analista (...)" ([1969] 1975: 122, grifo do autor). O analista deve se preocupar com o desenvolvimento e o estabelecimento desta capacidade de uso do objeto, podendo identificar sua ausência.

Nesse texto, Winnicott propõe a diferenciação entre a relação de objeto e o uso de um objeto, como aspectos fundamentais e imbricados ao surgimento do ego. A relação de objeto é algo que diz respeito ao sujeito isolado, dando lugar, posteriormente, ao uso do objeto. Talvez seja mais fácil compreender a diferença entre um e outro por intermédio, primeiramente, do entendimento do que o autor toma por uso do objeto. Neste último caso, tem-se a relação de objeto acrescida de novas características que dizem respeito ao objeto: aqui, este tem que ser real, não sendo, ao contrário, um feixe de projeções; ademais, deve-se ter, necessariamente, a aceitação do objeto como existindo de forma independente do sujeito. Nestas condições, o uso de objeto faz parte da mudança para o princípio da realidade. Não se trata de um processo que

ocorre espontaneamente ou que já está lá, devendo haver o desenvolvimento da capacidade de usar o objeto como exemplo do processo de amadurecimento; sendo assim, é necessário um ambiente propício para que ocorra. No processo que vai da relação de objeto para o desenvolvimento da capacidade de usá-lo, "existe a colocação, pelo sujeito, do objeto fora da área de seu controle onipotente, isto é, a percepção, pelo sujeito, do objeto como fenômeno externo, não como entidade projetiva (...)" (op. cit., p. 125).

Para Winnicott, esse é um dos movimentos mais difíceis do desenvolvimento humano e que, posteriormente, se não ocorre, chega à análise para que o analista possa repará-lo. A mudança do relacionamento para o uso do objeto significa que o sujeito deve "destruir o objeto". Se o objeto sobrevive a esta destruição, aí então é que o sujeito pode fazer uso do objeto que sobreviveu. Dessa forma, os mecanismos projetivos deixam de ser o motivo principal que faz com que a realidade externa exista: eles continuam operando, mas deixam de ser determinantes. A tese winnicottiana é a de que "a destruição desempenha um papel na criação da realidade, colocando o objeto fora do eu (*self*)", discordando da teoria clássica segundo a qual é o encontro com o princípio da realidade o que provoca a agressividade. Mais adiante, afirma: "(...) o sujeito está criando o objeto no sentido de descobrir a própria externalidade, e há que acrescentar que essa experiência depende da capacidade do objeto de sobreviver. (É importante que, nesse contexto, 'sobreviver' signifique 'não retaliar'.)" (Winnicott, 1975: 127). Em resumo, o uso de objeto é um tipo de relacionamento muito mais complexo, enquanto que, na relação de objeto, o que se verifica é a atuação dos mecanismos de projeção e das identificações trabalhando no sentido do esvaziamento do sujeito, que encontra algo seu no objeto.

É possível notar que se trata de uma teorização sofisticada para dar conta de pequenos movimentos que têm reflexo na transferência, como Winnicott logo indica na continuação de seu texto. Tendo em vista todo o processo, o paciente deve também possuir a capacidade de

uso do objeto quando este é o analista, para que ele não seja uma projeção de parte de seu eu. Para que isso ocorra, é possível dizer que o paciente deve também destruir o analista e a sobrevivência deste é o que garantirá as mudanças positivas no curso da análise. A travessia que o analista percorre e constrói com seu paciente envolve uma tensão maior do que pode parecer, tal como a travessia de G.H. com seu leitor, que lhe deu a mão, desde o início:

- Sei, é ruim segurar minha mão. É ruim ficar sem ar nessa mina desabada para onde eu te trouxe sem piedade por ti, mas por piedade por mim. Mas juro que te tirarei ainda vivo daqui – nem que eu minta, nem que eu minta o que meus olhos viram. Eu te salvarei deste terror onde, por enquanto, eu te preciso. Que piedade agora por ti, a quem me agarrei. Deste-me inocentemente a mão, e porque eu a segurava é que tive coragem de me afundar (Lispector, 1998: 98-99).

O analista não deve oferecer inocentemente sua mão, mas é dela e de sua sobrevivência, através de uma presença constante, que a subjetivação pode se construir no dispositivo analítico; como alerta Winnicott, deve avaliar constantemente o momento em que se encontra a experiência psicanalítica, e, como adverte Balint remetendo-se a Ferenczi, deve aproveitar os erros anteriores, seus e de outros analistas, para não dar voltas mais sinuosas do que as que poderia dar, ou, até mesmo, para evitar submergir na situação psicanalítica.

Nestas condições, a partir das idéias sobre uso de um objeto, o comportamento do paciente na análise pode ser compreendido de uma forma inteiramente nova, como indica Khan: "Agora, o não-relacionar-se do paciente não é mais visto como se ele estivesse negando-se a se relacionar, mas como se ele estivesse procurando deixar de se relacionar com o objeto e tentasse usar o analista como objeto" (2000: 22). No tocante à atividade destrutiva por parte do paciente, é possível entendê-la da seguinte forma:

> ... a tentativa, empreendia pelo paciente, de colocar o analista fora da área do controle onipotente, isto é, para fora, no mundo. Sem a experiência da destrutividade máxima (objeto não protegido), o sujeito jamais coloca o analista para fora e, portanto, não pode mais do que experimentar uma espécie de auto-análise, usando o analista como projeção de uma parte do eu (self). (...) O paciente pode, inclusive, ter prazer na experiência analítica, mas, fundamentalmente, não sofrerá qualquer mudança (Winnicott, 1975: 127-8).

Quando o paciente consegue destruir o analista e este sobrevive aos seus ataques, o paciente atinge um amadurecimento maior em que, agora sim, as interpretações podem surtir efeitos importantes. De acordo com Khan (2000), o uso de interpretações pode ser terapêutico para o paciente apenas quando houve um manejo eficaz; com isso, este e o trabalho interpretativo podem ocorrer em conjunto, através de uma ajuda e facilitação mútua. Mas, como Winnicott já advertia no texto de 1955, é preciso considerar em que estágio encontra-se o paciente ou se é possível presumir ou não que tenha havido um cuidado suficientemente bom em seu desenvolvimento emocional primitivo. O trabalho pode começar sem base no modelo da interpretação e derivar para ela, quando as condições assim o permitirem. Como indica o autor no final do texto, muitos pacientes chegam à situação analítica com o problema do uso de objeto já resolvido, tendo sido desenvolvida previamente sua capacidade de uso do objeto, que, como se viu, não quer dizer 'exploração'. Todavia, não se trata da totalidade dos casos e, em outros tantos, a tarefa analítica consiste em permitir que o paciente adquira essa capacidade, o que é feito através do analista: propiciar que ele desenvolva "a capacidade de nos usar" (Winnicott, [1969], 1975: 130). Isso é feito na medida em que pode haver uma integração do ego do paciente, mesmo que em época tardia. Por conseguinte, a hipótese de uso do objeto, como aponta Khan, é um dos desenvolvimentos mais importantes no pensamento de Winnicott, haja vista o fato de trazer ao clássico conceito de transferência, tal como se trabalhou no Primeiro Capítulo desta dissertação, "uma amplitude e um alcance maiores", fazendo surgir uma "nova potencialidade" no espaço clínico e "também um novo relacionamento, dando lugar à realização afetiva e imaginativa do eu através do *uso* do analista ao mesmo tempo como objeto transicional e como objeto que é de fato objetivo" (Khan, 2000: 22-3). E prossegue:

> Em termos de transferência, isto significa que o analista e o paciente são partes de um processo total mais amplo dentro do contexto analítico, no qual ambos estão sendo 'criados' e 'encontrados' um pelo outro. É esta mutualidade e reciprocidade que criam um novo dinamismo dialógico, mais importante que a mera relação objetal na transferência (idem).

Assim, Ferenczi e Winnicott, repensando o próprio conceito de transferência e, sobretudo no caso deste último, vinculando-a um cuidado recebido pelo bebê em tempos remotos do desenvolvimento primitivo, puderam ampliar o próprio alcance da clínica psicanalítica, estendendo-a a casos clínicos e configurações institucionais que não eram antes abarcadas pela técnica, apesar das constantes reformulações que sofreu ao longo dos anos e dos dados clínicos obtidos por Freud.

4

CONSULTAS TERAPÊUTICAS E O 'MOMENTO SAGRADO' DA MÚTUA AFETAÇÃO

4.1. Campo de afetação e mobilidade psíquica

4.1.1. Afetação mútua e experiência psicanalítica

> Entre duas notas de música existe uma nota, entre dois fatos existe um fato, entre dois grãos de areia por mais juntos que estejam existe um intervalo de espaço, existe um sentir que é entre o sentir – nos interstícios da matéria primordial está a linha de mistério e fogo que é a respiração do mundo, e a respiração contínua do mundo é aquilo que ouvimos e chamamos de silêncio. (p. 98).

G.H. defronta-se com o intervalo entre aquilo que parece estar colado, entre duas coisas que não parecem estar separadas por absolutamente nada. Nada faz crer que exista algo entre elas, nem mesmo barulho pode se encontrar aí. G.H defronta-se com o "neutro e inexpressivo" (100) de si. É um momento de tensão em que novamente faz-se necessário a companhia daquela mão, desde o início presente, e G.H. promete: "Mas juro que te tirarei ainda vivo daqui (...)" (98-9). A travessia de G.H. por uma desconstrução de trajetórias pregressas – talvez assim se possa pensar – através do encontro com o desumano e a barata viva, isso se dá em intervalos e nos intervalos, naquilo que não se pode enxergar e, talvez, mal e mal, designar. G.H. e a barata afetam-se mutuamente; G.H. e seu acompanhante, que, ela promete, sairá vivo, e de quem agora tem piedade, também se afetam. Retornemos ao pensamento sobre esse intervalo e sobre o *sentir que é entre o sentir*. Retornemos a isso que ganha outros nomes e compreensões no que concerne à travessia da experiência psicanalítica.

Trata-se aqui de um convite a pensar no encontro entre o eu e o mundo, ou entre o infante e o que se encontra ao seu redor – no caso do momento inaugural de constituição da subjetividade – em que o impacto daí derivado proporciona efeitos consideráveis nos personagens envolvidos (G.H.? A barata? O paciente? O analista?). A partir do momento em que eu e outro se encontram, o entrelaçamento que aí se produz provoca reverberações em ambos. Para o exame de tais questões, Marisa Maia (2003), a partir da contribuição de

Ferenczi e dos demais teóricos das relações objetais, lança mão do conceito de campo de afetação para compreender o que se dá neste encontro que se faz presente e se atualiza, não apenas no dispositivo psicanalítico, mas em diversas ocasiões da vida. Campo de afetação é uma inferência teórica que procura dar conta dos elementos que permitem a constituição do sujeito e também as transformações psíquicas que se dão no desenrolar dos processos psicoterapêuticos ou da clínica psicanalítica. Trata-se, este campo, do "espaço de apreensão e criação de sentidos" e que objetiva "tornar visíveis os movimentos psíquicos intersubjetivos que estão implicados nos processos de simbolização" (2003: 24). Assim, modificações não-desprezíveis surgem por intermédio desse encontro que se dá através da afetação de um sobre o outro e vice-versa. De acordo com a autora, ao falar de campo de afetação, nessa perspectiva, implicam-se corpos, afetos e linguagens: trata-se de um espaço de entrecruzamentos em que as intensidades são transpostas a todo momento. G.H. faz uma concessão àquele que, desavisado, lhe concede a mão: "Pelo menos também usa-me, usa-me pelo menos como túnel escuro – e quando atravessares minha escuridão te encontrarás do outro lado contigo" (p. 99) – algo então é possível encontrar a partir de uma tal travessia e de uma tal afetação.

Segundo Maia, o mecanismo de introjeção proposto por Ferenczi (1909) permite compreender melhor o que se passa nessa afetação que impulsiona à subjetivação, seja nos primórdios da vida do bebê, seja no processo psicanalítico posterior. É pertinente lembrar que a introjeção concerne à pulsão, e não à posse de objetos puramente, sendo, deste modo, "um processo basicamente afetivo" (Maia, 2003: 118). Tal processo é o que permite, no momento de constituição da vida psíquica do sujeito, impulsionar o infante do auto-erotismo ao hetero-erotismo, num movimento em que o eu e o mundo são constituídos em conjunto. Segundo Vertzman (2002), na medida em que o eu e o isso são formados pelo processo introjetivo, pode-se dizer que há um "recobrimento entre introjeção e aparelho psíquico", portanto. O

mecanismo de introjeção permite que o eu possa ser lançado para fora de si, resultando em um enriquecimento egóico na medida em que se coaduna com a capacidade do eu de se inserir no mundo, aumentando o vínculo com objetos.

Como reafirma repetidas vezes Ferenczi no texto de 1909 sobre a transferência, e também no de 1912[38] em que retoma o tema, a introjeção e a projeção constituem-se em processos dinâmicos que estão presentes em todas as pessoas, sejam acometidas ou não por uma neurose ou por um processo psicótico. O fato é que, no caso da neurose, que se distingue da normalidade pela quantidade e não por uma estrutura específica e característica ([1909] 1991: 87), o processo introjetivo seria exagerado e seu ego, por conseguinte, seria "patologicamente dilatado". Nestas condições, o que ocorre através do mecanismo de introjeção é o fato de que, tanto o neurótico quanto o não-neurótico, em proporções diferenciadas, espalham suas emoções por todo o tipo de objetos, promovendo, assim, um alargamento do eu. A introjeção diz respeito à distribuição de afetos flutuantes pelos objetos do mundo externo e sua "introdução" na esfera do ego.

Assim como a introjeção é o mecanismo que busca explicar o que permite a vivência de uma separação entre um eu e um outro, na vida do bebê, e que pode ser vista em processos tardios da vida psíquica do sujeito, outros aspectos da constituição subjetiva em momentos precoces também são retomados na vida posterior e são de fundamental importância na cena analítica. A preocupação com a analogia entre o que ocorre em momentos inaugurais da vida do infante e o que está no cerne da experiência psicanalítica é uma tônica comum aos teóricos das relações objetais, como afirma Souza (2001). Segundo o autor, a dimensão da alteridade vai sendo introduzida nas teorizações construídas após Freud para pensar a constituição do sujeito. Essas teorizações dão centralidade às "qualidades afetivas" que permeiam o *setting* analítico, próximas que estão à tranqüilidade e à quietude na constituição da vida psíquica do

[38] Cf. *O conceito de introjeção* (1912).

bebê. A dimensão do afeto, que se faz ver, neste caso, pelas qualidades afetivas propiciadas pela presença do analista e de sua permanência, é o que permite que não se constitua um impasse clínico em alguns processos terapêuticos, ou, enfim, o que ajuda a superá-los.

Se Maia (2003) lança mão da noção de campo de afetação, Birman (1996), em seu texto acerca da luminosidade em psicanálise, também chama atenção para a afetação, que detém o papel de catalisador da experiência psicanalítica, constituindo-se, portanto, em um processo ímpar que propicia a mobilidade psíquica que se almeja a partir daí. Embora Birman não se refira propriamente a um "campo de afetação", tal como o termo escolhido por Maia, é possível pensar na analogia entre as duas noções, uma vez que ambas são o que proporciona a desconstrução de significações enrijecidas para posterior construção de novos sentidos. Assim, a afetação, segundo o autor, está relacionada com a dimensão da intensidade, inscrevendo-se, por conseguinte, nos registros da força e da mobilidade. O registro da força teria sido objeto de atenção maior de Freud a partir da teorização sobre a pulsão de morte (1920). Como se viu, o confronto de Freud com a experiência da repetição transferencial propiciou uma concepção de pulsão em que a força se torna autônoma em relação à representação e, finalmente, resultou na própria noção de pulsão de morte, que se constitui em uma modalidade de pulsão sem representação. Nestas condições, a experiência psicanalítica passa a transcender os registros da representação e do método interpretativo como técnica privilegiada (Birman, 1996). É o limite que se impõe à intervenção verbal do analista, que se propunha a atingir processos vinculados à representação no analisando. Tal limite era anunciado por Ferenczi, ao cada vez mais permitir que seus pacientes mergulhassem em vividos da infância que não eram alcançados pela via da associação livre[39]. A regressão na cena analítica foi, assim, ganhando maior importância a partir de seu trabalho e daqueles que se deixaram tocar por suas idéias, como M. Balint e D. Winnicott (Oliveira, 2005; Peixoto Jr,

[39] Cf. *Análise de Crianças com Adultos*.

2002). A problemática em torno do limite da intervenção verbal é bem trabalhada por Balint ([1968] 1993), que chamava atenção para o quanto se deveria usar de interpretação e o quanto deveria ser destinado à relação objetal, situando aí a relação entre analista e paciente. Nessas circunstâncias, o momento da teorização freudiana em que ganhou peso a idéia da pulsão de morte, isto é, de um excesso que está além da simbolização e que não faz parte deste que é o registro da memória e da representação, fez com que o dispositivo psicanalítico se deparasse novamente com aquilo que, neste processo de "criação de si" concerne às intensidades em jogo no cenário analítico. O que está em pauta, portanto, e que é constantemente enfocado a partir de Ferenczi, é a afetação que se dá na experiência analítica e cuja função é, nas palavras de Birman (1996: 95), a de "desconstrução dos sistemas de crença cristalizados no sujeito". O autor assinala, em seu texto, novas formas de pensar a relação que se constitui na experiência psicanalítica e a revisão de algumas teses centrais da teorização freudiana impulsionaram a psicanálise a abraçar outras maneiras de ocupar o lugar do analista e se posicionar na relação transferencial.

4.1.2. Sensos de eu na teoria de D. Stern

Em sintonia com uma compreensão do campo transferencial perpassado por afetos e com poder de criação, as pequenas sutilezas que ocorrem na relação e na cena de análise podem ser pensadas para além de uma idéia de transferência puramente estática e de repetição de imagens. O que sobressai, neste sentido, é pensar a transferência a partir de seu viés produtivo, como já se teve oportunidade de indicar neste trabalho. A relação analítica pode impulsionar a criação de si e do mundo (Jô Gondar, 2004), através da criação de novos sentidos que têm lugar por intermédio da afetação mútua entre paciente e analista. Com isso, propõe-se examinar algumas perspectivas teóricas que podem enriquecer a visão desse processo de afetação no âmbito da relação construída no dispositivo analítico. Se Ferenczi

propõe uma concepção de mecanismo introjetivo como sendo aquilo que permite um "alargamento do eu", não é difícil concluir que a introjeção pode ser considerada uma forma de subjetivação. Ela está operando nos primeiros momentos da vida do bebê, mas não pára por aí. Se a transferência é uma classe de introjeção, então a subjetivação está presente também na cena analítica, através dessa relação, e está imbricada com a afetação que aí ocorre.

Daniel Stern, psicanalista e etologista que buscou empreender a tarefa de associar algumas idéias das teorias psicanalíticas com as pesquisas recentes dos desenvolvimentalistas, trouxe achados e inferências teóricas que podem ajudar a pensar o que ocorre nos primeiros meses de formação do eu do bebê e de sua relação com o mundo ao seu redor. Alguns dos problemas por ele levantados podem ser atrelados às noções ferenczianas já discutidas e a algumas das ressalvas de Balint e de Winnicott no que tange à metodologia psicanalítica. Dessa forma, em sua intenção de compreender como é a experiência subjetiva vivida pelo bebê e como seriam por ele sentidas as relações interpessoais, Stern desenvolveu a hipótese funcional de *sensos de eu* como princípios organizadores da vida subjetiva do bebê, cujo papel é fundamental para o psiquismo da vida adulta. Assim, Stern, procurando compreender como se dá a "experiência social subjetiva do bebê" a partir das pesquisas dos desenvolvimentalistas e da clínica psicanalítica, coloca no centro de sua investigação empírica o que chama de *senso de eu.* Sua pergunta primordial é sobre o início da existência de algum tipo de senso de eu e da possibilidade de sua emergência antes do desenvolvimento da linguagem verbal. Cabe advertir que Stern, apesar de constantes referências em sua pesquisa às teorias psicanalíticas e a conceitos de Winnicott, Bowlby, Mahler, entre outros, ainda assim aponta suas divergências quanto a premissas básicas da psicanálise acerca do desenvolvimento do bebê e, em muitas ocasiões, utiliza alguns termos, tais como quando se refere ao "eu", de modo que não pode ser sobreposto aos termos usados no campo

psicanalítico. O objetivo aqui não é investigar exaustivamente a questão da formação do eu e da subjetividade; ao invés disso, o intuito do exame das noções desenvolvidas por Stern está em utilizar algumas de suas ferramentas teóricas para pensar a transferência produtiva no dispositivo psicanalítico, principalmente em se tratando de contextos institucionais, quando se pode fazer uso das consultas terapêuticas de Winnicott. Compreender alguns processos inicias de subjetivação do infante pode enriquecer a concepção do trabalho psicanalítico. Dito isso, Stern dedica sua pesquisa a investigar como cada um dos sensos de eu inferidos vão emergindo através da experiência social do bebê, isto é, a partir das inter-relações que estabelece com a mãe e outras pessoas.

A escolha do termo *senso*[40] indica a dimensão de uma experiência direta, isto é, da "consciência simples (auto-reflexiva)" e não de conceito ou cognição: não se está falando sobre o saber da existência de um eu, mas sim de ter a experiência direta de um eu. Quanto ao eu incluído na expressão *senso de eu*, Stern esclarece:

> (...) eu quer dizer um padrão invariante de consciência que surge apenas no momento das ações ou processos mentais do bebê. Um padrão invariante de consciência é uma forma de organização. É a experiência subjetiva organizadora do que quer que seja que será mais tarde referido verbalmente como o 'eu' (Stern, 1992: 4).

Ao falar em senso de eu, é importante mencionar a questão da indiferenciação entre o bebê e o mundo ao seu redor, premissa que existe, como se sabe, entre as teorias psicanalíticas, e que Stern questiona diretamente. Segundo Winnicott (1967), existe um processo pelo qual o bebê deve passar até ser capaz de "distinguir claramente entre o eu e o não-eu, entre o *real* compartilhado e os fenômenos da realidade psíquica pessoal (...)"[41]. Inicialmente, para esse autor, como se sabe, a capacidade de discernir entre o que ocorre no mundo interno e o que se passa exteriormente ainda não está estabelecida.

---

[40] *Sense*, no original em inglês.
[41] D. W. WINNICOTT. *O conceito de indivíduo saudável.* In: *Tudo começa em casa.* São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 5, grifo do autor.

No entanto, Stern discorda da idéia amplamente defendida segundo a qual há uma indiferenciação entre o bebê e o mundo ao seu redor nos primeiros meses de vida. Em verdade, Stern propõe uma inversão da concepção psicanalítica segundo a qual inicialmente há uma indistinção entre o bebê e sua mãe, ou o que representa o mundo externo, e, como decorrer do processo esperado de desenvolvimento, começa a emergir a diferenciação que se estabelece de forma cada vez mais sólida. O que o autor propõe, ao contrário, é que o bebê, nas primeiras etapas, não experimenta a falta de separação e, através de seu desenvolvimento, aí sim experiências de indiferenciação podem ser vivenciadas.

> Os bebês começam a experienciar o senso de um eu emergente desde o nascimento. (...) Eles jamais experienciam um período de total indiferenciação eu/outro. Não há confusão entre o eu e o outro no começo ou em qualquer ponto durante o período de bebê (Stern, 1992: 7).

De acordo com o autor, no início da vida do bebê há o que chama de *senso de um eu emergente*, que se forma entre zero e dois meses de idade, sendo que, a partir dos dois meses, começa a emergir o *senso de um eu nuclear*. A cada emergência de um novo senso de eu, que tem lugar a partir da relação que se estabelece com a mãe, o senso de eu anterior não deixa de existir, havendo uma co-existência para toda a vida. Neste sentido, no que tange à questão da fusão entre o bebê e seu entorno, Stern indica que, entre os dois e os seis meses de vida do infante, "os bebês consolidam um senso de um eu nuclear como uma unidade separada, coesiva, limitada, física, com um senso de sua própria agência, afetividade e continuidade no tempo (Stern, 1992: 7). O autor nega, portanto, a existência de uma fase simbiótica, defendendo a idéia de que apenas a partir da existência de um eu e de um outro nuclear é que podem surgir experiências de fusão. Em outras palavras, quando ocorre uma experiência de união ou fusão, em verdade, foi necessário um percurso, em que a organização ativa da experiência "eu-com-o-outro" deu-se de forma bem-sucedida. (idem). Novamente, é importante lembrar que, ao pensar o senso de eu e procurar compreender seu processo de desenvolvimento, Stern não está investigando os desenvolvimentos do ego ou do id. Apesar

de nos valermos, nesse trabalho, das idéias de Stern, ainda assim é importante perceber as distâncias teóricas que o separam de autores já estudados neste trabalho, uma vez que Winnicott procura teorizar a questão referente à indistinção inicial entre mãe e bebê, ainda que frise a separação que terá lugar neste processo. Não obstante as rupturas de pensamento, o próprio Stern aponta sua aproximação com a psicanálise das relações objetais, que davam importância à relação do bebê com o outro, sem se ater exclusivamente a supostos funcionamentos intra-psíquicos.

Nestes termos, é importante uma atenção maior à questão trazida sobre os sensos de eu, lembrando que não se pode confundir esse conceito com o de sujeito ou o de ego. A concepção da existência de sensos de eu e sua relação com a afetação, que Stern trabalha com minúcia em seu texto e desenvolve a partir de pesquisas com mães e bebês, auxilia o entendimento mais aprofundado sobre a importância das relações de objeto iniciais na vida da criança e sua relação com a vida futura do sujeito, inclusive no que concerne ao dispositivo psicanalítico. Stern não traz paralelismos prontos entre as relações iniciais entre a mãe e o bebê e as relações tardias construídas em ambiente psicoterápico, apontando, ao contrário, perigos de deslocamentos teóricos precipitados. Entretanto, ainda assim é possível enriquecer com novas questões as concepções arraigadas sobre a experiência psicanalítica.

Assim, os quatro sensos de eu propostos por Stern são o senso de um eu emergente, o de um eu nuclear, o de um eu intersubjetivo e, finalmente, um senso de um eu verbal. Este último já possui relação com a linguagem verbal, como sugere o nome, e, uma vez desenvolvido, convive com os demais sensos de eu, que nunca deixam de existir. Cada senso de eu está atrelado a uma forma específica de se relacionar com o outro – mais especificamente, a pessoa que exerce a função materna – e emerge a partir dessa inter-relação. Stern vincula cada senso de eu a um "domínio do relacionar-se". Para o âmbito deste trabalho,

será importante a investigação dos dois primeiros sensos de eu e o papel da afetividade no senso de eu subjetivo, aos quais será dirigida maior atenção.

Talvez o senso de eu mais difícil de compreender seja o primeiro, uma vez que as palavras não dão conta de processos que se dão em dimensões muito diferentes daquela que diz respeito às verbalizações. Assim como é possível compreender o inconsciente como espaço de fluxos e intensidades, entendendo-o como algo além daquilo que foi recalcado, e, portanto, do que diz respeito à representação, Stern também propõe pensar certas experiências para além do representado verbalmente nos primórdios do desenvolvimento da criança. O senso de um eu emergente diz respeito ao período que vai de zero a dois meses de idade, quando o bebê ainda não tem estabelecido um senso de eu abrangente; apesar disso, e de acordo com Stern, o bebê estaria "ativamente formando o senso de um eu emergente" (op. cit.: 33). Ocorre que o bebê passa por diversas experiências, em que grande parte do tempo disponível da mãe é gasto no sentido da regulação e da estabilização dos ciclos de dormir-acordar, dia-noite e fome-saciedade; todas essas tarefas que buscam a homeostase do bebê são acompanhadas por variados comportamentos sociais por parte dos pais, tais como embalar o bebê, acariciá-lo, conversar e cantar com ele, produzir sons e caretas, entre tantos outros. Stern aponta que esses comportamentos se dão em resposta a comportamentos do bebê, como choro, sorrisos, olhar fixo, todos eles de cunho social, imputando um caráter ativo ao infante. Depreende-se que a interação social ocorre a serviço da regulação fisiológica, como não se cansou de apontar Winnicott, ao falar da adaptação da mãe ao bebê nos primórdios da vida e do que diz respeito ao *holding*. Neste sentido, Stern aponta que os bebês possuem todas essas experiências de modo não-relacionado. Haverá um momento em que, de fato, todas elas serão integradas, produto de um processo que se dá nos primeiros meses de vida. O processo de organização de tais experiências, assim como o produto que daí advém, é o que Stern entende como senso de um eu emergente. A emergência da organização, portanto, faz parte desse que

é o senso de eu inicial: processo e produto são elementos desse domínio do relacionar-se emergente. Antes de as experiências serem relacionadas e integradas de alguma forma e de o bebê poder experienciar a emergência de uma organização, "ainda está se formando a organização de referência para um senso de eu; em outras palavras, está emergente. (...)" (op. cit.: 41). No momento em que há o senso de um eu emergente, o bebê encontra-se ativamente empenhado em relacionar as diversas experiências e o que ele vivencia é a emergência de redes sendo aos poucos integradas, todavia tais redes ainda "não estão abarcadas por uma única perspectiva subjetiva organizadora" (op. cit.: 22), o que verificar-se-á quando do estabelecimento do senso de um eu nuclear. Segundo Maia (2003), o momento do senso de eu emergente é anterior à experiência de unidade corporal, própria do senso de um eu nuclear, que virá em seguida. Antes disso, porém, há uma intencionalidade no "eu", em que seu objetivo é "assegurar as interações sociais" (Stern, 1992). Ainda que não haja a unidade corporal, que virá em breve, não ocorre a vivência de um estado de desorganização e, como aponta Maia, mesmo que o bebê vivencie uma série de experiências ainda isoladas, "não percebe a falta de relação entre elas, uma vez que ainda não experimentou a possibilidade de experiências interligadas" (2003: 140). Assim, o eu não é uma instância psíquica bem constituída, tornando-se equivocada sua comparação ao ego. Para Reis (2004), há uma correlação entre o senso de um eu emergente, tal como proposto por Stern, e o processo de introjeção primitiva, de Ferenczi[42]. Em suas palavras, o eu remete-se à "capacidade característica do ser humano de se singularizar como membro coletivo, no qual atua como elemento que afeta e é afetado" (2004: 112). A autora remete-se, como se pode concluir, a uma mútua capacidade de afetação que constitui o "mundo próprio do eu". O processo que aqui ocorre opera fora do nível da consciência e se constitui na "sensação de irrupção da organização, anterior a qualquer possibilidade de referência a um sujeito estruturado" (Maia,

[42] Cf. segundo capítulo desta dissertação.

2003: 140). Em seguida, como descreve Stern, surge o senso de um eu nuclear, lembrando que as novas organizações vêm à tona a partir de saltos desenvolvimentais, nem sempre claros para o observador em seu processo detalhado de constituição. Trata-se, este segundo senso de eu, de uma experiência de uma entidade coerente e física, dotada de intencionalidade e ainda operando fora da consciência. Stern aponta que o senso de eu nuclear assemelha-se ao ego corporal da psicanálise, embora não se possa esgotar seu entendimento neste conceito. Este senso desenvolve-se entre o segundo e o sexto mês de vida do bebê, quando este é capaz de sentir que é bem separado fisicamente da mãe.

4.1.3. Os afetos de vitalidade no processo de subjetivação

Voltando ao senso de um eu emergente, este que é a matriz a partir da qual, no dizer de Stern, todos os pensamentos, atos e sentimentos verbalizáveis mais tarde surgirão e poderão ser identificados, é preciso compreender sua hipótese acerca dos afetos de vitalidade, considerados aqui como ferramenta teórica que permite entender as sensações que são construídas desde os primeiros momentos da vida do bebê. Esses afetos de vitalidade estariam no âmago da experiência de atualização de afetos no campo transferencial, como discute Maia (2003), processo que ocorre através da facilitação proporcionada pelas parcialidades da figura do analista. Trata-se justamente do viés tomado pelas teorias psicanalíticas, que dão importância ao início da experiência subjetiva, baseada na relação de objeto, e que traz como implicação clínica a necessidade da "permanência de uma presença asseguradora" (Souza, 2001: 295). Em outras palavras, significa pensar de que modo a experiência afetiva no início da constituição subjetiva atualiza-se na construção da experiência analítica, necessitando-se entender melhor a vivência afetiva primordial.

Sendo assim, Daniel Stern descreve algumas pesquisas sobre a percepção do bebê e a capacidade de coordenação de informações vindas de modalidades perceptivas variadas, o que

auxilia no entendimento dos afetos de vitalidade. O primeiro exemplo por ele oferecido é a da pesquisa em que bebês com três semanas de idade eram vendados, sendo a eles fornecidas chupetas para serem sugadas, cujos respectivos bicos possuíam particularidades específicas: um deles era esférico e o outro apresentava uma protuberância em vários pontos de sua superfície. Após algum tempo em que o bebê sentia o bico da chupeta, retirava-se a venda de seus olhos, sendo que, após uma comparação visual, os bebês acabavam por olhar mais para o bico da chupeta que estavam sugando há pouco tempo. A explicação para tal capacidade reside na "transferência modal cruzada de informações que lhes permite reconhecer uma correspondência através do toque e da visão" (Stern, 1992: 43). A seguir, o autor fornece novos exemplos de experimentos que associam outras modalidades perceptivas, chegando à hipótese da percepção amodal, intimamente relacionada com os afetos de vitalidade. Receber uma informação pertencente a um tipo de modalidade sensorial e traduzi-la para outra modalidade sensorial é um processo que pôde ser constatado no bebê, embora ainda não possa ser explicado em seu mecanismo de funcionamento.

> Os bebês parecem experienciar um mundo de unidade perceptual, em que eles podem perceber qualidades amodais em qualquer modalidade de qualquer forma de comportamento expressivo humano, representar essas qualidades abstratamente e então transportá-las para outras modalidades (Stern, 1992: 45).

A percepção amodal é uma forma com que o bebê experiencia o mundo à sua volta. Uma outra maneira se dá através dos encontros com as pessoas e diz respeito aos afetos de vitalidade. Por afetos de vitalidade, Stern compreende certos tipos de sensações que não podem ser definidas pelas palavras usadas no léxico corrente, uma vez que se referem a "qualidades indefiníveis [que] são mais bem capturadas por termos dinâmicos, cinéticos, tais como 'surgindo', 'desaparecendo', 'passando rapidamente', 'explosivo', 'crescendo', 'decrescendo', 'explodindo', 'prolongado'..." (Stern, 1992: 47). Apesar disso, possuem ressonância, tanto na vida do bebê, quanto em fases posteriores, sendo inerentes a qualquer tipo de comportamento e aplicados a experiências não-verbais. Seriam "aquelas qualidades

dinâmicas, cinéticas, do sentimento que distinguem o animado do inanimado e que correspondem às mudanças momentâneas nos estados de sentimento envolvidos nos processos orgânicos de se estar vivo" (op.cit.: 138). Ainda assim, não se trata de algo que supostamente desapareceria após o advento da linguagem, quando a aquisição da capacidade de fala permite que a criança possa conferir explicação às sensações, emoções e sentimentos que detecta em si e nos encontros interpessoais. Cunhar um novo conceito para designar tais "qualidades dinâmicas e cinéticas" é necessário pelo fato de que o vocabulário corrente de qualquer língua, se por um lado pode abraçar, de modo mais ligeiro, os afetos categóricos existentes, por outro lado, não compreende palavras que expressem as ditas "qualidades". Diferente dos afetos de vitalidade, segundo Stern, os afetos categóricos dizem respeito a experiências afetivas que se encontram em categorias distintas e bem delimitadas, como é o caso da felicidade, da tristeza, do medo, da raiva, entre outros. Os afetos de vitalidade, por sua vez, se caracterizam por uma regularidade menor do que aquela que perpassa os afetos categóricos: nesse sentido, são qualidades que fazem parte do comportamento de outras pessoas e que o bebê pode vivenciar, estando presentes na forma como a mãe levanta o bebê e troca suas fraldas, por exemplo, ou no modo como arruma o cabelo do bebê ou o seu próprio, ou como busca a mamadeira, etc. Recorrendo aos termos do autor, a mãe pode fazê-lo num "crescendo", ou "explodindo", ou "prolongado". Stern informa: "O bebê está imerso nesses 'sentimentos de vitalidade'" (op. cit.: 48). Assim é que justifica a existência de um novo nome para designar esses domínios da experiência afetiva, pois estão presentes nos afetos categóricos e em outras maneiras de agir que compõem a vida diária e a interação entre as pessoas.

A compreensão do que vem a ser os afetos de vitalidade fica mais clara através do exemplo da marionete, fornecido pelo autor. As marionetes carregam um tipo de expressividade similar à dos afetos de vitalidade. É a forma como se movimentam o que

permite que a platéia possa inferir os diferentes afetos de vitalidade e compreender a expressividade de cada gesto transmitido.[43] Enquanto uma marionete pode estar letárgica, com seus membros superiores pendentes e a cabeça pendurada, uma outra pode estar animada através de gestos e postura distintos. Como se vê, cada ato e cada movimento transmitem afetos de vitalidade diferenciais que, no entender de Stern, são percebidos pelo bebê em seu contato com a mãe. Um comportamento parental pode não possuir um afeto categórico intrínseco, como bem observa o autor, mas pode veicular expressividade afetiva tanto quanto um show de marionetes. O que se pode depreender é que o bebê ainda não possui a capacidade de perceber atos manifestos separados uns dos outros (como observar o movimento de pegar a mamadeira sendo discernido do movimento de abrir uma porta, que, por seu turno, é diferente do movimento de puxar uma cadeira para perto do berço). Não obstante, o bebê pode perceber cada ato em termo de afetos de vitalidade. A hipótese é a de que eventos diversos podem ser reunidos em categorias semelhantes com base nos afetos de vitalidade que são compartilhados por cada um desses eventos. É interessante verificar como a reunião de eventos distintos, a partir das qualidades afetivas que carregam, contribui para o processo de experiência de um outro emergente na vida do bebê. O exemplo de Stern é ilustrativo: em algumas situações, a mãe pode tranqüilizar o bebê dizendo “calma, calma, calma...”, dando mais ênfase à primeira parte da palavra ‘calma’ e se demorando mais em seu final, e, em outros momentos, ela acaricia silenciosamente as costas de seu bebê, aplicando uma pressão maior no início da carícia e demorando-se em seu término; se a duração e o ritmo do afago apresentasse a mesma duração e ritmo da vocalização que busca apaziguar o bebê, as duas técnicas de tranqüilizar poderiam parecer iguais, resultando na mesma experiência de afeto de vitalidade. Assim é que o bebê avançaria no processo de vivenciar um outro emergente, em que a mãe que acaricia não é diferente da mãe que diz “calma, calma”: ele

[43] Acredita-se que a expressividade que é possível ver com clareza na mímica de Charles Chaplin, em seu personagem Carlitos, e na mímica de Marcel Marceau são exemplos indiscutíveis dos afetos de vitalidade.

vivenciaria um único afeto de vitalidade nas diversas experiências de atividade tranqüilizadora. Ocorre aí a experiência amodal dos afetos de vitalidade em sua constituição dos sensos de eu (Stern, 1992: 51). Aqui é possível notar que Stern desenvolve uma investigação minuciosa daquilo que Winnicott já afirmava ao conferir grande valor à forma como o bebê recebe os cuidados das figuras parentais responsáveis, isto é, à maneira como o ambiente se apresenta e se adapta ao bebê.

Acredita-se que a hipótese funcional dos sensos de eu e dos afetos de vitalidade é de crucial importância, uma vez que tais afetos estariam atuando continuamente nas relações interpessoais e nos encontros quotidianos. Assim, estão presentes também na clínica analítica, surgindo e causando repercussões na relação que se estabelece entre o analista e seu analisando, sendo parte fundamental na construção da experiência psicanalítica em contextos diversos. Como propõem alguns autores contemporâneos que procuram pensar a clínica analítica diante dos impasses da atualidade, os afetos de vitalidade podem ajudar a compreender e a manejar certos fenômenos que ocorrem na transferência, tais como as vivências sensoriais. Reis aponta o espaço transferencial como um lugar em que, "por meio de modalidades sensoriais diversas", podem ser criadas "experiências de limiar com poder de metamorfose" (2004: 17). As experiências sensoriais do dispositivo psicanalítico podem ser melhor compreendidas a partir da atualização de afetos de vitalidade, uma vez que o senso de eu emergente, regido por tais afetos, não deixa de existir após o advento de outros sensos de eu. Sendo tais afetos de vitalidade, como indica Reis (2003), "as variações de tonalidades intensivas, inerentes a todos os atos humanos", ou ainda "as formas sensórias expressivas dos estados vitais de um ser", apresentam-se, também, na cena analítica. O paciente pode captar os afetos de vitalidade veiculados através da fala, dos gestos e dos movimentos do analista, uma fala em "crescendo", ou um silêncio "prolongado", ou uma observação onde o "explodindo" seria melhor do que qualquer adjetivo para designá-la. E os movimentos

psíquicos que se dão a partir da transposição de tais afetos, mesmo que sem uma consciência apurada de tal trânsito, podem, enfim, acontecer. As "qualidades afetivas" presentes no *setting*, ou no espaço em que ocorre a experiência analítica, permitem a mobilidade psíquica, como defendia Birman (1996). Estas qualidades afetivas permitem a subjetivação que não se cansa de acontecer também no dispositivo analítico.

A sintonia afetiva é outra experiência observada por Stern na relação inicial entre mãe e bebê e que serve para pensar as experiências de metamorfose que permitem novas formas de subjetivação através das variadas concepções de dispositivo analítico. Trata-se de um fenômeno observado quando da emergência de um senso de eu intersubjetivo, que começa a se verificar entre o sétimo e o nono mês de vida da criança. Nesse momento, eu e outro deixam de ser entidades nucleares, tal como vinha acontecendo no domínio do relacionar-se nuclear, em que havia a entidade física e separada do eu e aquela que pertencia à mãe. Neste domínio do relacionar-se, eu e outro nucleares possuíam presença física, continuidade, afeto e ação; contudo, não eram incluídos estados mentais particulares, subjetivos, tais como intenções, motivações e sentimentos. A experiência do bebê não abarcava essa modalidade de estar no mundo.

A partir de agora, algo novo começa a ocorrer, tratando-se justamente da percepção que o bebê passa a ter de que pode compartilhar com outrem estados subjetivos internos. Frisa-se aqui que, ao utilizar termos tais como intersubjetividade, subjetividade e sujeito, Stern não tem preocupação equivalente à da psicanálise, que procura debater a questão sobre o advento do sujeito e sua relação cronológica com o nascimento do indivíduo. Ao aventar a hipótese de que a partir dos sete meses de idade, o bebê apresenta outro salto desenvolvimental, passando a compreender que pode compartilhar estados subjetivos que estão além das ações, dos afetos e da presença física, Stern está interessado em entender aquilo que o bebê sente em sua vivência. O bebê não possui uma explicação elaborada para

tal, mas percebe que o que passa em sua mente, sem que possa denominá-la como "minha mente", pode ter uma semelhança suficiente àquilo que se passa na mente daquele que está com ele. Nesse caso, os estados subjetivos compartilhados podem ser comunicados, ainda sem o recurso das palavras e da linguagem verbal. O que pode ser compartilhado e comunicado, nessa ocasião, é a atenção conjunta (mãe e bebê dirigem seu foco de atenção a um mesmo estímulo, sendo que ambos percebem que o estão fazendo), as intenções e, o que, para este trabalho, é de grande importância, estados afetivos, que Stern chama de "interafetividade".

Stern remete-se ao processo em que o progenitor é capaz de ler e decodificar o que o bebê está sentindo com base naquilo que manifesta através de seu comportamento e, ainda, ao processo em que este mesmo progenitor realiza algum comportamento correspondente ao do bebê, sem ser uma imitação exata daquilo que o bebê fez. Finalmente, o bebê deve ser capaz de ler a resposta dada pelos pais como algo que corresponda a seu sentimento, tudo isso sem o uso de palavras. Dadas essas três condições, as pessoas envolvidas na comunicação podem sentir que houve uma "transação de afetos". Trata-se, assim, da *sintonia de afeto*, cuja definição vem a seguir: "(...) o desempenho de comportamentos que expressam a qualidade do sentimento de um estado afetivo compartilhado, sem imitar a exata expressão comportamental do estado interno" (op. cit.: 126). Esse conceito pode ser melhor compreendido por intermédio de exemplos, como o reproduzido no trecho abaixo:

> Um menino de nove meses começa a bater com a mão em um brinquedo macio, a princípio com certa raiva, mas gradualmente com prazer, exuberância e humor. Ele desenvolve um ritmo regular. A mãe entra no seu ritmo e diz: "kaaaaa-bam, kaaaaa-bam", o "bam" quando ele bate e o "kaaaaa" no elevar preparatório e no erguer do braço nas alturas, cheio de suspense, antes de deixá-lo cair (Stern, 1992: 125).

Alguns elementos devem fazer parte da sintonia de afetos para que ela possa ocorrer: a intensidade, o tempo e a forma, sendo que esta última não se trata de aparência externa, o que significaria imitação. A sintonia de afetos não é a mesma coisa que imitação exata, pois esta se aproxima mais de um comportamento mecânico e robótico, ou seja, desprovido de

afetividade. É necessário que haja a capacidade de percepção amodal para que o bebê possa ler o comportamento da mãe como um correspondente de seu comportamento e, portanto, trazendo a mesma qualidade de sentimentos. A sintonia de afetos está estreitamente relacionada com os afetos de vitalidade e com os afetos categóricos, pois ambos podem ser sintonizados. Entretanto, se a sintonia afetiva estivesse restrita aos afetos categóricos, não podia ocorrer como um processo contínuo, pois teria de esperar a manifestação do afeto categórico distinto. No entanto, a sintonia de afetos parece um processo ininterrupto; por conseguinte, estaria impedido de acontecer se dependesse unicamente de manifestações bem demarcadas de afeto. Já os afetos de vitalidade não trazem este problema, uma vez que se manifestam em todos os comportamentos, podendo ser "um objeto quase onipresente de sintonia" (idem). De acordo com a perspectiva de Reis (2004), a sintonia de afeto se dá fora da consciência, quando a mãe dá sentido aos sinais, por menores que sejam, emitidos por seu filho, que, por sua vez, percebe que seus sinais não caem no vazio. A sintonia afetiva propicia uma atmosfera que permite que seja criada "uma superfície de contato entre os corpos" (Reis, 2004: 97).

Stern está ocupado com o desenvolvimento normativo do bebê em sua relação com a mãe, reconhecendo que suas concepções podem exercer um papel como metáfora para a prática clínica, na medida em que a mudança na visão de como são os bebês e na forma pela qual se dá sua relação com os outros pode intervir no modo como os terapeutas trabalham ativamente com seus pacientes. Quando "o quadro do passado reconstruído da vida de um paciente se altera, o terapeuta sente ser necessário pensar e agir diferentemente", embora não se possa predizer exatamente como será a tradução destas idéias nas técnicas empregadas e mesmo nas teorias em que se baseiam (Stern, 1992: 248). Se os sensos de eu, um após o outro, não deixam de existir, mesmo quando se chega ao desenvolvimento do senso de um eu verbal, em que as palavras começam a ter um lugar e a narrativa inicia um papel relevante na

vida da criança, mesmo aí, os domínios do relacionar-se emergente, nuclear e subjetivo ainda estão operando em todas as situações da vida do indivíduo. Pode-se depreender que também ocorram em qualquer tipo de tratamento psicoterapêutico, em que a troca de afetos de vitalidade e sintonias afetivas são a matéria-prima da relação construída. É assim que Marisa Maia e Eliana Reis enriquecem a discussão sobre a clínica a partir dos achados de Stern.

É possível lembrar aqui a importância da dimensão do *sentir com* ferencziano, isto é, a capacidade que o analista deve adquirir de entrar no mesmo diapasão de seu paciente: nada mais, nada menos, do que sintonizar com ele, através de um transação de afetos inequívoca. Em outras palavras, o analista, quando trabalha com *tato* e *sente com* o paciente, é capaz de compartilhar com ele algum afeto, mesmo que palavras sejam pouco usadas nessa ocasião. Essa retomada da percepção amodal, que se faz em um nível diferente do nível verbal é o que pode ocorrer também no dispositivo analítico, através do campo transferencial que aí se estabelece. A subjetivação que ocorre no dispositivo analítico depende da afetação que não passa por palavras ditas ou por decifração de conteúdos, dependendo necessariamente da confiança no analista. Aí sim algo pode se produzir e ganhar positividade: eu e mundo são constantemente construídos e produzidos, "alargados" de forma incessante, subjetivando-se ininterruptamente. É neste sentido que Reis, tomando emprestado o viés ferencziano, entende a transferência como um processo introjetivo e criador, em que não se trata meramente de pensar o inconsciente como equivalente ao que foi recalcado (2004: 16). Para além disso, o analista acaba por emprestar sua "presença real e corporal", que é o meio sustentador do processo de perlaboração. Neste sentido, através do corpo do analista, o paciente pode ir além da repetição e "trazer para o espaço analítico fragmentos inexistentes de sua história" (op. cit.: 114). O trecho abaixo é esclarecedor desse ponto:

> (...) na relação terapêutica, reencontramos a reflexividade do olhar, pois o doente se apresenta ao médico na esperança de que este tenha um olhar capaz de ver o seu sofrimento e de interpretar o seu sintoma. O seu pedido é este: olhe-me e decifre meu mal. Nesse sentido, o olhar clínico inclui um

> reconhecimento desse outro corpo e da realidade de sua dor, na qual é preciso estar implicado para poder tratá-lo (Reis, 2004: 99).

Tomando novamente emprestada a elucidação literária, após G.H. esmagar a barata e enxergar a gosma que saía de dentro de seu corpo frágil e despedaçado, restava uma relação de olhares com tal matéria crua:

> A barata com a matéria branca me olhava. Não sei se ela me via, não sei o que uma barata vê. Mas ela e eu nos olhávamos e também não sei o que uma mulher vê. Mas se seus olhos não me viam, a existência dela me existia – no mundo primário onde eu entrara, os seres existem os outros como modo de se verem. E nesse mundo que eu estava conhecendo, há vários modos que significam ver: um olhar o outro sem vê-lo, um possuir o outro, um comer o outro, um apenas estar num canto e outro estar ali também: tudo isso também significa ver (Lispector, 1998: 76).

Existem-se um ao outro, paciente e analista, G.H. e a barata, o bebê e sua mãe, por processos pouco palpáveis e pouco verbalizáveis. Um reconhecimento impregnado de afetos e de intensidade, que não se faz sem dor, muitas vezes. Aqui, como se vê, a ênfase recai sobre a dimensão da intensidade e do afeto constituintes da experiência psicanalítica, dimensão atualizada através da presença corporal do analista e de seu olhar. Como indica Birman, quando surgem os impasses dados pelos limites insuperáveis do trabalho de simbolização, realizado, sobretudo, com base na interpretação e no deciframento de conteúdos recalcados, a análise paralisa. O autor adverte: "O que os analisandos não suportam é a ausência do analista. Quando este fica paralisado em sua escuta, pretendendo reduzir sua função ao trabalho de deciframento, a análise não mais funciona" (2000: 71). Assim, torna-se necessária a "presença viva do analista", para que o impacto oriundo das forças pulsionais possa ser acolhido, e é preciso que o analista exista seu paciente através de um olhar que é também um reconhecimento. É certo que o autor supracitado trabalha com as categorias referentes à questão do desamparo, procurando pensar como o excesso pulsional se verifica também no âmbito do tratamento psicanalítico, isto é, como a dimensão da intensidade aí se faz ver. Por outro lado, a contribuição ferencziana procura recrudescer a possibilidade de o analista, cada vez mais, *sentir com* o paciente, deixando-se livre para, usando as palavras de Stern,

sintonizar afetivamente com aquilo que seu paciente traz para o âmbito da relação analítica, evitando deixá-lo deparar-se, pura e simplesmente, com o desamparo. De igual modo, a leitura winnicottiana do que pode ser concebido como experiência analítica pressupõe uma existência mútua entre mãe e bebê, e que se repete, a seu modo, na cena de análise, onde o reconhecimento se dá através do contato e da confiabilidade, sendo fundamental o afeto que circunda toda a experiência e a constrói, do início ao fim. O brincar na experiência analítica pressupõe espontaneidade e criatividade, isto é, só se pode estabelecer se o analista encontra-se desapegado de regras que cristalizem seu modo de intervir, deixando-se livre para que se afete diante do sofrimento e da singularidade das existências que vão ao seu encontro. É o acolhimento necessário que depende da afetividade e que permite novas formas de subjetivação a partir do dispositivo analítico, a ser construído não apenas no consultório particular, mas também na instituição que oferece muito menos do que o ideal em se tratando de condições para o trabalho. Acredita-se, contudo, ser possível fazer da experiência psicanalítica em instituição algo que promova mudanças, aproveitando-se a idéia da afetação que se dá por meio dos afetos de vitalidade e da sintonia de afetos como acontecimentos presentes desde o início da vida do infante e que podem ser os elementos constituintes da transferência que se cria no espaço das consultas terapêuticas.

Neste sentido, a transferência produtiva continua como poderoso instrumento do tratamento, tal como tematizada por Freud, mas não passa obrigatoriamente pela via da resistência. Tratar-se-ia, por conseguinte, da transferência que diz respeito a essa relação médico-paciente, ou analista-analisando, e que se dá através da afetação estabelecida nesse campo: a movimentação psíquica que pode produzir transformações, que auxilia na criação de novos sentidos de si e do mundo, que impulsiona a novas narrativas e que depende da transferência de afetos. Lembrando Ferenczi, o analista, através de sua presença e da sincera vontade de ajudar, faz com que aos poucos possa surgir no paciente o sentimento de que a

vida vale a pena ser vivida (1985) e de que algo pode ser feito. É o olhar da mãe que ajuda a constituir o bebê, é o olhar que cuida, é o olhar que existe o outro, como nos mostra G.H. Trata-se, portanto, do testemunho de uma vivência. Dessa forma, a transferência produtiva é um contato que dá positividade às vivências psíquicas e ao caminho, não mais solitário, rumo a novos sentidos. Pode-se pensar a construção do dispositivo analítico em termos de consultas terapêuticas como algo que opera essa transferência produtiva, ampliando o entendimento do que está presente na psicanálise e de como ela pode estar presente em lugares áridos e escarpados, como se pretende examinar a seguir.

4.2. A experiência psicanalítica presente nas consultas terapêuticas winnicottianas

É novamente G.H. quem diz, e isso após toda a vivência inesgotável e inexprimível:

> - Dá-me a tua mão, não me abandones, juro que também eu não queria: eu também vivia bem, eu era uma mulher de quem se podia dizer 'vida e amores de G.H.'. Não posso pôr em palavras qual era o sistema, mas eu vivia num sistema. (Lispector, 1998: 160).

No auge do encontro com a pulsação que constitui o si mesmo, com o neutro de si, com o núcleo que é toda G.H., no momento mesmo em que a vida atual não é igual à vida anterior ao encontro com a barata e sua gosma, em que se produziu algo novo mas pouco passível de descrição, e que não é aquela vida que compunha um sistema, tem-se novamente o pedido de um caminhar em conjunto, de uma mão que guia e que está ao lado, de algo que precisa ser feito juntamente. Essa passagem de G.H., retirada do final de sua Paixão, parece ilustrativa disso que se quer discutir neste último capítulo: a indagação a respeito da experiência psicanalítica que assume a forma de consultas terapêuticas realizadas em instituição pública, a partir do entendimento de que as condições encontradas no cenário da saúde pública merecem uma compreensão diferente daquilo que pode ser realizado e, além disso, aproveitando-se as noções de Ferenczi, Balint e Winnicott sobre a relação entre

paciente e analista e a afetação que aí tem lugar. Um trabalho que só parece ser possível quando a trilha é construída conjuntamente.

Portanto, as questões trazidas especialmente por Ferenczi e Winnicott ajudam a pensar em como o dispositivo analítico pode ser viabilizado em contextos tortuosos de instituições de saúde pública. O que se busca pensar é o debate acerca da psicoterapia com base em uma visão psicanalítica realizada em instituições "difíceis" e em cenários culturais diferentes daqueles em que parece comum a procura por um analista e o falar de forma interrogativa sobre si mesmo, como aponta Jurandir Freire Costa (1989), sem a busca por respostas prontas, e sem a expectativa de uma *performance* similar à do médico. Além disso, a idéia da afetação e do movimento que pode ocorrer na experiência analítica, independente da forma que assume e do lugar onde se realiza, ajuda a pensar a própria consulta terapêutica em seus elementos mais básicos. Sendo assim, o recurso ao que Winnicott denominou de consulta terapêutica pode ser algo de que se lança mão em situações "difíceis", podendo ser o caso de alguns atendimentos ofertados àquela pessoa que acaba de se tornar paciente de um tratamento de HIV/AIDS, logo após a notícia de que seu exame é positivo, por exemplo.

Em seu caso, Winnicott dirigia a prática da consulta terapêutica ao seu trabalho clínico em psiquiatria infantil, tendo percebido a não-utilidade ou viabilidade da prescrição de tratamento psicanalítico nos moldes clássicos para cada criança encaminhada. A consulta terapêutica permitia explorar integralmente a primeira entrevista e, em suas palavras, "(...) o tipo de trabalho que descrevo (...) [consultas terapêuticas] tem uma importância que a psicanálise não possui ao atingir a *necessidade e pressão sociais* nas clínicas" (Winnicott, 1984: 10, grifo do autor). O recurso à consulta terapêutica não significa dizer que o tratamento psicanalítico habitual não tenha valor. Trata-se, no entanto, de uma possibilidade a mais no sentido de ampliar os usos e benefícios da psicanálise.

Winnicott desenvolve mais amplamente esse trabalho em seu livro *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (1984), no qual dedica grande parte ao relato de casos de atendimentos de crianças. Através da exploração máxima da primeira entrevista, e às vezes com sua reduplicação, e ainda em contato com os pais das crianças que eram a ele encaminhadas, Winnicott buscou dar a "oportunidade a quantas crianças fosse possível" de se comunicarem com ele, desenhando figuras e relatando sonhos. Com isso, pôde desenvolver uma forma de dispositivo analítico apropriada às condições que se encontravam em uma instituição de grande porte, tal como um hospital-escola, em que a demanda era crescente e mais acelerada do que a disponibilidade de profissionais para fazer face a ela. Embora as consultas terapêuticas não abarquem "todos os problemas de transferência e resistência" que são encontrados no processo habitual de análise, a questão da relação estabelecida entre o psicoterapeuta e seu paciente tem aqui relevância: os casos descritos se dão, na maior parte, em torno do Jogo dos Rabiscos, sendo ele "simplesmente um meio de entrar em contato com as crianças" (op. cit.: 11). Neste sentido, para o autor, a consulta terapêutica pode ser um meio eficaz de oferecer à criança a confiança de que ela pode ser compreendida e nada impede que se torne, posteriormente, um tratamento mais prolongado, sendo aí um prelúdio à psicoterapia.

Como é possível ver, na relação que se estabelece no tipo de trabalho que Winnicott procurou desenvolver, o elemento de confiança era fundamental e seu objetivo era também a compreensão mútua. Quando se acompanha o relato dos casos que atendeu, é possível perceber claramente que sua intenção, ao desenvolver o jogo dos rabiscos, era muito mais seguir o processo da criança do que impor a ela um tratamento e conclusões teóricas traduzidas em interpretações argutas. O trabalho é também a tentativa de seguir através da construção da experiência psicanalítica levando-se em conta as condições sociais dos pacientes. No atendimento da paciente Ada, Winnicott aponta um critério importante para

pensar em termos de consulta terapêutica: a paciente morava “muito distante para que eu pudesse pensar em termos de tratamento” e assim agiu “baseado na necessidade de fazer todo o possível na primeira consulta psicoterapêutica” (op. cit.: 233). Este critério é muito comum no caso das instituições brasileiras, onde a escassez de serviços de saúde em regiões periféricas das cidades faz com que haja uma demanda crescente nos poucos serviços localizados nas regiões centrais e mais favorecidas da maioria dos municípios brasileiros. Desse modo, pensar a consulta terapêutica no âmbito da saúde pública é expandir a possibilidade de construção da experiência psicanalítica, mesmo que se possa adaptar o trabalho do autor aqui estudado. Nestas circunstâncias, se ele procurava limitar as sessões a um máximo de três, muitas vezes restringindo-se à primeira entrevista e sua máxima exploração, não se pode deixar de pensar que talvez ele tivesse mais tempo para dedicar-se às primeiras entrevistas, e se permitia diversas configurações das mesmas (entrevistando um dos pais, os dois pais, ou a criança e um dos pais, etc). É notável que, em inúmeras descrições que fornece, as consultas duram uma hora e meia. Além disso, é possível pensar esse tipo de atendimento expandindo-o para adultos. Como se verá adiante, um dos casos trazidos por Winnicott refere-se a uma paciente de 30 anos. Por conseguinte, pensar *a priori* um público padrão ou um número definido de sessões torna o atendimento rígido de antemão e transforma o trabalho em uma técnica. Winnicott assinalava que a consulta terapêutica constituía-se em “um intercâmbio mais livre entre o terapeuta e o paciente” (op. cit.: 9), não sendo exatamente uma técnica, noção que traz embutida a idéia de que há um modelo a ser seguido, o que parece incompatível com a singularidade de cada contexto de atendimento. Assim, a consulta terapêutica não pode ser igualada à psicoterapia breve (Fiorini, 1987) pelo fato de não possuir regras arroladas para um atendimento com tal objetivo e focos rigidamente construídos e respeitados. Antes da técnica, cabe usar de *tato* e *manejo* e assim flexibilizar as condições de atendimento.

Alguns relatos das consultas terapêuticas realizadas por Winnicott demonstram que a rigidez não era a tônica que guiava sua prática neste âmbito. Assim, ao se pensar a consulta terapêutica em moldes menos programados, está-se fazendo exatamente o que o autor se propunha: adaptar as condições de atendimento ao caso e às possibilidades da instituição. Observar alguns de seus atendimentos ajuda a clarificar tais questões.

4.2.1. Peter, Hesta e outros: tato e espontaneidade

A consulta do menino Peter, que vai ter com Winnicott quando conta com 13 anos de idade, é a primeira ilustração que se deseja aqui mostrar, pois explicita as dificuldades do próprio Winnicott, sublinhando a elasticidade da proposta terapêutica por ele construída, sendo necessária para contornar os impasses encontrados. Sendo assim, o início do relato já traz a afirmação de que esse é um caso em que o diferencial não é a consulta em si, porém o diálogo com os pais e aquilo que eles podem fazer a partir de poucos encontros. Vê-se, portanto, que empreender o tipo de trabalho que Winnicott sugere significa muito mais do que atender a criança, aproveitando a primeira entrevista. Neste sentido, entende-se que consulta terapêutica pode implicar mais do que uma, duas ou três consultas. O autor não economiza em termos de recursos disponíveis: utiliza-se de consultas com a criança, com os membros da família, além de cartas trocadas nos intervalos de meses que separam uma consulta de outra.

É o que se nota acompanhando-se o caso de Peter. O menino estudava em um internato, começando a apresentar comportamento com tendências anti-sociais, furtando objetos, rasgando camas e cartas de colegas, entre outros. Na consulta inicial de Winnicott com Peter, pouco pôde ser obtido. Na segunda consulta, Winnicott refere-se à dificuldade da entrevista e ao fato de que o jogo dos rabiscos não funcionava, quando diz: “Encontrei-me fazendo perguntas e depois (...) falei: ‘Pareço um inquiridor, mas como aqui ninguém mais fala, parece não haver outro modo.’. (...)” (op. cit.: 316-7). Apesar de toda a dificuldade,

Winnicott conseguiu obter a informação de que para o menino era ruim voltar à escola, preferindo permanecer em casa e, com base nisto, conversou com os pais, orientando para que Peter fosse tratado não como um 'delinqüente', mas como alguém que passa por uma 'enfermidade' e deve usar o próprio lar como local de tratamento. Em seguida, há uma consulta com a mãe e todo o desenrolar subseqüente é feito por intermédio de cartas dos pais a Winnicott, relatando as sucessivas boas notícias – como o fato de não mais apresentar sintomas anti-sociais – e cartas de Winnicott aos pais, com o fito de obter novidades ou respondendo às perguntas colocadas. O autor pôde perceber que, aos três anos de idade, Peter foi privado do pai por conta do nascimento do irmão caçula, que recebeu toda a atenção dele.

Há muitos pontos a explorar com este resumo da consulta de Winnicott, porém aqui serão abordados apenas alguns. O primeiro deles refere-se à elasticidade do atendimento, como já se chamou atenção. Apesar de Winnicott, na maior parte dos casos, utilizar-se do jogo dos rabiscos no intuito de estabelecer uma comunicação com a criança, com Peter se verifica o fracasso da empreitada. Fosse Winnicott amordaçado por técnicas cristalizadoras, talvez não pudesse seguir adiante. Além disso, é tanta a elasticidade, que a maior parte do caso se dá através de cartas, havendo tido, entretanto, o momento essencial da consulta com os pais e com a criança e a escuta daquilo que talvez outros profissionais não pudessem escutar, o que não é incomum: "E depois, quantas das dificuldades dos pacientes decorrem simplesmente do fato de que ninguém jamais os escutou inteligentemente!" (Winnicott, 1987: 238). Salientando a elasticidade do trabalho terapêutico, Winnicott não estabelece um tratamento nos moldes de uma psicoterapia e faz a maior parte do trabalho através de cartas, que mostram um cuidado e uma permanente preocupação com o desenvolvimento de Peter, tanto que, apesar de ter tido apenas duas entrevistas com ele aos 13 anos, continuou recebendo notícias suas quando contava com 22 anos, já ingressando em seus estudos universitários. A mão que G.H. implora surge aqui na forma de uma constante atenção, de um permanente

cuidado: Winnicott escreve, telefona, quer saber, mostra-se presente. Como se pode ler em uma das cartas da mãe de Peter: "Embora não fosse necessário voltar ao seu consultório, foi um grande alento para nós sabermos que você *estava lá*" (Winnicott, 1984: 330, grifo nosso). O caminho foi feito em conjunto, ainda que através de cartas.

Outro breve ponto que é possível explorar deste pequeno caso é o fato de que, ao se deparar com a dificuldade na consulta, Winnicott pôde admiti-la sem, em tempo algum, fazer qualquer tipo de interpretação referente a possíveis resistências. Ao contrário, Winnicott reconhece sua postura de inquiridor diante do silêncio que se estabelecia entre ele e seu paciente. Ainda assim, consegue sorver o máximo da consulta, com toda a dificuldade que aí reside, e transforma a pouca informação que é capaz de obter em algo essencial. É possível aqui voltar à idéia de transferência produtiva (Peixoto Jr., 2003), uma vez que Winnicott se utiliza da relação que se constrói na experiência analítica para produzir algo, aproveitando-se do contato, da confiabilidade e, só quando é possível, da interpretação. Conseqüentemente, contribui para o fornecimento de novos sentidos e permite que o paciente construa a si mesmo a partir desses sentidos que emergem no desenrolar das consultas terapêuticas. Pode-se conceber a consulta terapêutica pelo viés, portanto, da transferência produtiva, como observa Peixoto Jr. em seu artigo sobre Balint, apagando-se um pouco o acento que recai sobre a transferência como arma da resistência. A hipótese que Peixoto Jr. arrisca refere-se a uma transferência que necessariamente remete "ao exame das condições de produção de sentido no processo de subjetivação" (op. cit.: 224). Tais condições dizem respeito aos momentos iniciais de subjetivação do infante, momentos que Stern aprecia em seu estudo sobre a formação dos sensos de eu, e que se atualizariam através da construção do campo transferencial na experiência de análise (Reis, 2004). Na consulta terapêutica em foco aqui, vê-se o analista buscando aproveitar os momentos propícios à comunicação e tentando oferecer a

possibilidade de construção de uma relação, reconhecendo, não obstante, os percalços do caminho.

Outro caso interessante é o da paciente Hesta, que contava 16 anos ao ver Winnicott. A paciente apresentava uma série de sintomas, como o medo de que viesse a se matar e do que Winnicott e o médico de Hesta entendiam como "oscilação maníaco-depressiva". A paciente não queria ser hospitalizada e não reconhecia estar de fato com algum problema. No relato do caso de Hesta, o primeiro aspecto que chama atenção é o fato de Winnicott admitir à paciente que vinha de uma folga e estava relutante em começar a trabalhar, logo no início da consulta, o que lhe pareceu tê-la agradado. A sinceridade do analista, defendida por Ferenczi, é abraçada quase que sem hesitação por Winnicott, não apenas nesta consulta, mas na maioria delas.

A espontaneidade e a sinceridade de Winnicott surgem novamente na sessão quando ele transforma o rabisco de Hesta em uma menina gritando "socorro" e deriva a conversa para os Beatles, trazendo o seguinte comentário: "Neste trabalho me permito ser espontâneo e impulsivo" (op. cit.: 190). No quarto desenho, Hesta fez sozinha, sem a parceria de Winnicott, um "homem sinistro", tratando-se, por conseguinte, de "seu próprio tema" (op. cit.: 192). O autor então divaga sobre os possíveis significados do desenho, podendo estar relacionado "ao pai como figura sexual ou ainda em um homem com más intenções" (idem), tal como seria o médico que, em busca da cura da paciente, o faria em detrimento de sua individualidade. Não obstante a presença de tais idéias, adverte: "Não fiz interpretações e assim permiti que todos os vários significados coexistissem" (idem). Em seguida, quando do sétimo desenho, surge novamente um homem e Winnicott percebe a prevalência do tema, ponderando sobre a fantasia de inveja do pênis, porém alerta: "(...) não interpretei outra vez, pois não queria atar a comunicação a um simbolismo específico" (idem). Percebem-se aí duas idéias interessantes quanto ao empecilho que pode se tornar a interpretação ou uma cisma com esse tipo de

intervenção. O autor não desenvolve as noções que comenta na descrição das consultas, dado que seu intuito é ater-se ao desenrolar das mesmas e à prática, com suas variedades e peculiaridades, mas aqui temos o problema colocado: o quanto a interpretação pode inviabilizar múltiplos significados e atar a comunicação a apenas um tipo de compreensão simbólica. Se aqui Winnicott não aprofunda a questão, pode-se tê-la na escrita de Lispector:

> Mas é a mim que caberá impedir-me de dar nome à coisa. O nome é um acréscimo, e impede o contato com a coisa. O nome da coisa é um intervalo para a coisa. A vontade do acréscimo é grande – porque a coisa nua é tão tediosa (Lispector, 1998: 139-40).

De fato, o que Winnicott evita é o intervalo que uma interpretação pode precipitar, pois aprisiona o objeto – no caso, o tema do desenho de Hesta – em apenas um sentido, enquanto podem estar em jogo múltiplos sentidos. O contato é tudo o que Winnicott busca construir e o jogo dos rabiscos é quase que uma estratégia para permiti-lo: dar um nome à coisa e reduzir sua potencialidade é impedir, como G.H. bem percebe, o contato com a coisa. Destarte, o autor opta por não amarrar a comunicação com sua paciente, mesmo que borbulhe em idéias diante dos desenhos que tem diante de si: espera o momento de dizer e, muitas vezes, nada diz, pois talvez tenha ultrapassado a já diagnosticada pelo olhar clínico de Ferenczi "doença infantil do analista". Agindo de acordo com esse pensamento, Winnicott ocasionava a ampliação do campo dos possíveis que se abre em poucas consultas terapêuticas.

Finalmente, retornando à Hesta, no décimo desenho, a partir de um rabisco de Winnicott, surge "uma estudante de chapéu", reconhecida pela paciente como sendo ela mesma. O autor aponta: "Fiquei surpreso com o modo como juntos, de uma forma ou de outra, conseguimos um retrato desta menina" (op. cit.: 196). O que salta aos olhos é a idéia do "juntos", tão necessária e tão presente: o trabalho feito em conjunto, mesmo que não tenha sido deliberadamente projetado antes. A consulta terapêutica, como propõe Winnicott, é um trabalho que só pode ser produzido quando ambos, paciente e terapeuta, se engajam e se permitem um ao outro. É preciso que o paciente esteja aberto a produzir modificações, ou

seja, que não haja uma rigidez excessiva nas defesas das crianças (op. cit.: 398). Entretanto, para isto, é necessário que a rigidez tampouco esteja presente do lado do terapeuta e que, também ele, possa estar mais maleável, deixando que o processo tenha lugar a partir do movimento do paciente. Assim, completando a parceria que pôde se estabelecer no caso de Hesta, o autor pôde observar o quanto a paciente se sentia envolvida no jogo,

> ...tanto que poderia dizer que estávamos jogando juntos, tendo cada um a oportunidade de ser criativo. Aqui há condições às quais me referi em meu ensaio sobre Jogos (Winnicott, 1968), no qual afirmo que a 'psicoterapia é feita na área de justaposição entre o jogo do paciente e o do terapeuta' (op. cit.: 198).

É o pedido de G.H., de que a mão não seja retirada, o que está também no cerne da idéia de consultas terapêuticas: caminhar conjuntamente com o paciente, construindo algo em parceria, através de um contato que só pode acontecer se o analista mantém-se aberto para tal e se permite a espontaneidade própria de quem brinca, de quem usa a criatividade, de quem pode transitar, sem receio, em sua própria área lúdica. Enfim, de quem visita a brincadeira sem medo de suas conseqüências. Winnicott e Hesta puderam criar um encontro cuja base era o respeito mútuo: ela o respeitou em sua relutância a querer trabalhar, depois de uma folga, e ele a respeitou, não impingindo significados únicos veiculados através de interpretações totalizantes. Winnicott buscava o brincar, sem se prender fixamente a conteúdos. Seu interesse reside no "brincar como coisa em si" (1975: 61), e não nos conteúdos por trás das brincadeiras. Não queria repetir o comportamento do analista que vê a brincadeira como um meio para se chegar a alguma outra coisa, mas sim o brincar ele próprio como o que é, como o fim a ser atingido, como o vínculo que se estabelece, e que pode ser encontrado não apenas na criança, mas também no adulto, evidenciado, nesse caso, através da escolha das palavras, das inflexões de voz e do senso de humor (idem). Após a consulta com Hesta, Winnicott novamente recebeu cartas, tanto do médico da paciente quando de sua mãe, gratos pelas mudanças obtidas. Segundo a mãe, esta teria sido a primeira vez que alguém teria conseguido se comunicar com sua filha, desde os 14 anos, e apesar de a paciente dar continuidade ao

tratamento em casa, com auxílio de profissionais, o elemento maníaco de seus sintomas teria sido diminuído, ao passo que a depressão tornara-se controlável. Ainda assim, para Winnicott, muito pouco teria sido feito na consulta, mas, o que é mais importante, nem os pais, nem o médico tiveram sua filha e paciente arrancadas de si, o que aconteceria se a conduta terapêutica fosse a de iniciar uma psicoterapia com Hesta.

Um relato importante para a discussão que ora se empreende é a da consulta da Sra. X, de trinta anos, que Winnicott escolhe pelo fato de ser uma entrevista realizada com um dos pais, isto é, um adulto. De acordo com o autor, não há diferença essencial entre o trabalho que se desenvolve com as crianças e aquele com o adulto e o adolescente, exceto pelo fato de que seria improvável que o intercâmbio de desenhos fosse apropriado no último caso. A Sra. X, portanto, foi encaminhada a Winnicott por ser mãe de uma das pacientes e a equipe ter percebido que ela mesma precisava receber cuidados. Neste caso, a entrevista teve bons resultados pelo fato de que a mãe, ao conseguir comunicar-se a respeito de si, tenha se encontrado, depois disso, capacitada para assumir os cuidados da filha, o que era algo novo em sua vida. Acompanhando o relato da Sra. X encontra-se o descaso que atravessou a vida da paciente quando criança. Pode-se notar, logo no começo da consulta, que sua dificuldade em lidar com sua filha era devida ao fato de ela mesma não ter tido um ambiente apropriado quando criança e os cuidados terem sido insuficientes a partir dos quatro anos, época em que passou a viver em orfanato. A paciente discorre sobre os sofrimentos no orfanato, o tenro sentimento de que as pessoas deviam algo a ela, os momentos dolorosos que acompanharam sua descoberta da certidão de nascimento, falando de sua raiva. Há uma nota em que Winnicott explicita o que pode ser concebido como motor do processo terapêutico: “Minha esperança é que, por enquanto o leitor sinta que, a despeito de minha liberdade no uso de mim mesmo, a estrutura da entrevista vem, na verdade, da própria paciente” (op. cit.: 351). É só após algum tempo que Winnicott permite-se uma interpretação, o que mostra, uma vez mais,

que não pautava suas intervenções no acaso. Interessa, para este trabalho, o aviso ao leitor que vem junto à sua resolução: "Fiz uma *interpretação* sobre este ponto. Parecia-me que nos havíamos aproximado o bastante um do outro e eu deveria produzir alguma ação" (op. cit.: 356, grifo do autor). Não parece relevante para o propósito desta discussão debruçar-se sobre os conteúdos em torno dos quais a consulta terapêutica girou e sim enfocar o *tato* que conduzia Winnicott nos momentos de silêncio, naqueles em que falava de si, respondendo às questões que os pacientes traziam, e ainda nas ocasiões em que se resolvia a comunicar algum comentário ou mesmo interpretação. Frisa-se, contudo, "pesava friamente a situação", como sugeria Ferenczi, antes de falar e diante das reações obtidas a partir de suas falas. Para Winnicott, nesta consulta, verifica-se "a mesma evolução lúdica de idéias e sentimentos que nas entrevistas com crianças" (op. cit.: 358), havendo, a partir daí, um enriquecimento do relacionamento entre a Sra. X e sua filha Anna.

Para sublinhar um pouco mais aquilo que pode ser considerado o âmago da consulta terapêutica e o que permite os desenvolvimentos posteriores ao encontro com o terapeuta, isto é, a importância conferida ao contato e à confiança e a necessidade de seguir o processo da criança, cabe voltar de maneira rápida ao caso de Ada, paciente de 8 anos já brevemente mencionada neste Capítulo. Aqui, o furto é a razão pela qual encaminham a criança aos cuidados de Winnicott. Nos comentários paralelos à análise dos desenhos produzidos através do jogo dos rabiscos, o autor aponta que "neste trabalho [consulta terapêutica] as interpretações são esparsas e ficam reservadas para momentos significativos (...)" (op. cit.: 236). À certa altura, o autor e sua paciente produzem o desenho de uma casa, com sol e nuvens, e Winnicott pergunta sobre se Ada sabia desenhar pessoas. Ada responde que sim, elaborando o desenho de sua prima, com o detalhe de que as mãos estão para trás do corpo da boneca, avisando que não sabia desenhar mãos. Winnicott chega à seguinte conclusão:

> Comecei então a acreditar que o tema dos furtos poderia aparecer, e deixei-me conduzir pelo 'processo' da própria criança. De agora em diante não

> importa o que eu disse ou deixei de dizer exatamente, exceto que deveria estar adaptado às necessidades da criança, sem exigir que ela estivesse adaptada às minhas próprias necessidades (Winnicott, 1984: 237, grifo do autor).

O trecho acima reproduzido ilustra uma vez mais a importância que Winnicott concede à condução do processo pela criança e a adaptação às necessidades do paciente. Mesmo assim, com o desenrolar da consulta, Winnicott não se furta a ser ativo em um certo sentido. No nono desenho, novamente depara-se com uma mulher que está com as mãos ocultas, dado que se encontra situada atrás de um balcão, e o terapeuta percebe que o tema do furto está vinculado ao das mãos. Então, Winnicott diz à criança que gostaria de ver como a menina retratada é vista de trás, o que leva a paciente a desenhá-la de outro ângulo. Ada surpreende-se com o próprio desenho, ao constatar que tem braços compridos como os seus e que está à procura de algo. As ilustrações tornam possível ver as enormes mãos que a paciente desenha, inegavelmente desproporcionais. Winnicott tece observações sobre as mãos da figura de Ada, mas ressalva não ter feito interpretações. E, repetidas vezes, chama atenção para o fato de não fazê-las, apesar das sugestivas figuras com que se depara e apesar ainda das idéias que elabora. Ao final da entrevista, decide-se, agora sim, por uma interpretação, que parece ser produtiva, pois Ada continua com novos desenhos, demonstrando prazer em sua realização. A reserva quanto às interpretações, apesar de a consulta estar prenhe de idéias e simbolismos, sublinha a importância que se confere à comunicação, assinalada desde o início da obra.

Apesar da advertência que perpassa este trabalho acerca das interpretações demasiadas, não se trata de eliminá-las como possível intervenção, mas observar a limitação de seu alcance. No caso do menino Ashton, de 12 anos, que apresenta o início do desenvolvimento do que seria uma personalidade esquizóide, está-se diante de uma criança com uma inteligência assombrosa, detentora de uma habilidade ímpar de transitar por entre categorias abstratas, e Winnicott consegue produzir bastante através de sucessivas

interpretações: quanto mais ele fala, usando-se de linguagem psicanalítica em suas comunicações, mais Ashton pode também produzir em termos de recordações de sonhos e em *insight*. Parece que, neste caso, paciente e analista puderam habitar o mesmo universo de sentidos que permite a comunicação fluida com base em interpretações, mesmo que o autor objete que a facilidade de Ashton de apreender as idéias e desenvolvê-las não esgote o trabalho em um exercício unicamente intelectual (op. cit.: 170). Não há duvida, entretanto, de que, no terreno da interpretação, a facilidade de abstração e simbolização possui um papel inegável. Em se tratando de crianças socializadas em universos de sentido diferentes dos do terapeuta (Costa, 1989), em que a carência cultural é uma marca, a prudência que se verifica na maioria das entrevistas de Winnicott parece ser um bom norte. E, assim procedendo, é possível que aconteça aquilo que nosso autor preza quanto ao trabalho desenvolvido: o fato de que a consulta terapêutica pode proporcionar à criança a confiança de que pode ser compreendida. É o acolhimento necessário ao paciente a quem, como se vê com freqüência, ninguém é capaz de ouvir: foi Winnicott que pôde escutar que Peter precisava sair do internato e viver em casa, e também conseguiu escutar a raiva da Sra. X, entre tantos outros exemplos. No caso de Peter, ao atingir o âmago do sofrimento do paciente, pôde abrir caminho à compreensão, demonstrada ao paciente através de uma interpretação certeira, mas não apenas: tal compreensão é passível de acontecer através de uma escuta interessada e afetiva, e através de uma orientação aos pais, que caminha no sentido da dor do paciente, com o fito de amenizá-la. Essa compreensão é possibilitada ainda através de um testemunho de sentimentos outrora inconfessáveis, como no relato da Sra. X. Não será sem valor recorrer à tormenta e a redescoberta de si vividas por G.H.:

- Adivinha-me, adivinha-me porque faz frio, perder os invólucros de lagosta faz frio. Esquenta-me com a tua adivinhação de mim, compreende-me porque eu não estou me compreendendo (Lispector, 1998: 115).

A compreensão pode ser um tipo de adivinhação que permite novas trajetórias, e é isto o que se pode ver nas consultas terapêuticas. Lemaitre (2002), em seu trabalho acerca das consultas terapêuticas de Winnicott e Serge Lebovici, refere-se ao que Winnicott chama de "momento sagrado" que ocorre em tal trabalho, isto é, o tempo dos primeiros contatos com a criança, em que pode testemunhar uma confiança particular da criança no terapeuta. O autor aponta ter percebido, nos anos de 1920, que era freqüente que as crianças sonhavam com ele na noite que precedia a primeira entrevista, o que mostrava seu "preparo mental imaginativo" frente aos médicos e outros profissionais de saúde, além de refletir a atitude dos pais e a preparação para a consulta. Winnicott percebeu-se, assim, na "posição de objeto subjetivo", posição esta que raramente persistia após as primeiras entrevistas, e que, no entanto, seria crucial no sentido de conferir uma maior oportunidade de o médico estar em contato com a criança (Winnicott, 1984: 12). É como se o terapeuta pudesse intervir "desde dentro" (Figueiredo, 2003). A compreensão de que se encontrava em uma tal posição foi o início do trabalho que resultou nas consultas terapêuticas. A "posição de objeto subjetivo" e a maior possibilidade de contato com a criança permite o "momento sagrado" ao qual Lemaitre chama atenção: momento que traduz uma ocasião especial, na qual a criança pode mostrar grande confiança no terapeuta. Está-se falando aqui de um momento que pode ser aproveitado ou desperdiçado e sua boa utilização faz com que a confiança da criança seja reforçada. A partir daí, como se viu nas breves vinhetas dos relatos de Winnicott, mudanças importantes podem ter lugar, havendo a dissolução da dificuldade situada no desenvolvimento emocional da criança. Contudo, como se vê, não é apenas a criança que pode usufruir do trabalho.

Para Lemaitre, em sua busca de compreender o momento sagrado da consulta terapêutica e os elementos que promovem mudanças significativas a partir das poucas entrevistas com o psicoterapeuta, as consultas terapêuticas funcionam como um sonho, onde a identificação do terapeuta com o paciente, traduzida em empatia, fornece a possibilidade de

produzir “efeitos mutativos” que se sucedem às entrevistas. Analisando o trabalho tanto de Winnicott quanto de Serge Lebovici, que pôde, por sua vez, desenvolver a consulta terapêutica abrangendo a família e questões de parentalidade, Lemaitre aponta que é “a pessoa toda inteira do psicanalista” o que está em jogo aqui e o que proporciona a empatia com o paciente, seja ele um bebê de poucos meses, seja um adulto. Com base na familiaridade que o psicanalista detém do inconsciente e em seu conhecimento sobre os mecanismos de funcionamento do sonho, pode-se dar curso, de acordo com Lemaitre, ao desenrolar da consulta terapêutica tal como o de um sonho. Assim, a consulta terapêutica entendida como tal, desenvolvendo-se com a participação da pessoa inteira do analista e de sua empatia, proporciona a atualização ou concretização de algo que já se passou ou mesmo de algo que ainda não aconteceu na vida daqueles que participam da experiência psicanalítica. Recorrendo-se à sintonia afetiva de Stern e aos afetos de vitalidade, trata-se de um trabalho que visa a sintonia afetiva entre analista e paciente, a partir de uma flexibilidade sempre maior do cenário e das técnicas. O analista se deixa afetar pelo drama que se desenrola à sua frente, e o trabalho construído em conjunto também permite a afetação do paciente, o que depende intimamente da confiabilidade que pode aí se estabelecer. Nos dizeres do próprio Winnicott: “É quase como se a criança, através dos desenhos, estivesse lado a lado comigo e, de certo modo, tomando parte ao descrever o caso (...)” (op. cit.: 11).

Acredita-se aqui que a prática dessas consultas pode ser algo de grande valia no cenário das instituições públicas brasileiras. Como já se discutiu nesta Dissertação, as condições dos serviços públicos de saúde merecem uma forma de procedimento por parte do psicoterapeuta que não inviabilize o benefício daquilo que a psicanálise pôde trazer, mesmo que não seja efetuada em seus moldes clássicos. A partir da Segunda Guerra Mundial, Winnicott se deparou com uma realidade política e social mais complexa do que havia

anteriormente[44]. Tal como Ferenczi, não pôde fugir do atendimento a pessoas cujos sofrimentos não podiam ser compreendidos por uma técnica que salientasse a abstinência, a neutralidade ou a decifração de conteúdos. Afinal de contas, é difícil encontrar frustração maior do que aquela vivida por pessoas que são privadas de suas vidas e de sua dignidade, em virtude de guerras tais como as que se vê no quadro atual e aquelas que fizeram parte da vida de Ferenczi e de Winnicott[45].

Assim, este último autor teve de lidar de perto com crianças que eram retiradas de suas famílias devido ao Plano de Evacuação Governamental na Inglaterra e a psicanálise pôde servir como teoria de base de uma prática que foi obrigada a expandir sua forma de atuação. Nos textos coletados por sua esposa, Clare Winnicott, encontram-se idéias que alargam o campo das formas possíveis e aceitáveis de atuação do psicanalista e as consultas terapêuticas, descritas em livro diverso, fazem parte desse alargamento teórico e prático. Neste sentido, em *Variedades de psicoterapia* (1961), o autor, ao assinalar a freqüência maior das discussões acerca de variedades de doença em relação às destinadas às variedades de psicoterapia, defende que se crie uma "modificação apropriada" da psicanálise em situações que a tornam inviável. De acordo com Winnicott, portanto, dos pacientes que o procuram, é apenas uma proporção muito pequena que de fato recebe tratamento psicanalítico, o que já mostra que a psicanálise, em não poucos casos, mostra-se impraticável, se não é possível expandir-se as formas de sua concretização. Vale reproduzir os termos do autor:

> A pergunta seguinte é: qual o nosso objetivo? Desejamos fazer o máximo possível ou o mínimo? Em psicanálise, perguntamos a nós mesmos: quanto podemos fazer? No outro extremo, a minha clínica hospitalar, nosso lema é: qual é o mínimo que se necessita fazer?(...) (1987: 238).

---

[44] Pode-se pensar em que medida as dificuldades sociais e a violência que se vê nas periferias das grandes cidades brasileiras, embora não restritas apenas a elas, também não exigem uma reflexão sobre "modificações apropriadas" no psicanalisar em instituições, públicas ou não.

[45] O filme *Vergonha,* de Ingmar Bergman, mostra com precisão o quanto se perde em termos de privacidade, vida psíquica, tranqüilidade e até mesmo valores morais pela invasão violenta de uma guerra sem sentido.

É preciso então pensar em modificações apropriadas da psicanálise e que não deixam de se tratar da própria psicanálise. Pode-se dizer que aí o autor faz menção à psicanálise tradicional, isto é, a que concerne às teorias de Freud e Melanie Klein, principalmente, como assinala Elsa Dias (2003) ao deslindar as diferenças e rupturas do pensamento de Winnicott em relação ao de seus antecessores. Modificações apropriadas na intervenção não são mais do que traduções de modificações no conforto do analista e em sua maneira de pensar. Neste sentido, assim como Ferenczi em sua obra, reconhecia seus erros e jactância do passado, Winnicott faz o mesmo em *Assistência residencial como terapia*:

> Não preciso ir longe para encontrar um psicoterapeuta cheio de empáfia. Sou eu. Na década de trinta, estava aprendendo a ser psicanalista e sentia que com um pouco mais de treinamento, um pouco mais de habilidade e um pouco mais de sorte, poderia mover montanhas se fizesse as interpretações certas no momento certo. (Winnicott, 1970, 1987: 225).

Novamente encontram-se as críticas às interpretações mágicas e à presunção que acompanha o poder de um mágico, tal como pode ser aquele do psicanalista, que com um olhar certeiro e palavras felizes move mais do que montanhas. Ele continua: "À certa altura, eu chegava a dizer que só poderia haver terapia na base de 50 minutos cinco vezes por semana, durante tantos anos quantos fossem necessários (...)" (idem). Aí se percebe que Winnicott fala de um início de carreira, onde se vê o deslumbramento que não se distancia do que Ferenczi entendera como um quê de infantilidade do analista. Winnicott reconhece que seu comportamento inicial é uma "espécie de começo", e que é preciso ultrapassá-lo, enxergando de forma mais ampla o sofrimento humano. Na seqüência do trabalho, o autor fala de seu conhecimento de David Wills e seu trabalho em uma instituição de assistência social, em que Winnicott, inicialmente fazia visitas semanais. Ele assevera:

> Bem depressa eu aprendi que a terapia estava sendo feita na instituição, pelas paredes e pelo telhado; pela estufa de vidro (...), pelas banheiras absurdamente grandes (...). A terapia estava sendo realizada pelo cozinheiro, pela regularidade da chegada das refeições à mesa, pelas colchas das camas quentes e coloridas, pelos esforços de David para manter a ordem apesar da escassez de pessoal (...).(op. cit.: 226-7).

Reconhecendo ainda a importância do conhecimento da técnica transmitida por Freud e da investigação do inconsciente, o autor não pode deixar de apontar que a psicanálise não se reduz a uma questão de se poder verbalizar material trazido pelo paciente através de uma cooperação do inconsciente. A verbalização é fundamental, mas, antes dela, há que se ter o "desenvolvimento da confiança", tema caríssimo a Ferenczi e mesmo ao próprio Freud. Dessa maneira, o manejo de casos de comportamento anti-social constituem um complemento essencial da idéia que subjaz à realização das consultas terapêuticas.

O que se vê é que assim como Ferenczi buscava se adaptar aos impasses da clínica, não titubeando frente a modificações da teoria e da técnica quando julgasse necessário em prol de fins terapêuticos, Winnicott também se encontrou impelido a adaptar sua forma de entender a psicanálise e de agir de acordo com os contextos institucionais em que se inseriu. A psicanálise, para ele, dizia respeito sim a um atendimento com freqüência de cinco vezes por semana e duração de 50 minutos, porém não dava menos valor a variações do atendimento – variedades de psicoterapia – conforme as possibilidades encontradas. Teresa Pinheiro aponta que Ferenczi pôde perceber que "a experiência psicanalítica não comporta a idéia de conforto" (1994), tanto para o analista quanto para o paciente, isto é, algo precisa se mover, nem que sejam as próprias idéias que o analista carrega e que o colocam em uma posição segura e confortável. Para Winnicott, o conforto diante do poder mágico de suas interpretações no início de carreira e a empáfia que acusa em si tiveram de ceder lugar ao encontro com a impotência que também faz parte da experiência psicanalítica: impotência esta que indica que as paredes de uma instituição que oferece assistência residencial podem ser mais importantes, em conjunto com os banheiros, a estufa e as portas, do que a esperteza do analista. A discussão que ora se empreende não visa o comportamento anti-social ou a assistência social, mas a experiência psicanalítica que se expande, cada vez mais, para

universos de sentido e de existência às vezes muito contrastantes com o universo de onde provém o analista.

CONCLUSÃO

Concluir pode ser uma difícil empresa, sobretudo após um longo caminho que se constituiu prioritariamente de interrogações e que, no caso da discussão aqui proposta a respeito da experiência psicanalítica em seu viés de afeto e intensidade, tem como base a singularidade – de pessoas e instituições. Singularidade que indica variedade de trajetórias possíveis, heterogeneidade inerente à clínica. Assim, este trabalho procurou pensar a não-ortodoxia de um psicanalisar que encontra condições de realização muito diferentes daquelas que fizeram parte do cenário dos primórdios da teoria psicanalítica. Neste sentido, a busca pela liberdade e pela flexibilidade, recomendadas por Pellegrino, Ferenczi e Winnicott, e até mesmo por Freud, ao assinalar que suas recomendações eram compatíveis com seu temperamento, são o mote que permite que os encontros constitutivos do dispositivo psicanalítico proporcionem a mútua afetação responsável pela mobilidade psíquica que daí deriva. Ao menos, é possível aqui uma reflexão sobre a prática clínica no sentido de tentar evitar a rigidez que ronda o apego demasiado a uma teoria que pode ser inócua em certos casos e condições. Trata-se de uma discussão que não possui um ponto final e que deve ser continuamente renovada, pois engloba situações sempre novas, na medida em que as condições de subjetivação e de vida próprias da contemporaneidade não cessam de se modificar. Novos estilos de vida, novas doenças, novos hábitos culturais e tecnologias, impregnam a vida do ser humano e, diante de uma tal realidade, a experiência psicanalítica não pode ser pensada de forma estanque e com um molde acabado. Ainda assim, a afetação entre pessoas sempre será um personagem da vida e das relações. Como afirmou o personagem de Clarice Lispector em *A hora da estrela*, “Enquanto eu tiver perguntas e não houver respostas continuarei a escrever” (Lispector, 1977: 11). Talvez o mesmo possa ser dito com relação à construção da experiência psicanalítica.

BIBLIOGRAFIA

ARÁN, Márcia. *Transgressões do possível: o feminino como cultura da singularidade.* In: Plastino, Carlos Alberto (org). *Transgressões.* Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002.

BALINT, Michael. *On transference of emotions* (1933). In: BALINT, Michael. *Primary love and psycho-analytic technique*. Londres: Maresfield Library, 1952.

BALINT, Michael. *Primary love and psycho-analytic technique*. Londres: Maresfield Library, 1952.

BALINT, Michael. *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão*. (1968). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BALINT, Michael. *Introdução. As experiências técnicas de Sándor Ferenczi: perspectivas para uma evolução futura.* In: Sándor Ferenczi, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BIRMAN, Joel. *Enfermidade e loucura*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1980.

BIRMAN, Joel. *Confusão de língua na psicanálise. Uma leitura introdutória aos escritos de Ferenczi.* In: S. Ferenczi, *Escritos Psicanalíticos 1909-1933.* Rio de Janeiro: Taurus, 1988 (?).

BIRMAN, Joel. *Por uma estilística da existência*. São Paulo: Ed. 34, 1996.

BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e novas formas de subjetivação*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

BORGES, Helia. *A arte dos começos*. In: Plastino, Carlos Alberto (org). *Transgressões*. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 2002.

COSTA, J. Freire. *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

COSTA, J. Freire. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

DAVID-MÉNARD, Monique. *Todo el placer es mío*. Barcelona: Ediciones Paidés Ibérica, 2001.

DIAS, Elsa Oliveira. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott.* Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DUPONT, Judith. *Prefácio.* In: Sándor Ferenczi, Diário Clínico. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

FERENCZI, S. *Diário clínico.* São Paulo: Martins Fontes, 1985.

FERENCZI, S. *Psicanálise e pedagogia* (1908). In: Psicanálise I. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

FERENCZI, S. *Transferência e introjeção* (1909). In: S. Ferenczi, *Escritos Psicanalíticos 1909-1933.* Rio de Janeiro: Taurus, 1988 (?).

FERENCZI, S. *O conceito de introjeção* (1912). In: S. Ferenczi, *Escritos Psicanalíticos 1909-1933.* Rio de Janeiro: Taurus, 1988 (?).

FERENCZI, S. *A adaptação da família à criança.* (1928a). In: Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. *O problema do fim da análise.* (1928b). In: Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FÉRENCZI, S. *Elasticidade da técnica analítica* (1928c). In: *Escritos psicanalíticos – 1909-1933.* Rio de Janeiro: Taurus, 1988 (?).

FERENCZI, S. *A criança mal-acolhida e sua pulsão de morte* (1929). In: Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. *Princípio de relaxamento e neocatarse* (1930). In: Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. *Análise de crianças com adultos* (1931). In: Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. *Confusão de língua entre os adultos e a criança.* (1933). In: Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. *Notas e fragmentos* (1932). In: Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. *Psicanálise: elementos para a clínica do contemporâneo.* São Paulo: Escuta, 2003.

FIORINI, H. *Teoria e técnica de psicoterapias.* Rio de Janeiro: F. Alves, 1987.

FONTES, Ivanise. *Memória corporal e transferência: fundamentos para uma psicanálise do sensível.* São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2002.

FREUD, Sigmund. *As neuropsicoses de defesa* (1894). In: CD ROM Obras Completas, volume I.

FREUD, Sigmund. *A psicoterapia da histeria*. In: CD ROM Obras Completas, volume I, 1895.

FREUD, Sigmund. *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (1896).

FREUD, Sigmund. *Sobre a psicoterapia* (1905). In: CD ROM Obras Completas. Vol. VII.

FREUD, Sigmund. *Fragmentos da análise de um caso de histeria.* (1905). In: CD ROM Obras Completas. Vol. VII.

FREUD, Sigmund. *A dinâmica da transferência.* In: CD ROM Obras Completas, volume XII, 1912.

FREUD, Sigmund. *Recordar, repetir, perlaborar.* In: CD ROM Obras Completas, volume XII, 1914.

FREUD, Sigmund. *Conferência 28: Transferência*, in CD-ROM Obras Completas, volume XVI – *Conferências introdutórias-parte 3 (1916-1917).*

FREUD, Sigmund. *Além do princípio do prazer*. 1920. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

FREUD, Sigmund. *O problema econômico do masoquismo*. 1924. In: Obras Completas, volume 19. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

FREUD, Sigmund. *A questão da análise leiga* (1926). In: CD ROM Obras Completas, volume XX**.**

GONDAR, Jô. *Apresentação*. In: Reis, Eliana. *De corpos e afetos: transferência e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

GONDAR, Jô. *Winnicott, Bérgson, Lacan: tempo e psicanálise*. In: Agora (Rio de Janeiro), v. IX, n.1, jan/jun 2006, pp. 103-117.

HAYNAL, André E. *A técnica em questão. Controvérsias em Psicanálise: de Freud a Ferenczi e Michael Balint.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

KHAN, M. Masud R. *Introdução.* In: D. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

LAGACHE, Daniel. *La teoria de la transferencia,* Buenos Airees: Nueva Vision, 1980.

LEMAITRE, Véronique. *La consultation thérapeutique après d'une bébé: de l'observation à la métaphore*. Devenir 2002/2, vol. 22, p. 101-119.

LISPECTOR, Clarice. *A hora da estrela.* Rio de Janeiro: Rocco, 1977.

LISPECTOR, Clarice. *A paixão segundo G.H.* Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LISPECTOR, Clarice. *Entrevistas*. Org. Claire Williams. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

MAIA, Marisa Schargel. *Extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

OLIVEIRA, Carlos Eduardo Melo. *O corpo vivido entre afetos:* psicorporeidade *e intersubjetividade em Ferenczi, Balint e Winnicott.* Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.

PEIXOTO JÚNIOR, Carlos Augusto. *Sobre regressão e novo começo: Balint e a técnica psicanalítica*. In: Percurso, número 29 – 2/2000.

PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. *A atualidade teórica e clínica do pensamento de Michael Balint: uma contribuição para a abordagem do paciente* borderline. In: Alter – Jornal de Estudos Psicanalíticos, v. 22 (2) 215-229, 2003.

PINHEIRO, Maria Teresa. *Trauma e melancolia*. In: Katz, C. S. (org.) *Férenczi: história, teoria, técnica.* Rio de Janeiro, Editora 34, 1994.

REIS, Eliana Schueler. *Curar com a alma e com o mundo: fenômenos transferenciais e subjetivação*. In: Plastino, Carlos Alberto (org). *Transgressões.* Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002.

REIS, Eliana Schueler. *De corpos e afetos: transferências e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

RODMAN, F. Robert. *Introdução*. In: D. Winnicott. *O gesto espontâneo.* São Paulo: Martins Fontes, 2005.

SABOURIN, Pierre. *Prefácio: Vizir secreto e cabeça de turco.* In: Sándor Ferenczi, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

SABOURIN, Pierre. *Posfácio: Perdão mútuo, sucesso final!* In: Sándor Ferenczi, Diário Clínico. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

SOUZA, Octavio. *Nota sobre algumas diferenças na valorização dos afetos nas teorias psicanalíticas.* In: Bezerra Jr, B., Plastino, C. A. (orgs.) *Corpo, afeto, linguagem: a questão do sentido hoje.* Rio de Janeiro: Marca d'água Livraria e Editora Ltda, 2001.

STERN, Daniel. *O mundo interpessoal do bebê. Uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VERZTMAN, Julio Sergio. O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. Ágora (Rio J.)., Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982002000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 Jul 2007. Pré-publicação.

WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1984.

WINNICOTT, D. W. *Privação e delinqüência.* São Paulo: Martins Fontes, 1987.

WINNICOTT, D. *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975.

WINNICOTT, D. *Desenvolvimento emocional primitivo.* (1945) in *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

WINNICOTT, D. *O ódio na contratransferência* (1947). in *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

WINNICOTT, D. *Psicose e cuidados maternos* (1952). in *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

WINNICOTT, D. *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico* (1954c) in *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

WINNICOTT, D. *Formas clínicas de transferência* (1955), in *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

WINNICOTT, D. *A preocupação materna primária*. (1956). in *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.