



Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Ana Maria Furtado

O resgate da sensorialidade na transferência

Rio de Janeiro

2006

Ana Maria Furtado

O resgate da sensorialidade na transferência

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Plastino

Rio de Janeiro

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

F992 Furtado, Ana Maria.
O resgate da sensorialidade na transferência / Ana Maria Furtado.
– 2006.
131f.

Orientador: Carlos Alberto Plastino.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Self (Psicologia) – Teses. 2. Transferência – Teses. 3.
Subjetividade – Teses. 4. Mãe e filhos – Teses. I. Plastino, Carlos
Alberto. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 159.923.2

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

Assinatura

Data

Ana Maria Furtado

O resgate da sensorialidade na transferência

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Aprovada em 24 de março de 2006.

Prof. Dr. Carlos Alberto Plastino (Orientador)

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Jr.
Instituto de Medicina Social - UERJ

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

Dra. Marisa Schargel Maia.
Maternidade Escola - UFRJ

Dra. Neyza Maria Sarmiento Prochet.
Universidade Santa Úrsula

Rio de Janeiro

2006

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos meus pais, pelo dom da vida e pelo exemplo, a Carlos Augusto Nicéas de Almeida, pela escuta delicada que me conduziu à fruição do viver e a Carlos Alberto Plastino, pela aposta em minha capacidade de trabalho e pelo privilégio de sua amizade.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas do IMS, com quem desenvolvi - sob a coordenação de Carlos Alberto Plastino - a alegria de pesquisar e debater ao longo desses anos. Dentre todos, meu agradecimento especial ao acolhimento afetivo de Carlos Eduardo Melo de Oliveira, Marisa Schargel Maia, Márcia Merquior, Analice Palombini e Antenor Salzer Rodrigues.

À Equipe da Secretaria do IMS da UERJ, pela prontidão e delicadeza com que implementaram os recursos para o cumprimento desta tarefa.

Aos participantes de meu grupo de estudos sobre a clínica contemporânea, no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, com quem estou sempre aprendendo e renovando meu interesse pelo ofício de psicanalisar.

A Ivanise Fontes coordenadora do Grupo de Estudos sobre o tempo Sensível e às colegas desse grupo, pela troca intelectual e afetiva.

A Olga Dip Chedian e Claudia Albergaria Claro pela revisão cuidadosa deste texto.

À minha família e aos meus amigos, pela presença carinhosa nos bons e maus momentos.

Aos meus pacientes, que me ensinam um pouco mais a cada dia.

Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é.

Caetano Veloso

RESUMO

FURTADO, Ana Maria. *O resgate da sensorialidade na transferência*. 2006. 131 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2006.

Face às transformações sócio-culturais ocorridas ao longo do século XX, que favoreceram a predominância de configurações psicopatológicas distintas das neuroses, a metapsicologia freudiana passou por críticas e revisões, que visavam tanto compreender quanto tratar essas patologias que desde então ficaram em evidência. O narcisismo se mostrou um conceito central nessa reformulação teórica, que permitiu a construção de uma segunda teoria tópica do aparelho psíquico, quando o inconsciente deixou de ser entendido como subproduto da consciência. Neste novo modelo, embora o conflito edipiano ainda mantenha um lugar de destaque na cena psíquica, sua importância no desvelamento dos processos de instauração das psicopatologias passou a um plano secundário. A aquisição de um sentido vital e o desenvolvimento de estilos subjetivos como tributários das marcações sensoriais estabelecidas nos primórdios da relação materno-infantil passaram, gradativamente, a ocupar um lugar de destaque na teorização psicanalítica e, conseqüentemente, os processos infra-lingüísticos adquiriram relevo como moduladores da eficácia da cura pela palavra. Neste trabalho discuto aspectos de algumas das intuições freudianas acerca da forma como se constitui um psiquismo em sua teorização, e apresento a relevância de contribuições à sua teoria, realizadas por psicanalistas como Ferenczi, Winnicott, Anzieu e Haag, entre outros. A contribuição desses autores para a o entendimento das condições e obstáculos para o estabelecimento de um “Eu” capaz de agir de forma criativa na interação com seu meio, permite que se pense no fenômeno humano em uma perspectiva que rompe com os dualismos - aos quais Freud se manteve aderido - e compreende a subjetivação como um processo complexo e interminável. A categoria sensorialidade desempenha um papel significativo e precisa ser considerada na compreensão dos fenômenos que emergem no campo transferencial. Apresento um caso clínico como fio condutor e como ilustração da importância de seu resgate na prática da terapia psicanalítica contemporânea, visto que pretendo reafirmar a soberania da clínica para interpelar a teoria e enriquecê-la.

Palavras-chave: Sensorialidade. Eu-pele. Relação mãe-bebê. Subjetivação. Transferência. Contratransferência.

ABSTRACT

The social-cultural transformations which occurred during the 20th century, favored the prevalence of new psychopathological configurations, which were different to classical neuroses. As a result, the Freudian meta-psychology was submitted to criticisms and revisions, which intended not only to understand but also to treat those pathologies that were in evidence ever since. Narcissism became a central concept in that theoretical reformulation, which allowed for the construction of a second topical theory of the psychic apparatus, in which the unconscious was no longer conceived of as being a by-product of the conscience. In this new model, although the Oedipian conflict still maintains a prominent place in the psychic scene, its importance in the establishment of psychopathologies was driven to a secondary level. The acquisition of a vital sense and the development of subjective styles as a tributary of the sensorial demarcations established in the beginning of the maternal-infantile relationship gradually occupied a prominent place in the psychoanalytical theory and, as a result, the infra-linguistic processes acquired relief as modulators of the effectiveness of the "talking cure". In this work, aspects of some of the Freudian intuitions concerning the way in which a psyche is constituted in theory, is discussed, and the relevance of contributions to such theory, according to psychoanalysts such as Ferenczi, Winnicott, Anzieu and Haag, among others, is also presented. The contributions of such authors to the understanding of the conditions and obstacles necessary for the establishment of an "Ego" which is capable of acting in a creative manner while interacting with its environment, allows us to think of the human phenomenon in a perspective that breaks with the dualisms - to which Freud remained stuck - and permits one to understand subjection as a complex and endless process. Sensoriality is a category that acquires a significant paper in the understanding of the phenomena present in the transferential field, and its importance must be recognized. A case history is presented as a conductive thread and illustration of the importance of its ransom in contemporary psychoanalytical practice, aiming at reaffirming the sovereignty of the clinical to question and enrich the theory.

Keywords: Sensoriality. Skin-ego. Infant-mother relationship. Subjection. Transference. Counter-transference.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	CONSIDERAR O PERÍODO PRÉ-EDIPIANO: UM IMPERATIVO	15
1.1	Marcas corporais: a expressão do eu nas patologias contemporâneas	15
1.2	Estudo de caso: Carla ou o terror de não existir verdadeiramente.....	21
2	A EMERGÊNCIA DA SUBJETIVIDADE OU “COMO A ALMA VEM AO CORPO”	44
3	A TRANSFERÊNCIA NAS PATOLOGIAS CONTEMPORÂNEAS E A EXIGÊNCIA DE NOVOS PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DO ANALISTA	65
3.1	O fenômeno da transferência.....	65
3.2	Ferenczi: o analista que redimensiona o campo de trabalho	71
3.3	Resgatando a sensorialidade: a importância do registro corporal	75
3.4	A experiência do vínculo transferencial	85
4	Dirigir o tratamento visando à instituição de um sentido vital	92
4.1	A sensorialidade do analista: alicerce da contratransferência	92
4.2	O encontro intersubjetivo, propiciador do sentimento de continuidade vital	98
4.3	A dor de existir, o terror de desaparecer e o sentimento de vazio: motores e obstáculos para o tratamento	101
4.4	Construindo subjetividades: o processo analítico e sua finalização	108
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS	117

INTRODUÇÃO

A motivação para desenvolver um tema aparentemente hermético como esse se deveu, em parte, à importância que adquiriu a categoria sensorialidade, numa pesquisa de campo sobre a representação feminina do corpo da mulher a partir da menopausa durante minha Dissertação de Mestrado. Outro fator - talvez o mais importante a contribuir para meu interesse - foi, sem dúvida, a reflexão sobre a atualidade do arcabouço teórico da psicanálise. No limiar desse novo milênio, ela foi posta em xeque pelas descobertas divulgadas no campo das biociências, bem como a partir das mudanças geopolíticas e sócio-históricas, que desfizeram as utopias e derrubaram os ideais românticos e burgueses que constituíram o pano de fundo sobre o qual se instituiu a psicanálise. Assim, esta passou a ser questionada como um saber eficiente e eficaz para explicar e tratar os conflitos que demarcam a existência humana.

Em 2000, Roudinesco já denunciava que, para lidar com a avalanche de dados trazidos à luz, entre outros recursos, pelo diagnóstico por imagens e pelas pesquisas genéticas, a psicanálise teria que retomar um debate sobre sua especificidade e seu lugar entre os saberes que visam a minimizar ou abolir o sofrimento causado por nosso viver num meio cada vez mais mutante. Essas mudanças aceleradas exigem uma redefinição das relações dos sujeitos com seu organismo e com seu meio. Para isso, a autora propõe que se redimensione a forma de intervir na clínica e o desenvolvimento de um diálogo com as pesquisas contemporâneas, tanto no campo da sociologia como da neurobiologia.

Este texto é fruto de um trabalho clínico desenvolvido há trinta anos. Ao longo desse percurso, pude constatar o peso da priorização da prática clínica cotidiana, que se impôs como guia de meus estudos e pesquisas. Durante esses anos, tenho exercido a psicanálise tanto no serviço público quanto em meu consultório particular, lidando com o sofrimento humano - traduzido em processos de adoecimento - ao mesmo tempo em que questiono os limites e a especificidade das construções metapsicológicas que sustentam minha escuta e minhas intervenções no campo transferencial. Isso teve como resultado uma busca incessante por teorizações que ampliassem o escopo de meu ofício, dentro do saber institucionalizado ou numa articulação com campos de conhecimento afins.

Considerando, como Plastino (1993) que as descobertas da prática clínica foram prioritárias na epistemologia da psicanálise freudiana, e que “a especificidade da clínica psicanalítica reside no fato de que os fundamentos da experiência psicanalítica só podem ser

produzidos no interior da própria experiência” (idem: 24-25), considero que os conhecimentos daí derivados e sua tradução em termos metapsicológicos apresentam, sempre, uma defasagem, e por isso necessitam ser constantemente revistos, criticados e repensados. A construção teórica freudiana foi elaborada desta forma, e alguns dos pressupostos abandonados por Freud no início de seu “Projeto” só puderam ser retomados quando da criação da Segunda Tópica, momento em que foi possível pensar o inconsciente em toda a sua radicalidade, e não mais como um subproduto da consciência. Nos textos que constituíram a “virada dos anos 20”, quando a teoria das pulsões foi reformulada e instituída uma nova concepção tópica do inconsciente, a intuição desempenhou, na construção da teoria freudiana, um papel central. Foi então que Freud sinalizou que para desenvolver sua teorização, como o Fausto de Goethe, ele teria que fazer apelo à “Bruxa”, visto que, pensava ele, “sem especulação e teorização metapsicológica - quase disse ‘fantasiar’ - não daremos outro passo à frente” (Freud, Vol. XXIII, 1937: 257).

Assim, “a afirmação da existência de conhecimentos inconscientes, não mediados pela razão conceitual, foi constante na obra de Freud”, já tendo sido entrevista em sua reiterada admiração pelo “saber dos poetas”. Dessa forma, Freud, muitas vezes, afirmou a primazia do saber inconsciente sobre o consciente (Plastino, 1993: 147).

Foi desde sua experiência clínica que Freud, sofrendo a interferência de resistências à cura por parte dos pacientes - que delas não se davam conta - foi levado a especular. A clínica foi seu ponto de partida para reformular sua teoria tópica, movimento que se iniciou quando o criador da psicanálise pode detectar a existência de conteúdos inconscientes profundamente organizados, que o levaram a uma compreensão mais complexa do inconsciente. A “virada” metapsicológica estabelecida na década de 20, se anunciou, ainda em 1915, na sessão V do artigo “O Inconsciente”, quando essa instância foi apresentada como originária e complexa, ancorada no corpo e submetida a outros níveis de organização tanto no ego quanto no superego. Aí, não era mais o recalque que fundava o inconsciente, mas dele *nascia*, enlaçando seus conteúdos às representações de palavra (Plastino, 2001:71). Frente ao que chamava de “psiconeuroses narcísicas” Freud se deu conta das diferenças na transferência dos pacientes neuróticos e dos psicóticos. Nos últimos, o ego se retira dos objetos, investindo sobre si mesmo, reproduzindo um estado de narcisismo primário. A tentativa de atender aos esquizofrênicos também lhe mostrou a fragilidade de seu primeiro modelo, porque constatou que nesses casos a libido, ao mesmo tempo que abandona o objeto, lida com as palavras sob a forma de processo primário, quando o investimento psíquico se dá sobre imagens mnêmicas de coisas, ou de seus traços, que serão enlaçados posteriormente às palavras. Isso faz com que

se possa perceber que essa concepção rompe com a concepção moderna de apreensão racionalista do real, estabelecendo a primazia do sentido sobre o significado. O sentido não é tributário da linguagem e permite que a apreensão do real ocorra sob o império da afetividade - operante nos processos inconscientes - que não funcionam segundo a lógica formal. Em 1914, no texto “Introdução ao Narcisismo”, Freud “empreende uma reflexão que torna evidente a complexidade do fenômeno humano e da constituição da subjetividade”. Compreendendo que se faz necessária uma “nova ação psíquica” para que o bebê humano saia do auto-erotismo, Freud apresenta o processo identificatório como pedra angular da sociabilidade, que se instaura pela via afetiva. O narcisismo adquire, assim, um valor estruturante no processo de subjetivação, mas sua ultrapassagem depois da primeira infância é necessária para que o sujeito não adoeça. Os percalços dessa ultrapassagem - na ótica freudiana - constituem o movimento identificatório, em que a libido inicialmente investida num eu ideal, deve se ligar aos objetos para “ser capaz de ultrapassar as fronteiras de seu ego e associar-se a outros nas ações imprescindíveis para a preservação da vida” (idem: 77). Assim, pode-se entrever que a ultrapassagem do narcisismo é, para Freud, uma tarefa de Eros, que foi sendo esboçada num longo processo de elaboração metapsicológica. Este processo implicou numa revisão da teoria pulsional, quando ele tentou articular a relação que, numa perspectiva dualista, se estabelece entre corpo e psiquismo, visando a uma reflexão sobre a natureza do fenômeno humano e suas relações com a cultura.

O primado da afetividade na concepção de subjetividade presente na obra freudiana ficou mais solidamente estabelecido com a formulação de sua segunda teoria da angústia, em 1926. Freud tentou, então, articular um pensamento original, que embora pudesse possuir uma inspiração filosófica, inspirada em Schopenhauer e Nietzsche, tivesse independência face a essa influência.

Plastino argumenta que o primado da afetividade é um elemento central na evolução do pensamento freudiano, sendo uma das amplas coincidências entre as teorias do filósofo Schopenhauer e do “médico” de almas Freud. O autor assevera ainda, que, paulatinamente, “a reflexão freudiana se afastou da submissão e monopólio do processo de conhecimento à razão conceitual”, tendo o criador da psicanálise, em sua revisão teórica¹ sustentado que frente aos grandes problemas da vida e da ciência, cada pessoa é dominada “por suas preferências íntimas profundamente arraigadas, que atuam inadvertidamente” quando se especula. Assim, progressivamente, Freud foi admitindo o lugar do saber contido nos mitos (como Édipo e

¹ Estabelecida no texto “Além do Princípio de Prazer” (Freud, E.S.B., Vol. XVIII, 1920).

Narciso), cuja carga emocional porta leis universais do funcionamento anímico. Ele também se interessou pelos processos de comunicação telepática, tendo, no entanto, evitado sua publicação, em prol de uma política de aceitação da psicanálise no ambiente científico de sua época, razão por que textos sobre essa temática, escritos na década de 20, só vieram à luz após a sua morte. Estas concepções, no entanto, expressam algo fundamental quanto à concepção freudiana de inconsciente: “a psicanálise, tendo demonstrado a existência de processos inconscientes, tornou crível a existência de outras manifestações deste inconsciente” (idem: 149).

Em 1905, nos “Três ensaios de uma Teoria Sexual”, Freud já demonstrava que os contatos primitivos entre a mãe e o lactente constituem um modelo de vinculação amorosa, que perdurará pela vida inteira. Assim, afirmando a existência de processos psíquicos estranhos à mediação da razão conceitual, a psicanálise pôde supor a existência de formas de transmissão inconscientes não mediadas pela lógica formal.

Embora muitas vezes o pensamento freudiano tenha se mostrado contraditório e resistente em relação à revolução epistemológica que protagonizava, emergindo sob o peso do paradigma científico então vigente, que era dualista e mecanicista, Freud, de forma intransigente e firme, buscou o aprofundamento de suas próprias descobertas. Estas fizeram com que caminhasse no sentido de uma superação dos limites impostos pelo quadro teórico de que dispunha para solucionar impasses na compreensão do sofrimento de seus pacientes.

O descobrimento do inconsciente freudiano trouxe à tona mudanças na concepção de formas de atingir o conhecimento, mas não influiu sobre a epistemologia freudiana, que não articulou a segunda teoria da angústia a seu modelo de aparelho psíquico. Apelando para a filogênese como explicação para a existência de conteúdos psíquicos que não se originavam no circuito racional, portanto não submetidos ao recalque, a teoria freudiana se estruturou em torno de duas concepções distintas e não articuladas entre si: numa, ego e superego se organizam em torno da atividade pré-consciente e noutra, referida ao id, seus conteúdos são explicados como herdeiros das fantasias originárias. Em seu trabalho “O Ego e o Id” (E.S.B., Vol. XIX, 1923) Freud afirmou a existência de conteúdos inconscientes não recalcados, concebendo o ego estruturado a partir do sistema perceptivo, constituído de forma pré-consciente, sendo ele o instaurador do recalque. No entanto, admitindo também a existência de uma parte inconsciente no Ego, ele postulava que da existência de conteúdos inconscientes filogenéticos e de suas fantasias originárias adviria a força de atração para a existência do recalque. Com isso, supôs uma parte do psiquismo como originária, anterior à inserção do sujeito na cultura e outra parte nela fundada, constituída pela percepção e pela consciência.

Dessa forma, apresentou a cisão entre paixões e racionalidade como fundante do psiquismo humano (Plastino: 151-153).

No entanto, ao formular sua segunda teoria da angústia, Freud pôde se libertar da concepção de um psiquismo hereditário, porque entendeu que as percepções dos processos corporais são capazes de gerar conteúdos psíquicos dotados de sentido, sendo o gatilho que dispara o processo do recalque o perigo representado pela ameaça de castração. Freud afirmava, ainda, que o ego se funda em sensações corporais tanto externas quanto internas. No entanto, apesar de ter elementos para reformulá-la Freud não reviu sua concepção da segunda tópica, definindo o “isso” como a mais antiga instância psíquica, cujo conteúdo é constitucional, herdado. Plastino argumenta que para Freud a concepção de “interno” é equivalente a tudo que opera no psiquismo do indivíduo antes do recalque, sendo este o mecanismo o que determina a inserção do indivíduo na cultura. Por isso, não lhe foi possível articular metapsicologicamente “o valor dos afetos na gênese da racionalidade nem a comunicação inconsciente na gênese do psiquismo” (1993: 154). Freud não conseguiu estabelecer todos os fatores que constituem o processo de subjetivação, notadamente aqueles que não correspondem às experiências não apreensíveis pela lógica racional. Embora tivesse elementos - visto que, desde sua segunda teoria da angústia, o afeto sinaliza a presença no psiquismo de conteúdos inconscientes não recalcados - ele não estabeleceu no registro metapsicológico a articulação entre esse afeto e a influência plástica do inconsciente sobre os processos somáticos. Em sua última concepção metapsicológica, entretanto, o dualismo pulsional anuncia que a dinâmica psíquica se enraíza no corpo, pois ali as pulsões não mais se apóiam nas atividades orgânicas; elas são orgânicas.

A dimensão afetiva introduzida pela visão da angústia na segunda teoria pulsional (Freud, E.S.B., Vol. XX, 1926) mais que evidenciar a insuficiência do ponto de vista econômico, concebe esse afeto como “um sinal de desprazer anterior ao recalque, sedimentação de antiqüíssimas vivências traumáticas, que teria a angústia do nascimento como protótipo, sendo o ego seu genuíno armazenador” (Bastos, 1988). Assim, essa teoria define um modelo particular de reação frente a situações de perigo, e instaura o trauma no seio do corpo teórico novamente, desta vez associado ao desamparo inicial do ser humano frente a perdas objetais.

As categorias eu, corpo, afeto e trauma compõem a trama relacional no interior da qual a psicanálise constrói seu edifício teórico, e a forma de entender o processo de subjetivação pelo mecanismo das identificações varia enormemente, de acordo com o viés predominante numa determinada corrente psicanalítica.

Neste trabalho, considerarei o embate traumático com a alteridade como fator preponderante para a subjetivação e comentarei como a intervenção clínica repete e inaugura vicissitudes desse processo. Com isso, pretendo apontar para a necessidade de um resgate, na escuta analítica, dos mecanismos sensoriais na constituição do eu e de sua forma de ação.

Assim, no primeiro capítulo, comentarei o peso das marcas corporais na constituição das subjetividades contemporâneas e apresentarei um caso clínico através do qual tenciono ilustrar uma forma de atendimento não ortodoxa, mas rigorosamente psicanalítica.

No segundo capítulo comentarei estudos sobre o processo de subjetivação, desenvolvidos por Haag, Anzieu e Dolto, que expressam a importância da sensorialidade na constituição egóica.

No terceiro capítulo, darei relevo à noção de agressividade como força motriz da atividade psíquica e comentarei como se instaura e desenvolve o campo transferencial, apresentando a força do sensório e o lugar do corpo na instauração do fenômeno transferencial, como compreenderam Ferenczi e Winnicott, em especial. Também procurarei demonstrar, baseada em Kristeva, a inflexão da carga sensorial no discurso simbólico.

No quarto capítulo, procurarei discutir o manejo da clínica como derivado das concepções vitalistas presentes na obra dos autores pesquisados, ilustrando sua inflexão sobre meu modo de trabalhar.

Finalmente, nas considerações finais tentarei ressaltar alguns aspectos a serem desenvolvidos na pesquisa orientada pela clínica contemporânea, a partir dos temas aqui apresentados.

1 CONSIDERAR O PERÍODO PRÉ-EDIPIANO: UM IMPERATIVO

1.1 Marcas corporais: a expressão do eu nas patologias contemporâneas.

O atendimento às histéricas e a seu sofrimento, expresso nos sintomas corporais ligados ao recalque da sexualidade, permitiu que Freud desenvolvesse o método psicanalítico e a cura pela palavra. A partir da descoberta do inconsciente, ele estabeleceu que a terapia psicanalítica visava a desvelar, pela via da interpretação, os conteúdos recalcados, que não podiam ser representados ao nível da consciência.

Assim, pôde trabalhar com pacientes neuróticos, cuja problemática se centrava no complexo de Édipo e na sexualidade genital e desenvolveu uma metodologia de trabalho eficaz para o tratamento de pacientes neuróticos.

À medida que casos mais complexos se apresentavam na clínica psicanalítica, a centralidade do Édipo foi sendo questionada como um parâmetro suficiente para a compreensão e tratamento dos pacientes que demandavam uma análise. Conflitos pré-genitais pareciam cada vez mais determinantes das dificuldades apresentadas nas patologias que demandavam psicanálise. A partir dos anos sessenta, explicitou-se o desafio da teoria em tratar das chamadas “novas patologias”, designadas por Kristeva, num trabalho original, como “novas doenças da alma” (2002).

Mesmo antes do aumento na clínica do que denominamos patologias contemporâneas - em que a dificuldade representacional associada simultaneamente ao sentimento de vazio e à dificuldade de interiorização das experiências vividas são as mais fortes características - alguns analistas voltaram sua atenção para o estágio pré-edípico. O atendimento a pessoas com problemáticas somáticas distintas da histeria ou que apresentavam crises psicóticas, bem como a terapia de crianças e adolescentes, apontaram para a importância de se conceber tanto o processo de humanização quanto o de adoecimento como tributários da operação de engendrar os limites entre um eu e um outro, um dentro e um fora de si mesmo. Em suma, para além da neurose, foram postas em evidência as vicissitudes decorrentes da demarcação entre subjetividade e alteridade. Com isso, deslocou-se o foco central da intervenção clínica do complexo parental para a constituição narcísica do eu.

As primeiras contribuições destes clínicos para a metapsicologia freudiana, entretanto, continuavam atreladas à concepção de um dualismo pulsional, dimensionando o conflito

psíquico ao embate entre Eros e Tanatos, tomando como epicentro dos conflitos humanos as dificuldades de resolução da problemática edipiana.

A obra freudiana, no entanto, ao mesmo tempo em que concebeu as pulsões como conceito-limite entre o corporal e o psíquico, como motor do inconsciente, esboçando, portanto, uma noção “híbrida” e ambígua, foi marcada pela concepção moderna predominante na pesquisa científica do começo do século XIX. Esta se pautava pela divisão do real em pares de opostos, num “processo de dicotomização”, o qual determinou que simultaneamente às rupturas prenunciadas nos textos dos anos 20, grande parte da teoria ainda se mantivesse apoiada sobre pilares excludentes como sujeito/objeto; corpo/mente; natureza/cultura; paixão/razão; afeto/linguagem; normal/anormal, amigo/inimigo, etc. (Maia, 2004:32). Assim, a concepção freudiana do psiquismo pensava o sujeito humano como cindido entre a representação e a marca corporal, aprisionado na divisão cartesiana *res cogitans* versus *res extensa*. Isso favorecia que a teorização psicanalítica se voltasse para a construção da noção de uma mente transcendental, representacional, desarticulada do corpo vivo, que era considerado apenas como um substrato biológico. Durante muito tempo, referir-se ao corpo na psicanálise era considerado um desvio biologizante; aludir a uma linguagem corporal, um reducionismo.

Lentamente, impôs-se à ciência no século XX uma mudança paradigmática que permitiu a alguns psicanalistas se desligarem das concepções dualistas e considerarem a constituição subjetiva de forma processual e interminável. Isso ocorreu no Pós Segunda Grande Guerra, quando a psicanálise acolheu a contribuição de clínicos que privilegiaram a observação do desenvolvimento de bebês em sua interação com seu meio. Esse recurso facilitou a construção de uma metapsicologia que procedeu à ruptura com a concepção monádica do psiquismo ao mesmo tempo em que reforçou noção freudiana de “séries complementares”², sustentando a troca com o meio como determinante para a instauração das características singulares de funcionamento psíquico.

Nesse contexto, surgiu a obra de Winnicott, que valorizava a experiência neonatal como participante da constituição da subjetividade. Em sua visão, o corpo - evocado por Freud no texto *O Ego e o Id*³ (1923), como sede e origem do ego - adquiriu um relevo especial. Para ele, a emoção experimentada nas primeiras trocas com o meio e o movimento agressivo de busca do outro estabelecem a demarcação entre um sujeito e seu entorno,

² Noção apresentada por Freud nas Conferências Introdutórias XXII (Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão-etilogia) e XXIII (Os caminhos da formação de sintomas) (1916-1917).

³ A origem corporal do id é indicada neste texto, quando Freud diz que “o ego é, antes de tudo, corporal” (Freud: 40: 1923).

possibilitando a construção dos objetos com os quais o ser humano se relacionará. Assim, através das trocas afetivas ocorridas durante o período inicial da vida do bebê, estabelecem-se padrões de ação e reação propiciadores de uma adaptação ao meio social. Isso se processa à custa de uma limitação imposta pelo cuidador, que ajudará o infante a estabelecer relações objetais. Assim, na visão winnicottiana, as percepções e emoções primitivas é que oferecem consistência à percepção da existência de um si-mesmo (*self*), que se estabelece de forma instável, por “flutuações”, num processo de criação contínua de um eu e de um outro (Winnicott, 2000a).

Winnicott considera que o que existe inicialmente é um psicossoma (2000 a: 332-346), e estabelece estágios da aquisição do sentido de continuidade da existência, demonstrando, a partir da clínica pediátrica, como as angústias primitivas ligadas à ameaça à perda da integridade psicossomática - percebida desde os primórdios da relação mãe-bebê - estão na base do adoecer. Ao mesmo tempo, estabelece que o acolhimento destas angústias primitivas, por um meio não intrusivo, que permita o movimento agressivo de busca pelo outro, é o fator determinante para a possibilidade de o bebê experimentar sua agressividade como um movimento simultâneo de criação de si e dos objetos. Desta forma, ele positiva a ação agressiva, estabelecendo uma diferença entre o movimento agressivo de autocriação e a destrutividade, que impede o processo integrativo do eu.

Winnicott põe em relevo o movimento do ser humano em sua relação com o entorno, ressaltando a importância do meio ambiente para a determinação da emergência de patologias ou da experiência de saúde ao longo da existência dos indivíduos. Ele enfatiza a preeminência da relação mãe-bebê⁴, estabelecendo que o que sustenta ou impede o desenvolvimento de potenciais genéticos é a capacidade da mãe se identificar com o desamparo inicial do filho, quando ele é completamente incapaz de cuidar da própria sobrevivência e de atingir sozinho um estado de bem estar.

Assim, favorece que a atenção do terapeuta se dirija para as marcas precoces estabelecidas nas primeiras trocas do infante com o meio, bem como à forma como se estruturam os movimentos e os ritmos de trocas entre o bebê e seu meio privilegiado, a mãe, até que se estabeleça a distinção entre um eu e um outro.

Seu modo de observar e atender à criança e a seus pais se diferencia imensamente das correntes até então hegemônicas na psicanálise, uma vez que o dualismo pulsional e a preeminência da pulsão de morte - expressa nas fantasias do bebê quanto ao objeto materno -

⁴ Hoje, ao atentarmos à função materna mais que à relação biológica entre mãe e bebê, poderíamos falar numa função de maternagem entre o cuidador e o bebê.

não são tomados como um fato inaugural do psiquismo. Na centralidade de sua concepção está a preocupação em estabelecer o que favorece ou se interpõe no modo processual do bebê tornar-se sujeito. Ele concebeu um ego que se constitui paulatinamente, numa ação continuada de troca entre o indivíduo humano e seu entorno, e se dedicou a esmiuçar, nas vicissitudes da relação mãe-bebê, as possibilidades tanto para o estabelecimento da saúde quanto de patologias (Winnicott, 2000a, 222 -225).

Propôs, a partir da observação da relação mãe-bebê, considerar que o bebê parte de um estado de “não integração primária”, que evolui por três estágios sucessivos: integração, personalização e realização, quando se torna capaz de apreciar o tempo e o espaço, relacionando-se com aspectos distintos de si mesmo. Tal concepção, a meu ver, coincide com a proposta de Castoriadis da existência de uma “elaboração magmática das experiências”, que é um dado antropológico que caracteriza a expressão básica do psiquismo. Essa visão propicia que possamos conceber as potencialidades humanas passíveis de se desenvolver de forma singular, a partir das condições fornecidas pelo momento histórico em que existem, pressupondo a “capacidade da psique organizar em experiência, por mais rudimentar que seja, que sem isso permaneceria um caos de impressões internas e externas”. Para Castoriadis, “a psique é um *formante* que só existe em e por *aquilo* que ele forma; ela é *Bildung* e *Einbildung*- formação e imaginação- ela é imaginação radical que faz surgir já uma primeira representação a partir e um nada de representação”... (Castoriadis, 2000: 325).

Para Winnicott, o conflito não é estabelecido entre fantasias intrapsíquicas que moldam as ações, e sim entre ações e reações que determinam as possibilidades de expressão do indivíduo humano. Dessa forma vão se moldando as fantasias humanas. A experiência vivida continuamente junto com a mãe é que permite a criação de “momentos de ilusão” (idem: 227), que ressaltam, freando e estimulando as expressões de amor e ódio, aspectos da realidade. Daí ele afirmar que “a fantasia não é algo criado pelo indivíduo a fim de lidar com as frustrações da realidade externa. Isto só é verdade em relação ao devaneio. A fantasia é mais primária que a realidade, e o enriquecimento da fantasia com as riquezas do mundo dependem da experiência da ilusão” (Winnicott: 228, 2000[1945]).

É nesse espaço de ilusão que o indivíduo pode exercitar certa “impiedade”⁵ para com o que o cerca - seja outra pessoa ou objeto. Ao dirigir, inicialmente, seus impulsos de forma dissociada em relação ao mundo, até que estes, através de um acolhimento, possam ser reconhecidos como causadores de dor ou sofrimento, é que se atinge o estágio de

⁵ Em inglês, *ruthlessness*.

concernimento⁶ / preocupação – quando os efeitos destes impulsos sobre si mesmo e sobre o outro são reconhecidos. Assim se atinge um estágio de integração. Somente quando o bebê consegue unificar a percepção da mãe ambiente com a mãe objeto em sua mente é que aparece o concernimento. Este é fruto da integração das experiências vividas com a mãe.

Como assinala anteriormente, esta concepção de constituição subjetiva processual gera um efeito disruptivo também na técnica analítica. Põe em xeque a neutralidade do analista, e privilegia que este atue visando ao estabelecimento de uma capacidade de sustentar e delinear os contornos subjetivos, que muitas vezes foram mal instaurados ou sequer foram constituídos. Mais do que ter uma função de agenciador da frustração das pulsões amorosas e destrutivas a ele dirigidas, Winnicott assinala que o analista deve priorizar um enquadre terapêutico, em que sua atuação se baseie na técnica do “*holding*”⁷. Isso implica em colocar a ênfase do tratamento na necessidade de se produzir uma integração dos impulsos humanos, que nas patologias se apresentam desintegrados. Priorizar o “*holding*” é pré-condição para o “*handling*”, para um manejo original do “*setting*”, sem regras rigidamente pré-estabelecidas, o que, segundo ele, permitirá ao sujeito emergir em condições de exercer uma ação criativa na interação com o meio.

É importante notar que ao considerar a constituição do psiquismo como processual, Winnicott não tem, em absoluto, uma perspectiva determinista: ele chama a atenção para o fato da integração da personalidade nunca ser estável: uma vez atingida, pode ser perdida devido a uma situação ambiental adversa. Com isso, sua concepção de agressividade se distingue substancialmente da preconizada por Freud. Afirmando que a agressividade é uma função parcial, “quase sinônimo de atividade” (idem: 289), concebe-a como uma experiência cuja fonte é instintiva e existe antes da integração da personalidade, asseverando que:

“A agressividade faz parte da expressão primitiva de amor” (idem, 2000b: 289).

Ele sustenta, ainda, que:

“Todas as experiências são tanto físicas quanto não físicas. As idéias acompanham e enriquecem as funções corporais, e estas acompanham e *realizam* a ideação. É preciso dizer também a respeito do somatório das idéias e memórias que este gradualmente divide-se numa parte que permanece acessível à consciência, uma parte que só está acessível à consciência em

⁶ Em inglês, *concern*

⁷ Expressão inglesa, que aponta para dois sentidos em português, tanto segurar, quanto ser suporte.

certas circunstâncias, e uma parte que se encontra no inconsciente reprimido, inacessível devido a afetos intoleráveis” (idem, 2000b: 289).

Winnicott assevera que, como parte do impulso agressivo, a manifestação da agressividade também passa por um processo integrativo, que visa à possibilidade da criança alcançar o estágio do concernimento. Neste, o sentimento de culpa pela possibilidade de ter lesionado o objeto amado durante os estados de excitação, dispara o anseio de dar, construir e reparar. Dessa forma, boa parte da agressividade se transforma em funções sociais.

Cabe, então, ao analista, que considera o psiquismo como parte de um processo vital, levar em conta a dinâmica estabelecida no contexto interpessoal, que deverá favorecer a instauração de processos integrativos no paciente.

Na concepção winnicottiana, a análise deveria instaurar as condições de criação de um *self*, ampliando o ego do paciente através da experimentação de seus afetos como fontes de integração. Assim, para Winnicott, o Édipo deixou de ser principal operador com que trabalha o analista; sua intervenção ficou direcionada ao estabelecimento do processo de estruturação de um sentido de si verdadeiro.

Em 1955 (2000c), o autor afirmava que tal aquisição passa pela instauração de uma atitude por parte do analista que contemple duas dimensões simultaneamente: o trabalho interpretativo postulado por Freud, sobreposto a um trabalho de acolhimento de algumas necessidades básicas do paciente. Winnicott afirma que “o analista adota os princípios básicos da psicanálise, em que o inconsciente do paciente é quem lidera o processo, sendo seguido com exclusividade pelo analista” (Winnicott, 2000: 395). Chamava, assim, a atenção para a possibilidade de ampliação da clínica, afirmando que propunha diferenças quanto à técnica clássica, pois entendeu que o analista, frequentemente, se encontrava confrontado com casos em que houve falhas graves no processo de identificação primária, sem que o ego estivesse estabelecido como uma entidade. Nesses casos, defendeu que o “contexto analítico”⁸ se tornasse mais importante que a interpretação. Defendeu, então, que a ênfase nessas análises, fosse colocada sobre um contexto em que o comportamento do analista se diferencie do ambiente materno intrusivo, adaptando-se às necessidades do paciente. Para ele, é dessa forma que se instaura a possibilidade de o analista ser “gradualmente percebido pelo paciente como

⁸ Winnicott considera contexto analítico o somatório de todos os detalhes relativos ao manejo (Cf. “Formas Clínicas da Transferência”, 1955-6). A sessão analítica e todo o dispositivo instaurado para que ela ocorra constituem o que convencionalmente chamamos de “*setting*”.

algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a viver” (idem, 395).

As patologias descritas por Winnicott e a técnica por ele defendida favorecem o atendimento dos casos que hoje nos desafiam, tão diferenciados das neuroses clássicas. Tais patologias costumam se evidenciar através de queixas somáticas, instauradas silenciosamente. A clínica psicanalítica na atualidade tem se nutrido de corpos que pedem um sentido. Pesquisas recentes demonstram que o sofrimento psíquico se instaura antes da aquisição da linguagem verbal, ficando marcado no corpo. A meu ver, a demanda de atendimento assim expressa requer uma compreensão do papel da sensorialidade na constituição subjetiva e na instauração da experiência da transferência. No próximo capítulo tentarei aprofundar este tema, destacando a importância desta sensorialidade na instauração dos processos de subjetivação e na constituição egóica, considerando o trabalho de autores que trabalham priorizando sua atualização nas patologias contemporâneas.

Como ilustração da forma de atendimento a que me referenciarei, e das opções teóricas que sustentam minha defesa do privilégio da dinâmica psíquica sobre uma visão estrutural, apresento o relato de um caso clínico, que condensa, sob meu ponto de vista, muitas das questões visadas por este trabalho.

1.2: Estudo de caso: Carla ou o terror de não existir verdadeiramente.

Carla veio ao meu consultório pela primeira vez em 1982, cerca de dois anos depois de seu casamento, padecendo de sintomas fóbicos, que se intensificaram nos últimos meses a ponto de não conseguir se distanciar de casa mais do que duas quadras.

Meu local de atendimento se estabelecia no quarto de seu apartamento e isso facilitou sua vinda à terapia, embora, nos primeiros meses, o medo de andar de elevador a fizesse subir oito andares de escada.

Era uma mulher linda, longilínea, muito bem vestida. Muito hábil com as mãos, fazia algum artesanato, mas não exercia nenhuma atividade profissional, trabalhando apenas nos serviços do lar.

Vivia muito deprimida e o clínico da família recomendou que fizesse psicoterapia. Como se mostrasse extremamente fragilizada, o marido concordou com a indicação, responsabilizando-se pelo pagamento do atendimento.

As primeiras sessões foram marcadas pela dificuldade de Carla comunicar suas reflexões, ficando restritas a um lamento pelas limitações a que se impunha, em especial desde poucos meses após o casamento. Expressava o temor de ficar louca.

Eu tinha que estimulá-la a associar, porque sua comunicação era empobrecida, e ela se descrevia através das queixas que o marido fazia acerca de suas falhas e insuficiências. Muito lentamente, em sessões duas vezes por semana, pude conhecer um pouco de sua história de vida.

Relatava ter tido muitos namorados, mas acreditava ter perdido a virgindade com o marido. Conhecia muito pouco seu esquema corporal e acreditou quando este disse ser necessário se casarem porque ele retirara seu hímen numa sessão de carícias mais íntimas. Apresentava-se frígida e se responsabilizava pela vida sexual insatisfatória do casal, porque demorava muito a atingir o orgasmo, o que deixaria o marido desanimado. Ambos mostravam-se frustrados com a vida a dois, mas ela se culpabilizava porque havia desejado o casamento como possibilidade de saída da casa dos pais e também de ascensão social, visto que, embora de origem modesta, o marido era um empresário que enriquecia a olhos vistos.

Seu casamento coincidira com o momento em que Carla contraía uma dívida junto a uma administradora de cartões de crédito porque gastara além de suas possibilidades financeiras. Foi, então, às escondidas da família, fazer um acordo de pagamento com a Financeira. Imediatamente surgiram seus primeiros sintomas agorafóbicos. A partir daí, começou a somatizar seus conflitos, a sair pouco, e foi quando Luiz, que havia sido um dos primeiros namorados, veio procurá-la, com vistas a um casamento. Embora já tivesse ido até motéis com colegas de trabalho, convenceu-se de que ele tirara sua virgindade e que, uma vez casada, livrar-se-ia da censura materna quanto à sexualidade e do olhar de reprovação paterno relativo ao descontrole nos gastos.

Pouco tempo depois de casada, começou a apresentar mal-estares, dores de cabeça, a temer seus pensamentos de autodestruição. A situação se agravou mais ainda depois que o pai morreu subitamente.

Seu marido era descrito como uma pessoa extremamente perfeccionista e exigente, que determinava até como ela deveria se vestir para as atividades sociais, freqüentemente recriminando a escolha de cores e modelos de suas roupas, classificadas como muito exuberantes. Fazia-a retirá-las e portar tons pastéis, permitindo que usasse apenas modelos clássicos.

Ela parecia apagada, uma pessoa desvitalizada, entristecida. Tinha dores de cabeça constantes e, semanas após a lua de mel, começou a desenvolver inúmeras fobias: de altura,

de elevadores, de sair à rua, e, especialmente, de chegar perto da janela, pois temia querer se arrojear ao solo.

O medo de enlouquecer era associado ao suicídio de um avô materno, depois de um fracasso financeiro. Isso a marcara muito, pois passava as férias com os avós, numa cidade pequena, onde o evento teve muita repercussão.

Ela era a quarta filha de um casamento conturbado, em que a mãe se queixava de dificuldades financeiras todo o tempo. Seu pai perdia muito dinheiro em negócios que faliam um após o outro. Sua mãe não conseguira trabalhar porque a terceira filha nascera com um retardo mental muito grande. As três irmãs eram instadas pelos pais a cuidar da deficiente. Tinham, freqüentemente, que abrir mão de suas brincadeiras e de seus brinquedos para a irmã doente, que, sistematicamente, os destruía.

Carla cresceu numa fratria em que a primeira filha, quatro anos mais velha, era descrita como de incomum beleza, tendo sido criada para fazer um casamento rico, o que efetivamente realizou. A segunda tinha se casado e separado em pouco tempo, e retornara à casa materna, exercendo um trabalho burocrático, do qual se aposentou por ter sofrido um acidente que a deixou com várias lesões nos membros. Quando falava dessas duas irmãs lesadas se emocionava muito. A irmã deficiente era um problema para toda a família, reagindo aos estímulos do meio como uma criança com menos de cinco anos. Já a irmã idealizada como modelo teve um AVC e morreu antes dos trinta anos, deixando órfãos dois filhos ainda pequenos. Carla foi, então, cuidar dos sobrinhos, vivendo na casa do cunhado, que a assediava quando alcoolizado.

Esta foi a segunda vez que se afastou do convívio regular com seus pais e irmãos. Quando tinha mais ou menos quatro anos foi designada para morar com uma tia materna, que era casada com um homem de posses, mas não conseguia ter filhos. Nesse ínterim, a mãe tivera um menino, o caçula, enfim o varão com quem sempre havia sonhado.

Nessa época, enquanto a família morava numa zona menos privilegiada da cidade, Carla vivia num amplo apartamento em bairro à beira-mar, se alimentava fartamente, e tinha brinquedos. Só se encontrava com os irmãos nos finais de semana, e, para poder brincar, lembrava-se, com horror, de amarrar a irmã deficiente num pé de mesa, quando a mãe saía de casa.

Depois de dois anos morando com os tios, a tia engravidou e ela retornou ao convívio dos pais e irmãos. À medida que a prima crescia, Carla voltava para a casa dos tios nos finais de semana “para brincar com a prima” (sic.).

Essas lembranças foram sendo relatadas aos poucos; nas primeiras sessões ela relacionava seu medo de sair à rua sozinha ao fato da mãe ter se perdido dela numa feira-livre quando era muito pequena e de ter demorado muito a se aperceber disso. Essa era, a meu ver, a forma condensada de se referir ao abandono vivenciado pelos cuidados insuficientes que recebeu na primeira infância.

A aparência bela, que compartilhava com a irmã morta idealizada, era percebida de forma extremamente ambivalente: ao mesmo tempo em que investida com um valor narcísico positivo, era carregada de culpa relativamente aos demais irmãos menos dotados.

A beleza física era acompanhada de exigências quanto ao seu impacto sobre os outros, em especial sobre os homens, que poderiam - segundo sua mãe, ao contrário de seu pai - livrá-la de uma vida mesquinha e pobre.

Após alguns meses de terapia, Carla começou a associar mais livremente e surgiram suas versões para o cotidiano infeliz que vivia. Tinha muita dificuldade em falar de sua raiva por viver um casamento “de fachada”. Mantinha a casa impecavelmente limpa e fazia a comida. Sua sogra morreu e ela trouxe para si o encargo o cuidado de um sogro paraplégico e genioso. Não saía para nenhuma atividade social com o marido, que pouco ficava em casa e raramente se interessava em manter relações sexuais com ela.

O casal brigava porque o marido estava sempre investindo em arte, mas com freqüência, as contas de manutenção da casa eram pagas com atraso, o que a envergonhava e enchia de angústia, pois revivia a insegurança que fora constante em sua infância e adolescência quando, muitas vezes, faltava dinheiro para fazer frente à manutenção de necessidades básicas.

Percebendo essa repetição, e sua identificação com a vitimização da própria mãe, Carla resolveu trabalhar numa loja de artesanato no mesmo quarteirão de sua casa e do meu consultório, e começou a colaborar com o pagamento da análise ao mesmo tempo em que podia comprar roupas e freqüentar o cabeleireiro.

Ela não se sentia capaz de ter qualquer independência financeira, embora tenha trabalhado desde os 13 anos, “para poder comprar as coisas”. Como não tivesse capacitação profissional, aos treze anos já trabalhava como manicura da vizinhança, e o pai a recriminava por isso, alegando que era uma atividade subalterna, além de desvelar para a vizinhança as dificuldades por que a família passava no cotidiano. Ela ia, muito lentamente, percebendo as relações entre sua angústia atual e sua estória familiar, entendendo-a como repetição de suas angústias infantis, relacionadas à constante representação de um bem estar inexistente.

Mergulhada na ambivalência, começou a demonstrar seu mal-estar por sentir-se tratada pelo marido como uma empregada sem salário e tentou desenvolver uma série de táticas de sedução, em geral infrutíferas, para atrair sua atenção sexual.

Ele passou a reclamar de sua agorafobia, pois o casal não viajava para lugar nenhum nos finais de semana. Também se queixava dela estar ficando muito exigente no plano sexual. Durante alguns meses, ameaçou não pagar seu tratamento. Como ela bancasse os reajustes, que eram necessários com alguma frequência devido à forte inflação no Brasil naquele período, começou a dizer que o problema deles era unicamente de cunho sexual, e que ambos deveriam se tratar com um amigo dele, psiquiatra e sexólogo, que os atenderia em troca de objetos de arte. Ela dizia não querer parar o tratamento comigo, mas foi às entrevistas propostas pelo marido. Assim, eles se propuseram a uma terapia de casal, e o psiquiatra diagnosticou o estado dela como “depressão”, indicando tratamento medicamentoso em substituição ao psicanalítico. O tratamento comigo foi abandonado, sendo retomado dez anos depois.

A interrupção ocorreu num contexto em que sua desvalorização sequer era percebida, alicerçada na dificuldade em ganhar dinheiro e reforçada pela auto-imagem de “louca”. Ela se deixava humilhar com frequência. Ficava cada dia mais triste, mas não reagia porque se sentia “uma fraude”, tendo em vista que se casara culpabilizada tanto pela atividade sexual quanto pela ambição financeira. A sensação de ser uma fraude também se amparava na ambivalência que sentia em todas as ações que empreendia.

Carla foi se enclausurando dentro de casa, e quando me procurou, achava que estava destruindo seu casamento por se recusar a acompanhar o marido na vida social. Achava-se muito burra e necessitava, para sentir-se um pouco melhor, com frequência, da presença da mãe em sua casa.

De quando em vez, ela percebia só conseguir atenção e cuidado maternos se ficasse doente. Queria agradar constantemente à mãe, mas ficava sempre na dúvida sobre seu desempenho. Isso também era evidente na relação transferencial comigo.

A paciente levou alguns meses para falar de si mesma e de seus sentimentos em nome próprio. Descrevia as situações de sua vida de forma paranóide, imaginando os reproches que mereceria receber por ser uma pessoa que enganava a todos, “má, egoísta e vaidosa”.

Sua vida conjugal ficava mais tensa a cada dia. À medida que eu mostrava os efeitos deletérios, no seu cotidiano, de uma imagem desvalorizada de si mesma, dos conflitos com as irmãs e a mãe, e, sobretudo, da experimentação da feminilidade como um estorvo, ela tentava ensaiar que o marido - que se portava sexualmente como um substituto da mãe exigente e

insatisfeita - fosse terno e sexualmente interessado nela. Assim, a frustração se constituía na regra dessa relação.

Com a análise, entretanto, Carla foi desistindo de se considerar a onipotente geradora de situações ruins de desconfortáveis. Começou a questionar as exigências do marido e a sua ausência. Também foi se dando conta que investia numa potência imaginária e falsa do outro, e que sua fobia social estava articulada ao medo de serem descobertas uma série de situações vividas desde o início de sua vida, que configuravam uma adaptação deficiente à realidade: a mãe queria que ela fosse homem, e, mesmo dizendo não gostar mais do marido, e estar exausta com a filha deficiente, engravidou até ter o menino sonhado. Assim, as duas filhas do meio eram as menos atendidas em suas necessidades básicas, tanto de cuidados corporais quanto emocionais. Ambas muito cedo se casaram, mas Laura, mais velha do que ela pouco mais de um ano, logo se separou, após sofrer um acidente de carro que a deixou lesionada para sempre. Passou a viver de uma pequena pensão do governo por invalidez para o trabalho e voltou, então, a morar com a mãe e a irmã deficiente, visto, nesse ínterim, o pai ter falecido por problemas cardíacos.

Carla foi se dando conta de que seu adoecimento a defendia de pensar nas falhas percebidas no seu relacionamento familiar, em especial com sua mãe. Ao mesmo tempo, adoecer funcionava como tentativa de reter o olhar do outro sobre si.

A fragilidade dessa defesa, a irrupção da morte psíquica como ameaça cotidiana a deixavam à mercê de qualquer insígnia de apoio, e ela se perguntava se eu iria indicar um atendimento psiquiátrico para si. Ela ajudava no pagamento do tratamento, mas o marido é quem tomava as decisões financeiras, pois era muito mal remunerada em seu trabalho. Através da atuação dessa saída, a meu ver, ela me anunciava estar optando, mais uma vez, por “fazer de conta” que estava se cuidando. Eu apenas sinalizei isso, sem culpabilizá-la. Ela interrompeu o atendimento e saiu da sessão em que se desligou do tratamento, com lágrimas nos olhos dizendo: “Um dia eu vou voltar, porque você me ajuda a pensar. Vou ganhar dinheiro e vou voltar”.

Eu fiquei com uma sensação de frustração, por querer acreditar que um dia poderia, de fato, retomar a escuta analítica com Carla, mas achando que havia falhado nesse trabalho, não conseguindo contornar sua dificuldade de pagar o tratamento.

Morando e trabalhando no mesmo quarteirão do meu consultório, ao longo dos anos, algumas vezes Carla e eu nos cruzamos na rua, e ela demonstrava alegria a me ver. A primeira vez que nos encontramos, estava grávida, e me disse que ainda se sentia muito mal, mas parara com a medicação, e queria muito poder “ter uma filhinha, que fosse mais feliz” que ela.

Cerca de dois anos depois, encontramos-nos novamente e ela me chamou para conhecer Ruth, uma linda menina. Disse que estava se separando de Luiz e que a situação financeira ainda estava difícil, embora estivesse dando aulas e conseguindo se manter. Completou sua fala com “Um dia eu volto”.

Esse “um dia eu volto” passou a ser o mote dos poucos e fortuitos encontros que tivemos na calçada do consultório. Assim, eu soube que ela arranjava um namorado recém separado, e depois outro.

Cada “encontro” fortuito desses produzia em mim uma sensação de estranhamento e, com o passar do tempo, fui ficando incomodada com a necessidade que Carla tinha de assegurar o seu retorno. Só fui ter a dimensão da força transferencial, expressa na atemporalidade com que estabelecia uma demanda de escuta dirigida a mim, quando, dez anos depois, numa manhã de segunda-feira, Carla me telefona, dizendo: “Ana Maria, oi, é a Carla!”.

Eu lhe perguntei: que Carla?

Ela: Sua paciente.

E eu: Minha paciente?

Ela: Não lembra de mim? Carla, mãe da Ruth, ex-mulher do Luiz. Eu estou precisando muito falar com você, estou muito mal.

Marcamos um encontro, e ela chegou pontualmente. Muito bonita, mas visivelmente angustiada, dizia que precisava retomar a análise e só poderia ser comigo porque se contasse o que tem vivido a um psiquiatra temia que ele a internasse.

Argumentou saber que eu a escutava sem julgar, mas que nunca conseguiu me contar o que a incomodava de verdade. Agora, sentindo-se acuada por seus sintomas jamais revelados, que começam a impedi-la de viver sem se considerar louca ou assim ser vista pelos outros, necessita fazer análise.

Conta-me, então, que está namorando uma pessoa de quem gosta muito, mas com quem também nunca consegue viajar. Alega ter medo de avião, mas agora se sente pressionada a acompanhá-lo para uma casa de praia que ele comprou a cerca de três horas de viagem do Rio. Não o faz devido a um ritual ao qual está aprisionada há muitos anos. A única pessoa que sabe que tem alguma dificuldade relacionada à evacuação é a mãe, que, no entanto, não tem idéia da dimensão de seu sofrimento.

Sua mãe foi alertada por uma empregada, que achou suas fezes ensacadas em plásticos, numa caixa atrás de um vaso na varanda. Veio argüir sobre a estranheza daquilo, temendo que a filha precisasse ser internada como mentalmente insana. Carla, porém,

conseguiu inventar uma estória sobre estar querendo descobrir um esterco para as plantas, fazendo-a acreditar que não era nada estranho guardar seus próprios excrementos por alguns dias sem se desfazer deles.

Conta-me, assim, que há muitos anos só vai ao banheiro em casa, cumprindo um ritual, que consiste em forrar o bidê com um plástico (que tem que ser sempre do mesmo tipo e cor), defecar sobre ele, enrolar num determinado tipo de papel, e depois guardar numa caixa escondida de todos. Diz, ainda, que não consegue dar a descarga porque tem a sensação de se desfazer cada vez que imagina o fluxo d'água levando as fezes para o mar. Sente uma angústia como se fosse morrer. Assim, retém as fezes o quanto pode. Quando a caixa fica cheia de cocô, sai, sorrateiramente, e dirige-se ao pé de alguma árvore ou a algum jardim, em que possa depositar seus dejetos.

Todo esse processo implica em viver mentindo que tem fobias, as quais, por vezes, acredita ter mesmo desenvolvido, mas que visam ocultar o sofrimento por que passa para se alimentar e defecar.

Nos últimos três anos, começou a se relacionar com Roberto, o homem por quem se declara apaixonada. Chegou a passar um ou dois dias fora da cidade, mas sempre tomando cuidado para não tomar água e só comer pouco, ingerindo alimentos de difícil eliminação. Quando sentia que poderia ir ao banheiro, inventava estar passando mal, sentindo dores de cabeça e retornava a casa. Ela não me pedia para ajudá-la a se livrar desse sintoma pelo esforço e dor por que passava. O sofrimento de que se queixava, era o medo de ser abandonada pelo namorado, caso não se dispusesse a viajar de carro.

Tinha pavor de que alguém descobrisse essa “mania” (sic.) Relatava muitas outras “manias”, que também atrapalhavam sua vida, mas aquela que percebia como mais insólita e angustiante era não conseguir defecar, com medo de se dissolver na água da descarga. Também se atormentava com a maneira como lidava com dinheiro.

Conta-me, então, que ainda conseguia dar aulas e continuava fazendo artesanato, mas só se permitia gastar o dinheiro na ordem em que o recebia, ou seja: se recebesse “X” e depois “Y”, não poderia gastar o valor “Y” antes de gastar o “X”. Também não conseguia depositar o dinheiro no banco e não tinha talonário de cheques, “porque poderia querer reavê-lo e não conseguir”. Quando fazia seus pagamentos, se recebesse algum troco, depositava o mesmo no bolso de um casaco velho, só o retirando “no final do mês para dar de presente para mamãe, para ela gastar com as coisas que possa precisar”.

Combinei com ela, então, que me faria o pagamento das sessões em espécie, a cada sessão. Eu pensava, através desse recurso, confrontá-la de imediato com as questões ligadas à

analidade bem como às fantasias de incorporação e expulsão mais primitivas, que estavam claramente expressas nessa sintomatologia.

De início, Carla chegava com o pagamento no valor estipulado. Aos poucos, queria me pagar na tal ordem em que recebera o dinheiro e, muitas vezes, não conseguia. Quando esquecia de trazer meus honorários saía extremamente angustiada e, mais de uma vez, retornou logo depois do final da sessão para me pagar. Houve vezes que achei o dinheiro jogado sob a porta após atender um paciente que vinha em horário posterior ao seu.

Essas atuações e suas consequências eram interpretadas à luz da repetição de seus conflitos relativos aos cuidados maternos. Ela respondia que se sentia uma paciente muito difícil, achando que eu não gostaria de tratar dela porque talvez fosse um caso incurável.

Neste segundo período de atendimento, ela conseguia vir de elevador até minha sala, era pontual, mas ainda apresentava uma pobreza associativa intensa. Quando precisava faltar a uma sessão, eu recebia algum aviso na secretária eletrônica por parte de sua filha ou da empregada. Um dia, resolvi perguntar por que ela deixava essas mensagens na voz de outros, e ela me disse que nunca falava com secretárias eletrônicas porque tinha medo de perder a voz, caso não pudesse saber como e quando eu a havia escutado ou quisesse se ouvir novamente. Não falava em nenhuma secretária eletrônica, e tinha algum orgulho de nunca seus parentes ou amigos terem se apercebido disso, porque ela sempre dava um jeito de se mostrar muito ocupada na hora de deixar algum recado ao telefone, conseguindo que outro o fizesse por ela. Ficava, porém, muito angustiada cada vez que se sentia compelida a deixar algo de seu com o outro.

Ela era atormentada pelo medo de perder qualquer elemento de seu corpo, não apenas as fezes. Achava que era impossível ter conta em bancos porque não suportava a idéia de passar um cheque e não poder reaver o dinheiro, ou impedir sua compensação. Tais sintomas perduraram por alguns anos, embora desde que me foram relatados eu os tenha entendido como relacionados a uma indiscriminação entre seu corpo e os objetos aos quais se afeiçoava. Pouco a pouco, ela foi revelando outras “manias”: deixara de ir regularmente ao dentista com medo de ter que arrancar algum dente, descoloria os pelos das pernas para não se depilar, chegando a ponto de não fazer as sobrancelhas para não ver nenhum de seus pelos caindo.

Suas idas ao ginecologista eram permeadas de muito sofrimento. Às vésperas, se torturava pensando no material que seria retirado do colo de seu útero, dizendo que se sentia perdendo um pedaço de si mesma. Como tinha vida sexual ativa, embora insatisfatória - porque se queixava de raramente conseguir atingir o orgasmo - obrigava-se a ir ao médico.

Outras vezes ia compelida pelo medo de estar grávida do namorado. Este era separado e tinha três filhos. Não queria mais ter filhos e dizia que a abandonaria caso engravidasse.

Essa assertiva funcionou como um desafio para ela: chegou a realizar três abortos num curto período de tempo. Não conseguia adotar nenhum método anticoncepcional eficaz. O parceiro pagava as interrupções da gravidez, e ela vivia o horror da retirada do feto e da perda da possibilidade de gerar com muita culpa. Eu lhe mostrava como “desconhecer” o próprio corpo e fazer a vida sexual genital ter como consequência um bebê que não poderia nascer a colocava numa experiência da vida sexual como algo perigoso e proibido, como ela vivia quando criança.

Enquanto me contava como escotomizava o registro das sensações corporais prazerosas, em especial as genitais, ela relembra das brincadeiras sexuais infantis o prazer que sentia ao dormir na mesma cama, aos treze anos, com o irmão de onze e de masturbá-lo e se masturbar. Dizia saber estar fazendo algo errado, mas não conseguir parar.

Este irmão era muito ligado a ela. Até os dias atuais era sustentado pela mulher e pelas irmãs. Como não tinha curso universitário e não conseguisse bons empregos, acabava sendo uma espécie de “faz-tudo” para Carla, cuidando, cada vez mais, de pagamentos, de dirigir o carro, e outros pequenos afazeres, pelos quais aceitava uma ajuda pecuniária. Assim, foi ficando claro que ela pagava ao irmão por pequenos favores e à mãe dava uma indenização por mostrar-se sexuada e mais potente que ela.

Carla vivia cada aborto como uma ameaça de morte iminente, e achava que nunca poderia sentir-se em paz porque era má. Lia livros espíritas que condenavam essa prática, e, muitas vezes, achava que seus sintomas deviam ser consequências de querer esconder sua vida sexual atual tanto da família de origem quanto do ex-marido, que, desde a separação, pagava muito pouco de pensão para a manutenção da filha. Fantasiava entrar para a ordem de Madre Teresa de Calcutá para viver servindo aos outros e não desejar mais nada, desapegada de qualquer materialidade.

Somente alguns anos depois, quando não mais se deixava engravidar a cada reaproximação de Roberto, mas, rompida com ele, namorava outras pessoas de modo quase promíscuo, suas associações conduziam à percepção de que ela, ao engravidar dessa forma, atuava a fantasia infantil de engravidar de um tio rico, que havia abusado sexualmente tanto dela quanto das irmãs. Carla relatou que, ainda criança, foi conversar com a mãe sobre a sedução do tio, mas esta fez com que promettesse que nunca mais tocaria no assunto porque este senhor era quem mais a ajudava na manutenção da casa, em especial nos cuidados médicos à filha doente - de quem ele também abusava. Essa experiência foi associada ao

horror de não poder jamais nomear o que vivia e via em especial nos quesitos dinheiro e sexualidade.

Também pudemos concluir que sua atitude sexualizada para com o irmão menor tinha, além do conteúdo fraterno incestuoso, o caráter do domínio do desejo do mais velho sobre a criança, numa atitude que mostrava uma identificação com o agressor, mas que também indicava o desejo de não se submeter ao outro o tempo todo.

Transferencialmente Carla agia repetidamente a partir de sua ambivalência quanto a reconhecer ou não as sensações corporais e os afetos associados a elas. Quando se referia às sensações prazerosas, cortava o fluxo associativo, voltando a se referir ao corpo apenas como sede de dores e perdas.

Contratransferencialmente, eu, muitas vezes, ficava perdida em meio à pletora de situações que se repetiam. Era como se as interpretações, com as quais muitas vezes ela concordava, fossem inócuas e ela precisasse me usar muito mais como testemunha das marcas de suas experiências infantis, registradas preferencialmente através da repetição da experiência de um corpo que só pode sediar sensações prazerosas se ameaçado em sua integridade, do que como intérprete de seus sintomas.

A questão da integridade corporal também se impunha como problemática devido à dificuldade em estabelecer os limites entre si e o outro. Carla estava sempre tentando oferecer o corpo para o gozo do outro, desfrutando apenas do reconhecimento de sua capacidade de agradar. Tinha muita dificuldade em lidar com a decepção estampada no olhar do outro. Nas sessões, esquadrihava o meu olhar, e se passaram mais de dois anos para ela ficar à vontade para se deitar no divã. Ela perscrutava minhas reações, registrando os ritmos de minhas intervenções, agindo como se estivesse “pregada” no meu olhar. Temia se perder de si própria caso não observasse as minhas reações. Isso era o que havia feito com o primeiro marido, que, por anos, lhe dizia como se portar e até o que sentir. Eu ficava sempre atenta à sua dificuldade em nomear o que vivia e sentia, e tomava muito cuidado para não antecipar qualquer conclusão, mesmo que me parecesse clara e plausível. Tentava leva-la a registrar suas sensações, reconhecê-las e depois, se possível, nomeá-las. Ela mal conseguia se diferenciar daqueles a quem era ligada e estabelecer limites entre o que sentia e o que era experiência do outro.

A demarcação entre os limites do seu corpo e os do corpo do outro foi reconhecida dramaticamente, quando o primeiro marido, que nunca assumiu publicamente sua prática homossexual, desenvolveu uma grave depressão depois de perder um parceiro com AIDS.

Luiz parece ter ficado muito ferido narcisicamente com a morte do amante e quis, obstinadamente, negar essa perda tentando retomar a relação marital com Carla. Sua ferida foi agravada pela negativa da paciente, e reforçada pela descoberta dela estar namorando um homem com um status significativamente maior que o seu. Passou a assediá-la, inclusive sexualmente. Muitas vezes ameaçou matar-se e a ela e à filha caso Carla não se submetesse aos seus apelos. Ela ficava confusa, paralisada e incapaz de se decidir por afastar-se ou unir-se definitivamente a ele ou ao namorado.

Luiz, num determinado momento, tentou se matar e sofreu uma cirurgia. Carla, sofrendo por vê-lo tão mal, acolheu-o em casa e passou a acompanhá-lo aos atendimentos psiquiátricos. Passou alguns meses namorando Roberto às escondidas de Luiz. Enquanto isso, a convivência diária com um homem que a ameaçava e que se tornava cada vez mais tirânico, exigindo dela uma dedicação absoluta, foi se tornando insuportável, e ela conseguiu que ele saísse de sua casa. No entanto, Luiz impunha sua presença, irrompendo a qualquer hora em seu apartamento, muitas vezes armado, ameaçando matá-la e depois se suicidar.

Ela teve que pensar em sua sobrevivência e na da filha, mas muitas vezes cedeu às demandas e ameaças do ex-marido, alternando encontros com o ex-marido e o atual namorado, vivendo em estado de alerta para que um não soubesse da relação que mantinha com o outro. Nesse momento, Roberto exibia um quadro de alcoolismo, e ela, masoquisticamente, tentava ser o objeto que supriria todas as insatisfações por que passavam os dois homens. Carla viveu, então, inúmeros dilemas, ora sentindo-se uma salvadora, ora uma mulher desclassificada, que pensava estar frígida como reação culpada por desejar sentir prazer sexual. Deixar-se usar e degradar pelos parceiros era um sofrimento recorrente, que se atualizava a cada tentativa de ruptura com qualquer dos dois parceiros.

Afastou-se, então, dos dois, e manteve algumas aventuras com homens muito ricos. Sentia falta, no entanto, da ternura que vislumbrava ser possível experimentar com Roberto, nos períodos em que ele estava abstinente do álcool. Depois de algum tempo, conseguiu impor alguns limites a Luiz e assumiu publicamente sua relação com Roberto.

Nessa época, sua filha já estava com quinze anos e gostava muito de conviver com a mãe, seu namorado e os filhos deste. Nesse momento, aconteceu em suas vidas o suicídio de Luiz. Após mais de dois anos tentando romper com a ambivalência frente a suas investidas destrutivas, Carla lhe dissera não poder se responsabilizar nem garantir sua qualidade de vida. Ele afirmou que ia se matar, ela sustentou sua posição e o homem consumou seu suicídio na manhã seguinte.

Em grande desespero, ela me contou, por telefone, como isso ocorrera. Afirmava que não ia conseguir sobreviver. Dizia que não ia mais sair de casa. Pretendia fazer de conta que nada acontecera, sequer cogitava ir ao enterro.

Eu respondi que se ela estava me telefonando para que eu tomasse ciência disso em seu lugar, porque sabia da morte e não podia negar este fato. Pedi-lhe que viesse ao meu consultório naquele dia. Ela disse que não conseguiria, mas eu insisti, afirmando que a esperaria para conversarmos, contando que ela desse um jeito de comparecer.

Carla chegou acompanhada pela filha, lamentando o ocorrido não só por si e por Luiz, mas por Ruth. Culpava-se pelo último diálogo, supondo que deveria ter ficado junto ao ex-marido para que a filha não viesse a sofrer como agora.

Eu perguntei o que a moça, que viera acompanhar a mãe, achava. Ela, num tom de voz triste, me disse que estava muito aliviada pelo pai não ter matado também a si e à mãe. Falou do horror vivido nos últimos anos, vendo a mãe se submeter e se humilhar, e de seu medo do pai matá-las num de seus rompantes. Afirmou que o que lhe fazia mal era ver que a mãe ficava destruída daquele jeito, se culpando por tudo que o pai fazia ou dizia.

Carla ainda insistiu para que a filha fizesse de terapia. Eu disse que concordava com a filha, Carla é que precisava de tratamento naquele momento. Combinei com Ruth que, se e quando ela sentisse que este fato ou qualquer outro a estivesse atrapalhando na vida, eu lhe indicaria uma terapia. Fiquei, então, a sós com Carla, que passou a dar vazão a seus terrores. Nas próximas duas semanas eu a atendi todos os dias. Nessa crise, ela apresentava distúrbios alimentares, não conseguia dormir, pensava que sua existência não tinha qualquer sentido. Temia que a única forma de acabar com seu sofrimento fosse dando cabo à própria vida, como Luiz.

Nesse meio tempo, produziu-se uma reaproximação com Roberto, que passou a namorá-la e, pouco a pouco, a ajudá-la financeiramente.

Ela foi a inventariante de Luiz e isso fez com que tivesse que se dar conta de inúmeros traços psicopáticos deste: ele havia lesado sócios, e seus negócios beiravam sempre a ilegalidade.

Carla herdou um sítio com tantas questões judiciais que precisava torná-lo produtivo para não perder seu próprio apartamento. Não conseguia, ainda, viajar para lá e nesse momento recorreu ao irmão mais novo, desempregado, que foi gerir suas terras.

As sessões desse período trouxeram à tona todas as suas fixações no período anal. Ela necessitou desenvolver sua agressividade, explorando o mundo, defendendo-se dos ataques predatórios do ex-marido, atualizados na disputa com os sócios deste, com próprio irmão e

com os advogados que constituiu inicialmente. Mais ainda, precisou tomar posse de bens para si e para a filha, mas acreditava ser necessário dividir tudo com a mãe e os irmãos. Estes visitavam o sítio, passavam os finais de semana em sua casa, enquanto ela se contava que precisava da presença deles para não ficar só e se matar. Estabeleceu, assim, novamente, uma dívida impagável, que era a da sua existência. Sentir-se viva era estar fisicamente acoplada ao outro.

Na relação transferencial comigo isso se traduziu por reiterados pedidos para que eu cruzasse com ela a Ponte Rio - Niterói, porque sabia que caso quisesse se jogar, ou se achasse que “o mundo está se fechando” sobre sua cabeça e por isso precisasse largar o carro e fugir, eu lá estaria para protegê-la e impedi-la de “cometer uma loucura”.

Senti, muitas vezes, de forma contratransferencial, o desejo de responder a este pedido, pois a atitude de Carla era colocar-me como má e impiedosa, alegando que eu gostava de vê-la sofrer. Seu desespero e desamparo eram verdadeiramente intensos.

Não me deixei levar pela compaixão, recusando-me a aderir ao seu imaginário, ao mesmo tempo em que interpretei, das mais variadas formas, seu conflito entre demarcar seus limites pessoais, ver-se inteira sem se misturar com a mãe e os irmãos, ou comigo, podendo agir e ir e vir por si mesma. Compreendi que seria necessário, para um posterior investimento narcísico, que Carla conseguisse, através da relação transferencial, demarcar o que era seu e o que era do outro, inclusive e especialmente o próprio corpo.

Nesse período, emergiram sintomas alimentares sérios: ela ficava imaginando que os alimentos se deteriorariam dentro de si, temia comer alimentos vegetais, pensando que poderiam crescer em sua barriga ou então envenená-la. No entanto, nunca deixou de se alimentar, porque tinha medo de se entregar a essas fantasias, e também de ficar fraca a ponto de ser internada, “perdendo de vez a razão”.

Pouco a pouco, desperdiçou todos os bens que o marido lhe deixara, em especial depois que montou um negócio para a irmã aposentada e o irmão, contraindo empréstimos para financiar a parte deles no empreendimento. Terminou falindo...

Retomou, então, seu trabalho de professora de artesanato, tendo para isso, reformado seu apartamento. Nesta reforma, sofreu a cada transformação arquitetônica que se fazia necessária em casa, pois até uma mudança de lugar de uma estante ou de uma parede portavam a ameaça de desorientação e de desaparecimento.

Associando seus problemas alimentares e a rigidez de contornos que precisava manter em seu lar com a imagem corporal que era percebida como frágil e facilmente desmoronável, pude ir constatando suas dificuldades em se entregar a uma relação sexual prazerosa, em que

se deixasse penetrar e continuasse inteira. Também pude articular seus temores no estabelecimento de uma dieta alimentar com a dificuldade de estabelecer critérios entre a fartura e a escassez de provisão presentes em sua vida, desde tempos muito remotos.

Nesse ínterim, houve um Natal em que ela me trouxe dois quadros - retirados da pinacoteca que herdara e depois negociara - para que eu escolhesse um como presente. Ao longo daquele ano, enquanto decidia o que vender e o que guardar como seu, me falara de um trabalho em especial, de um pintor que perdera o valor de mercado porque fizera algumas falsificações para um marchand. Ela admirava sua arte, e ficara muito penalizada por ele “ter-se deixado induzir” à fraude, o que afetara irreversivelmente sua credibilidade, fazendo com que não vendesse mais nada no mercado de arte. Contou ter colocado um dos dois quadros de sua autoria que herdara na própria casa, sempre pensando em me dar o outro. No entanto, veio à sessão trazendo o referido trabalho e uma belíssima paisagem composta por outro pintor de renome, dizendo: “você merece ganhar algo de valor”. Perguntou-me se eu não preferia a paisagem. Eu lhe disse que me parecia que ela não considerava seu juízo acertado jamais, e que não parecia disposta a me dar um presente que tinha um valor para si mesma e algum sentido em seu trabalho terapêutico comigo. Por isso, se ela queria me dar um presente, eu aceitaria o quadro do artista que não se valorizava mais, reconhecendo nele a originalidade e a beleza que o faziam valiosos para ela. A paciente mostrou-se muito aliviada. Disse-me, sorrindo, que toda vez que via essa imagem pensava que era uma síntese do que vivia na

terapia.



Ela era o ovo, que precisava de tempo para ser aberto e trazer à luz uma vida, mas isso era doloroso. Achava que seria capaz de fazê-lo porque eu era como aquele pássaro, que ficava zelando, atenta, esperando a vida surgir.

Logo depois tentou desviar a atenção do que dizia para a moldura do quadro, desmerecendo-a, dizendo que estava mofada, velha, que sequer tinha pensado em reemoldurá-la porque achava que eu ia querer ganhar o outro quadro, o qual retratava um bosque. Insistiu muito que este seria uma dádiva mais valiosa. Eu retuquei que valioso era ela trazer para mim algo que reforçava o sentido de nosso trabalho conjunto, sem disfarçá-lo com uma moldura nova, que talvez não permitisse nenhum realce às qualidades que ela atribuía àquela imagem. Comentei também que ela estava evidenciando seu desejo de se abrir para novas experiências, contando com a sustentação do trabalho analítico comigo. O efeito mais imediato desse momento privilegiado em nosso trabalho foi uma abertura às associações, mudança esta que se refletiu na possibilidade de Carla deitar-se no divã com alegria.

Ela ainda temia viajar, mas já se permitia realizar pequenos deslocamentos para fora do Rio dirigindo o seu próprio carro. Estava fazendo menos confusão com dinheiro e mantinha sua própria conta bancária, mas ainda se confundia nas relações amorosas.

Eu havia interpretado sua dificuldade em manter uma conta bancária e assinar cheques com vários episódios que ela me contara ter experimentado, todos relacionados à dificuldade em poder se apropriar de bens e à relutância em ser digna de obter e manter como próprios os objetos de seu desejo. Foram surgindo lembranças do contexto em que ganhara e perdera presentes do pai e agora de Roberto, bem como todas as dificuldades em manter os bens que sobravam do patrimônio herdado com a morte de Luiz. Ela começou a perceber que fazia isso com as gravidezes e subsequentes abortos ocorridos ao longo da relação com Roberto, quando tentava criar uma vida ao mesmo tempo em que afirmava a impossibilidade de sustentá-la.

Aos poucos, Carla começou a obter maior satisfação em sua vida sexual, embora não conseguisse estabelecer qualquer reação às críticas grosseiras que o parceiro lhe infligia quando ficava alcoolizado, o que acontecia com frequência cada vez maior. Impulsivamente, resolveu se mudar para a casa de Roberto, alegando estar cansada de ir e vir entre duas casas, das quais precisava cuidar ao mesmo tempo.

O convívio do casal foi desastroso. Viviam num grande apartamento, onde ela organizava as recepções aos familiares e amigos do companheiro, mas evitava receber sua família, da qual se envergonhava, “por serem simples e sem cultura”. Constantemente estava enviando dinheiro e pagando pelas despesas da casa materna, além de assumir alguns dos compromissos financeiros do irmão. Foi-se instalando um clima de desconfiança entre ela e Roberto. A ternura que ele demonstrava antes da coabitação foi sendo substituída por críticas acirradas e ciúmes infundados. Apesar de se imaginar dependente financeiramente do elevado padrão de consumo a que tinha acesso como companheira de Roberto, Carla decidiu romper com ele devido às humilhações desencadeadas durante as crises por que passavam, e voltar a morar unicamente com a filha.

Nesse momento, começou a namorar homens que se encantavam com sua beleza, pessoas em geral muito ricas, mas a quem não conseguia amar nem admirar o desempenho sexual. Procurava agradar aos homens, mas em geral se frustrava com o resultado desses encontros.

Roberto continuava a procurá-la, mas ela se negava a retomar o convívio com ele, temendo a repetição do mesmo sofrimento. Pediu-lhe que se tratasse, e depois de idas e vindas a diversos terapeutas, ele passou a frequentar os AA⁹, por indicação e sugestão de Carla.

Nesse ínterim, a paciente viveu uma relação com um homem que concomitantemente assediava sua filha. Tomada de angústia, percebeu, numa sessão comigo, que podia evitar que se repetisse com a filha o que se passara entre ela e a mãe, que a estimulava a seduzir homens ricos (como o tio na infância e seu cunhado, após o falecimento da irmã, quando foi cuidar dos sobrinhos) para usufruir dinheiro. Decidiu não favorecer a repetição de uma situação de abuso com sua filha. Refletindo, desde então, sobre seus limites e seus valores, resolvida a romper com a consigna materna de se entregar a um homem rico e inescrupuloso como panaceia para seus problemas, rompeu com a quase obrigatoriedade de viver sustentada por um homem.

Com o tempo, reaproximou-se de Roberto, que havia parado de beber, e estabeleceu com ele uma nova forma de convivência: ambos avaliaram o período em que viveram juntos, conversando como nunca haviam feito antes. Carla conseguiu esperar que ele a convidasse para viverem juntos, cada um estabelecendo o que considerava seu limite. Ela frequentou algumas reuniões para familiares de alcoolistas no AA, aproximou-se da família dele sem ocultar a sua. Ao aceitar ajuda de Roberto para acompanhar o padrão de vida a que ele estava acostumado não se envergonhava mais nem se sentia em dívida por receber um suporte financeiro, que permitia seu acesso até a um maior número de sessões de análise por semana.

Nesse momento também se processou uma transformação importante: Carla impôs, pela primeira vez sem culpa, limites para os pedidos da mãe e do irmão, que queriam usufruir dos ganhos que ela obtinha de seus investimentos no trabalho e em sua vida pessoal, agora enriquecida pela aproximação dos filhos e parentes de Roberto.

Os filhos deste e Ruth passaram a se considerar “irmãos”, viajam juntos para férias, enquanto Roberto readquiriu uma respeitabilidade profissional que ficara abalada no período em que abusava do álcool, parecendo gratificado por refazer os projetos de vida com Carla.

Ela também investiu em seu trabalho, ampliou o escopo deste, realizando exposições com seu trabalho artesanal e o de suas alunas. Começou, então, a sonhar proporcionar-se o direito de estudar e aprimorar seus conhecimentos artísticos. Dedicou-se à escultura, frequentando aulas em bons ateliês. Rapidamente se destacou entre os demais colegas. Numa

⁹ AA, sigla do grupo de atendimento a alcoolistas, Alcoólicos Anônimos.

primeira exposição coletiva, a peça que mais atraiu a atenção do público foi um móbile, que era uma abstração do corpo de uma mulher.

Este trabalho foi tema de meses de sessões: Carla falava da dificuldade em executar o que concebia, mas também do desafio de realizar uma escultura leve e mutável, que representasse a feminilidade.

Esse trabalho foi o primeiro da mostra a ser vendido, e tivemos que conversar muito para que ela conseguisse entrega-lo aos compradores. Ela teve uma dificuldade imensa em abrir mão daquela “mulher” construída a duras penas, para poder conceber outras peças e se debruçar sobre novos projetos. Nesse momento, já possuía uma conta bancária, que movimentava com alguma desenvoltura, raramente recorrendo a rituais para receber dinheiro ou pagar seus compromissos. Também já se depilava, tratava dos dentes, e se permitia criar, sem medo de sua imaginação. No entanto, ali, naquele fruto de sua exclusiva criação, ainda ficava depositado o medo de se colar ao objeto, não reconhecê-lo como destacável de si mesma. Finalmente, depois de quase três meses, Carla visitou a família que adquiriu o móbile, viu onde queriam colocá-lo e conseguiu se desfazer dele.

Não obstante, ficava com medo de não conseguir criar e se desligar dos objetos que viesse a produzir. Passou um tempo acumulando muitas esculturas na sala do apartamento em que antes morava com a filha, agora transformado em ateliê.

Depois de muito hesitar, resolveu aceitar umas encomendas de troféus esculpidos, que tinham forma definida e data de entrega. Ao conseguir fazê-lo, já exibia outra postura frente a seu trabalho: desistiu de trabalhar com artesanato e aulas e aderiu ao plano de Roberto, de conceber e gerir a construção de um apartamento dos sonhos de ambos, num endereço privilegiado.

Nesse ínterim, sua filha, já na universidade, decidiu estagiar noutro estado e lá morar com uma tia paterna, que ficara muito amiga de Carla, sendo reconhecida pelos cuidados que esta dispensara aos seus pais, bem como pela solidariedade exibida ao longo da vida para com toda a família do ex-marido.

Era a primeira vez que Carla ficava só, tendo que decidir sobre seu cotidiano, sem apoiar-se no fato de alguém precisar dela e de ter que se colocar num segundo plano. Inaugurou-se, então, a etapa de finalização dessa análise, instaurada ao mesmo tempo em que se procedia à construção dessa nova moradia e ao triunfo sobre o medo de andar de avião. Até então, Carla conseguira se deslocar do Rio de Janeiro algumas vezes, mas só viajava de carro, sendo ela própria a condutora.

Com saudades da filha, tentou enfrentar seu pavor de andar de avião. Falava disso tremendo de medo, achando que ia querer se evadir em pleno voo, imaginando que seria contida com uma camisa de força e depois internada. A cada conquista na exploração do mundo e de suas habilidades para nele viver melhor, Carla tinha momentos de desespero, exibindo um estado regressivo, em que se queixava de sentir como se a abóbada celeste fosse se fechar e seu mundo acabar. Nessas horas, ficava com medo de morrer, e se diagnosticava como portadora de doença do pânico.

Desenvolveu uma hipocondria: lia todas as reportagens sobre doença nas revistas semanais e listava seus sintomas, exibindo extremada exacerbação da sensibilidade tátil e proprioceptiva. Ficava com medo de retomar suas “manias”. Estas, quando ressurgiam, eram percebidas como sem nenhum sentido, e por isso a paciente ainda se assustava quando eu levantava alguma hipótese interpretativa.

Apesar da explosão da sintomatologia somática, de seu aparente não sentido, da tentação recorrente de recorrer à medicação para abafar o sofrimento, Carla desenvolveu um sentimento de gratidão por eu nunca ter julgado seus comportamentos nem desistido de buscar um sentido para os mesmos. Isso fazia com que tivesse esperanças de sentir-se viva e livre. Sentia-se presa a fantasias que a faziam incapaz de escapar ao medo de subitamente morrer louca ou sem um corpo pulsátil. Ao final de algumas sessões ficava tonta, com falta de ar, e, mais de uma vez, retornou ao consultório depois da sessão terminada, com medo de não conseguir chegar viva em casa. Nessas ocasiões, falava comigo nos intervalos das sessões, para se re-assegurar da sua capacidade de ir e vir, perguntando se eu ia enviá-la para tratamento psiquiátrico. Ficava aliviada quando eu simplesmente lhe oferecia uma nova sessão.

Nesse momento, o medo de andar de avião, que eu interpretava como medo de se afastar do controle do ambiente materno, limitado e limitador, de deixar-se levar para novas e desconhecidas experiências, começava a intervir em sua vida também com Roberto, que não conseguia viajar com ela para nenhum lugar. Enfrentou, então, pequenas viagens aéreas, para ver a filha e visitar parentes do marido, desenvolvendo técnicas para não sentir nem pensar nada: desde fazer uso de medicação ansiolítica, até levar uma caderneta para desenhar durante o voo, caso não conseguisse relaxar. Mas Roberto queria viajar para o exterior e não mais aceitava suas recusas, tendo em vista que ela estava viajando em condições mais precárias que as de um voo internacional. Ela não conseguia lhe dizer que seu medo era de querer retornar tão logo chegasse ao destino, caso suportasse viajar sem causar um escândalo no avião. Temia

a desorientação, a vertigem, ao se achar num lugar estranho, e queixava-se da recorrente sensação da abóbada celeste se fechando sobre sua cabeça.

Nesse contexto, descobriu, através de um clínico geral, um curso oferecido por uma companhia aérea num aeroporto, em que se apresentavam as condições de voo e as diversas formas de lidar com ela. Participou desse evento, e concluiu que queria enfrentar seu medo, porque estava em tratamento há muitos anos e viajaria com o homem que amava. Considerava ainda necessário prestar atenção ao que sentia, para poder falar sobre isso na análise, porque desta forma tinha se visto livre do medo de se diluir em suas fezes, embora não se conseguisse precisar quando isso ocorreria.

Marcou a viagem, e ansiosa, tentou, na feitura da mala, estabelecer limites para sua ansiedade. Só então me contou que nas pequenas viagens em âmbito nacional, levava retratos e objetos dos quais achava que não conseguiria se separar. Desta feita, temia que o parceiro descobrisse seus “truques”. Inventariamos a função imaginária de cada um desses objetos, e ela foi se dando conta que eram objetos relacionados ao medo de morrer de frio, de fome, ou de não poder rever a família. Isso foi relacionado ao seu medo primitivo de ficar sozinha e sem recursos de sobrevivência longe da mãe.

Carla partiu para Nova Iorque. Daí a uma semana, me telefonou de manhã cedo. Perguntei-lhe o que estava acontecendo e ela disse: “Nada. Eu quero agradecer a você, pela paciência que tem tido comigo, porque senão eu não estaria num hotel em frente ao Central Park, já pensando numa próxima viagem... Quando chegar, te conto”.

Ao voltar, me presenteou com uma caixa delicada com pequenos perfumes, cremes, sais de banho, e sachês, comprada numa loja muito exclusiva.

Relatou suas impressões de viagem, permeadas da alegria de não sentir medo, de percorrer museus, restaurantes, ruas, parques, o comércio, podendo se presentear sem culpa, sem se obrigar a oferecer à família tudo o que estava adquirindo. Deu-se conta de estar vivendo emoções que eram só suas, cujo desdobramento só dependia dela mesma. Disse que por isso teve o impulso de me telefonar: para me dizer que a impressão que tinha era de que o mundo estava se abrindo naquele momento.

Nos meses subsequentes, Carla retomou o trabalho de escultora, realizou exposições fora do Rio, vendeu o fruto de seu trabalho e preparou a mudança de apartamento, estabelecendo uma rotina de vida muito mais plástica e criativa do que jamais vivera. Sentia-se uma mulher madura e valorizada, e começava a pensar em seguir vivendo sem o recurso dos encontros comigo. Conseguiu submeter-se a um tratamento estético, e descobriu que podia enfrentar o medo do envelhecimento porque concebia a vida como composta de perdas

e ganhos. Acreditava ser capaz de estar ao lado de Roberto lidando com as diferenças que sentia na avaliação que cada um fazia das experiências que compartilhavam.

Marcamos, assim, o final de nossos encontros para a época do Natal. Ela falava em fazer uma escultura para me dar de presente, mas estava muito assoberbada com as encomendas de trabalho. Em sua última sessão me trouxe outro perfume de presente. Disse que um dia iria fazer uma escultura para mim, mas só quando tivesse inspiração.

Eu lhe disse que ela podia agora compartilhar comigo a alegria de sentir e usar uns cheirinhos gostosos, femininos, que enfeitam e reforçam o prazer de sentir o próprio corpo, e talvez isso tenha sido uma conquista importante: oferecer ao outro algo bom, que não nos exija nenhum sacrifício, nem nos faça abrir mão de algo que queremos manter como nossa posse.

No Natal seguinte, Carla me telefonou para me cumprimentar e dar notícias: disse que o ano passara muito rápido, que fizera outras viagens, outros trabalhos, e que estava vivendo novas experiências junto a Roberto. Gostaria de ter tido tempo para fazer a minha escultura... Mas também gostaria que eu soubesse como tinha aproveitado sua análise comigo.

Passaram-se três anos. Ela novamente me telefonou para me cumprimentar falar da satisfação em fazer análise. Disse que não consegue explicar para ninguém como foi essa experiência. Nessa conversa, pedi sua permissão para relatar seu caso clínico numa tese. Ela revelou, então, ter sonhado, nesta semana que falava comigo, que gostaria que outras pessoas pudessem aproveitar do que lhe fora tão útil. Gostaria de contar sua análise para algumas pessoas entenderem como é um trabalho diferente do que costuma ser retratado em filmes e na TV, mas não sabia contar e acordara. Disse-me, ainda, que muitas vezes tinha sentido vontade de me falar sobre esse pensamento que lhe ocorria durante ou logo depois de uma sessão. Nunca comentara comigo sobre essas idéias, mas achava muito interessante eu estar lhe pedindo essa autorização e concordava com o relato do caso.

Creio que este foi outro presente que Carla me deu: a possibilidade de repensar, relatando sua história, a relevância do resgate de um “tempo sensível”¹⁰ na relação analítica. Carla, ao procurar análise, se encontrava paralisada a ponto de seus movimentos serem ameaçadores tanto do ponto de vista oral, quanto anal e fálico. O ritmo por que pautava sua rotina era o da evitação de qualquer sensação que pudesse despertá-la para o desejo, para tomar posse de seu corpo e dos desejos que o habitavam. Ela carregava uma imagem de si completamente destruída, compreendendo com sinais invertidos os anseios pelo futuro e pelo

¹⁰ Este é o tema de um grupo de estudo coordenado pela psicanalista Ivanise de Azevedo Fontes, que tem colaborado para a valorização do viés sensorial que orienta a minha escuta nessas patologias contemporâneas.

contato prazeroso com o outro. Um dos elementos que me ajudaram no trabalho terapêutico com esta paciente foi levar em consideração, como Dolto e Winnicott, a sua necessidade de construir uma transicionalidade na relação analítica, enfrentando o medo de desaparecer, ao desistir de viver adaptativamente - através da submissão ao desejo ambivalente e contraditório da mãe e de seus objetos substitutos.

Este relato poderá ser enriquecido, ao longo desta tese, com vinhetas clínicas. Gostaria que ele servisse de guia, como o cheiro da “*madeleine*” de Proust, na busca de um tempo primitivo, encravado na memória corporal, que é a base do que podemos criar, caso sejamos capazes de acolhê-la e reinventá-la. Num artigo recente¹¹, o poeta Ferreira Gullar expôs, com o vigor de sua pena, a força da sensorialidade na criação poética, que por extensão, creio poder creditar à criação num sentido mais amplo. Conta-nos ele:

“E digo mais: o poema não é a expressão do que se viveu ou experimentou. Se eu sinto um cheiro de jasmim na noite e escrevo um poema sobre esse fato, o que faço não é expressar tal experiência, mas, na verdade, usa-la como impulso para inventar uma coisa que não existia antes: o poema, o qual se somará a todas as galáxias, planetas, cometas, oceanos e tudo o mais que exista no universo. E o universo será, a partir de então, tudo o que já era mais aquele pequeno agregado de palavras, nascido de um perfume (Ferreira Gullar, 2005)”.

Pretendo que este relato clínico, que se encerra com fragmentos sensórios, como o som das vozes num telefonema de Natal, um agradecimento em forma de perfume, possa - mais que ilustrar- servir de guia para minha reflexão sobre a importância de, em nossa atividade clínica, permitir a invenção e reinvenção das subjetividades, a partir da apropriação pelo paciente da própria sensorialidade. Creio que isso ocorrerá caso ele consiga contar com um “acolhimento sensível” e discriminado nas “pequenas percepções” por parte do terapeuta¹². Estas, certamente, direcionarão sua atenção flutuante e nortearão as intervenções terapêuticas.

¹¹ Em Folha de São Paulo, Ilustrada, 19 de junho de 2005.

¹² “Pequenas percepções” é uma expressão cunha da por José Gil (1996) para definir uma forma de apreensão do real que não está articulada a um sistema representacional.

2 A EMERGÊNCIA DA SUBJETIVIDADE OU “COMO A ALMA VEM AO CORPO”

A teoria em que nos apoiamos para compreender os indivíduos e descrever seu psiquismo, isto é, sua forma de se relacionar com o mundo, vai infletir em nossa capacidade de conceber a subjetividade e determinar o escopo das intervenções possíveis num determinado momento da história individual.

Penso que a concepção winnicottiana de um psicossoma favorece que possamos considerar a força do registro corporal na experiência de sentir-se vivo, na possibilidade de geração de sentidos mudos, porque emergentes num período anterior à aquisição da palavra, porém operantes nas interações do sujeito com o mundo.

Tendo em vista que, simultaneamente à experiência narrada, e para além dela, um precipitado de emoções facilita ou impede a expressão subjetiva, resolvi, neste trabalho, defender a importância do resgate da sensorialidade na relação transferencial, considerando que, nas etapas primitivas da formação do psiquismo, o universo sensorial desempenha - como pretendo ilustrar aqui - uma função de protagonista da cena psíquica. Podemos constatar, quando nos propomos a tratar o sofrimento psíquico capaz de engendrar patologias, a presença de uma imensa gama de sensações tão atuantes no presente quanto nos momentos primordiais da constituição das subjetividades. Isso fica mais evidente nos casos convencionalmente chamados de “novas doenças”, caracterizados pela explosão de sintomatologias somáticas, pela dificuldade em representar e, portanto, em verbalizar, bem como pela reiterada queixa de falta de sentido para viver.

Nesse capítulo quero fazer referência às fontes teóricas em que me apoio para assinalar a necessidade do analista buscar, ao longo do tratamento, a criação de possibilidades para a emergência de uma experiência nova no *setting*, resultante do estabelecimento de uma experiência intersubjetiva doadora de sentido e produtora de um efeito organizador¹³ para a subjetividade do paciente. A palavra “encarnada”¹⁴ precisa ser experimentada como capaz de propiciar a emergência de sentidos não só conhecidos (atualizados pela repetição pulsional) como também competentes para criar novos sentidos na vida daqueles que demandam um atendimento psicanalítico.

Isso será mais bem discutido, no quarto capítulo, quando defenderei a importância da construção na relação analítica e seu valor terapêutico preponderante sobre a interpretação

¹³ Prefiro falar em organização do eu a utilizar o termo “retificação subjetiva”, tendo em vista que muitos dos indivíduos que vêm à análise ainda não se constituíram subjetivamente ou desenvolveram o que Winnicott chama de um falso self que encobre seu verdadeiro self.

¹⁴ Refiro-me à noção de “carne” desenvolvida por Merléau-Ponty em sua concepção fenomenológica.

nessas patologias distintas das neuroses clássicas. Penso ainda ser importante destacar a limitação da interpretação que busca um sentido previamente articulado numa teoria produzida no interior de um campo teórico historicamente contingente, que aprisiona as subjetividades a modelos que não necessariamente correspondem à dinâmica com que se organizam as ações individuais sobre o meio e as trocas entre um organismo e seu entorno.

O pensamento de Winnicott pode amparar o ponto de vista que ora exponho, tendo em vista que se trata de um autor, cuja construção teórica é fortemente sustentada pela clínica de casos “difíceis”. Sua obra, muitas vezes, serve de pano de fundo ou de base para outros autores em que me apóio na defesa da importância do sensorial na constituição subjetiva.

Até poucos anos atrás, a psicanálise trabalhava com algumas mitologias sobre o bebê e sua mãe. Hoje, a observação desenvolvida por médicos e psicólogos que lançam mão de artefatos tecnológicos cada vez mais potentes para pesquisar os primórdios da vida humana, nos permite avaliar, avalizar ou rejeitar algumas daquelas intuições sobre as origens do psiquismo e seu desenvolvimento.

Entre os psicanalistas do século passado, Winnicott, cuja formação original foi pediátrica, já lançava as bases de uma articulação entre a psicologia do desenvolvimento humano e a psicanálise. Ele demonstrou que a erotização do bebê humano é o resultado dos cuidados materno-infantis, quando estes são bem sucedidos. Através das trocas afetivas, que acompanham o atendimento às necessidades básicas do infante, a mãe permite que a criança “crie” um sentido de continuidade do seu ser e registre esse sentido muito antes da capacidade de representá-lo psiquicamente (Winnicott, 2000: 222-225).

Na atualidade, trabalhos de pesquisa sobre o desenvolvimento do bebê e sobre a clínica, como os de Daniel Stern, corroboram algumas das posições defendidas por Winnicott, de um movimento de ordem vital, que orienta a busca dos objetos e a sua própria criação. Em suas pesquisas com os bebês recém nascidos, Stern (1992) mostra como estes desenvolvem distintos sentidos de eu, através de um processo de troca com o meio, o que vem fortalecer as afirmativas winnicottianas de um registro corporal que faz do corpo e de partes deste mais do que uma base ou apoio a funções representacionais que se inscreveriam a posteriori.

Segundo Stern, a partir da ação corporal e do registro de seus efeitos desenvolve-se o que chamou de sentidos de eu¹⁵, que se apresentam muito antes da autoconsciência e da linguagem”. Tais sentidos “estabelecem os fundamentos da experiência subjetiva do

¹⁵ Benilton Bezerra Jr., em conferência dia 23/09/05 no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, comenta como a expressão *senso* poderia ser substituída por *senciência*, que seria um vocábulo que descreveria melhor a experiência de sentirem-se vivos. Seres sentientes, categoria à qual pertencem os mamíferos, são aqueles capazes de ter a experiência de estar no mundo (em inglês, *senscience*).

desenvolvimento social normal e anormal” (Stern, 1992: 40-5). Esses sentidos de eu correspondem à experiência direta do bebê (não auto-reflexiva), constituindo-se num padrão invariante de consciência que surge apenas no momento das ações ou processos mentais dos bebês, isto é, são experiências subjetivas de organização do que mais tarde será percebido e verbalizado como um eu.

Na observação de bebês, há dois períodos em que se notam grandes mudanças, que correspondem a saltos organizacionais registráveis em diversos níveis de funcionalidade, tanto fisiológicos como subjetivos. Eles ocorrem entre os dois e três meses (em menor grau entre os cinco e seis meses) e entre os nove e os doze meses. Nesses períodos há um intercâmbio entre a aquisição de novas capacidades de percepção e ação por parte do bebê e da atribuição de sentido por parte dos pais.

Stern enfatiza que os bebês começam a experienciar um senso de eu emergente desde o nascimento, estando predispostos a ter consciência dos processos auto-organizadores. Assim, afirma que, contrariamente a algumas mitologias sobre as origens do psiquismo, não há confusão absoluta entre eu e outro no começo e que não existe a experiência de um autismo de base, ou de simbiose, exceto em situações patológicas.

Stern relata a existência de um senso de eu nuclear e o registro de experiências subjetivas depois de existir a percepção de um outro nuclear. Com isso, as experiências de união são concebidas como resultado bem sucedido de uma organização ativa da experiência do “eu-com-o-outro” (sic). A ênfase, então, é posta nas ações do bebê em seu meio, sublinhando-se que entre os nove e os dezoito meses esta atividade adquire a característica de visar ao mesmo tempo à libertação do cuidador primário e a busca de uma união subjetiva com o outro.

Dessa forma, Stern defende que o bebê exerce tarefas de organização de um eu que não podem ser encaradas como ligadas unicamente a fases do desenvolvimento, mas como “questões para toda a vida”, “operando essencialmente nos mesmos níveis em todos os pontos do desenvolvimento” (idem: 7). Os sentidos de eu, que crescem e coexistem ao longo da vida, não correspondem a fases e sim a uma perspectiva de organização subjetiva primária, que organiza a experiência social. São descritos por ele quatro sentidos de eu:

O senso de eu emergente: formado entre o nascimento e dois meses,

O senso de eu nuclear, constituído entre dois e seis meses de idade.

O senso de eu subjetivo, desenvolvido entre os sete e os quinze meses.

O senso de eu verbal, que surge após os demais.

Cada novo senso de eu define a formação de um novo domínio da forma de se relacionar do indivíduo e se constitui através de mudanças qualitativas na experiência social, sendo assim formas primitivas de experiência social que permanecem intactas por toda a vida. A perspectiva funcional descrita por Stern enriquece a observação psicanalítica, uma vez que permite a localização das patologias numa experiência de auto-organização falha, que apresenta questões ao longo de toda a vida e não restringe as patologias a atividades que se mantiveram fixadas em períodos ou fases do desenvolvimento de forma mais ou menos estáticas. Trata-se, nesta perspectiva, de levar em consideração como se instituíram e continuam a atuar nos “domínios do relacionar-se” (idem: 7-29), que se desenvolveram a partir de padrões de organização primordiais.

Stern advoga que tal visão teórica nos permite pensar num bebê clínico, narrado, que pode não ser unívoco ao bebê que foi o paciente do ponto de vista observacional, mas pode corresponder à compreensão daquilo que foi experimentado no processo de constituição subjetiva do indivíduo.

Também há observações de bebês pelo método Esther Bick, os trabalhos com pacientes autistas, desenvolvidos por Francis Tustin, assim como a clínica com bebês e crianças, exposta por autores como de Françoise Dolto e Geneviève Haag, vêm mostrar, empiricamente, como coexistem registros simbólicos pré-verbais e verbais estabelecendo-se uma trama cuja marcação é eminentemente sensorial.

Para Dolto, a experiência sensorial do bebê é o que imprimirá o sentido afetivo, emocional, e, portanto, singularidade à experiência pessoal. Ela pode afirmar que, em psicanálise, “tudo é linguagem” (Dolto, 2002), e entender que a narrativa da experiência infantil que opera simultaneamente a outras aquisições de competência, alimentará a possibilidade de ampliação da experiência subjetiva. Por isso, exemplifica, ao longo de toda a sua obra, como o registro corporal precoce é um elemento fundamental nas trocas entre o terapeuta e o paciente.

Dolto (1991) advoga que para o bebê reconhecer-se como sendo um eu, precisa ser visto de forma especular por um outro capaz de refleti-lo como uma forma sensível e não apenas visível.

Nasio (1991:33-35) assinala que esta é uma divergência fundamental da autora em relação à posição lacaniana relativa ao estágio do espelho: para Dolto, a superfície do espelho não é plana, visualmente refletora, nem uma experiência inaugural de uma unidade que só seria adquirida mais tarde ao nível simbólico.

Esse comentário, a meu ver, mostra que Dolto tem uma posição teórica e clínica bastante próxima da desenvolvida por Winnicott. Como ele, ela concebe a criança como possuidora de um corpo coeso e contínuo, não-fragmentado, que vai ser modelado e individualizado pela imagem especular tanto quanto por outros meios que contribuem para individualizar o corpo. Assim, a experiência infantil do espelho teria o imenso valor de ser a da prova de que a criança não é aquela imagem ali refletida, visto haver uma contradição entre a imagem inconsciente de seu corpo e aquela que lhe é reenviada pelo olhar e fala do outro. Ao invés de ser, como na perspectiva lacaniana (Lacan: 1998: 97), a jubilatória descoberta de conexão das partes do corpo, a experiência especular, que Dolto compreende como um dos elementos estruturantes do eu da criança, é muito mais que uma experiência escópica de reflexo, aparecer e desaparecer. É a experimentação do discernimento entre ela e sua imaturidade face ao adulto, é o reflexo da inadaptação da imagem do corpo ao esquema corporal. Trata-se, para a autora, de uma experiência simbolígena porque mostra um espaço vazio entre o que o infante experimenta e o que o adulto nomeia. Dolto assinala que a experiência especular tanto pode integrar como mutilar ou abolir a imagem inconsciente do corpo, sendo sua função a de produzir um recalque (1991:39-40). Para ela,

“A imagem do corpo é aquilo onde se inscrevem as experiências relacionais da necessidade, do desejo, valorizantes e/ou desvalorizantes, ou seja, narcisantes e/ou desnarcizantes. Estas **sensações** valorizantes ou desvalorizantes manifestam-se como uma simbolização das variações de percepção do esquema corporal, mais particularmente, daquelas que introduzem os encontros interhumanos, dentre os quais, o contato e os dizeres da mãe são predominantes” (1992:27, grifo meu).

A função da imagem do corpo, que potencialmente comunicará uma criação fantasmática, sustentadora da percepção de um corpo próprio separado do corpo materno, terá como destino posterior à experiência especular a experiência da castração edipiana.

Dolto diz que:

“na criança, ao longo dos três (ou quatro) primeiros anos, ela se constitui em referência às experiências olfativas, visuais, auditivas, táteis, que têm valor de comunicação à distância, sem corpo a corpo, com os outros: a mãe inicialmente, mas também as outras presenças de seu meio” (1992:28).

Ela assinala ainda, que esta experiência sensorial “é recoberta pela lembrança de uma relação simbólica já estabelecida” (1992: 28).

Segundo a autora, a função materna será estabelecer condições para que o esquema corporal, lugar da necessidade, da sobrevivência biológica, se entrecruze com a imagem do corpo, lugar do desejo. Assim, para ela, na experiência especular a criança estabelece o narcisismo primário, que permitirá a introjeção das relações humanas, que, num processo contínuo, desembocará no estabelecimento do narcisismo secundário, quando a criança funda a diferença entre seu corpo vivo e um objeto, uma coisa.

Assim sendo, a noção de imagem do inconsciente do corpo é, para Dolto, a de um “lugar de emissão e recepção das emoções humanas languageiras” (1992,37). Essa imagem apresenta três aspectos dinâmicos: imagem de base, imagem funcional e imagem erógena, que modelarão sensorialmente a percepção de um corpo vivo e o narcisismo do sujeito, a cada estágio evolutivo.

A imagem de base é o que permite que o indivíduo construa uma continuidade narcísica, a “mesmice de ser” (idem: 38) no tempo e no espaço, instaurada desde a vida fetal (período de um narcisismo primordial, momento em que existem poucos ou nenhum dos recursos expressivos), desenvolvendo-se e formatando-se a cada estágio da vida. Com o nascimento, a imagem de base torna-se respiratória-olfativa-auditiva, uma ‘imagem aérea de base’. Acrescenta-se a esta uma terceira, a imagem de base anal, ligada à retenção ou expulsão da parte inferior do tubo digestivo mais seu meio circundante de massa que constitui a bacia, com uma representação tátil das nádegas e do períneo. Dolto comenta a importância dos cuidados maternos na constituição da “arquitetura” corporal, a partir da aceitação ou recusa maternas da erogeneização destes lugares funcionais.

O segundo componente da imagem corporal - a imagem funcional - é estênico, é o da mobilização para a realização de um desejo, e significa um enriquecimento nas possibilidades relacionais do sujeito. Já o terceiro elemento, é associado a uma determinada imagem funcional do corpo, “lugar onde se focaliza o prazer ou o desprazer na relação com o outro” (1992:44). Diz respeito a formas côncavas, ovais, bolas, traços, buracos dotados da capacidade de emissões ativas ou recepções passivas, com fins agradáveis ou desagradáveis (Dolto, 1992: 37-47).

Para a autora, a função e a garantia de uma coesão narcísica ocorrem através do remanejamento dinâmico destes três componentes da imagem corporal, através de experiências simbolígenas, sendo a imagem do corpo “uma síntese, em constante devir destas

três imagens, de base, funcional e erógena”, que se atualiza como “o desejo de ser, de perseverar em um advir”. Por estas características, a imagem de base do corpo é tensão e intenção e está aberta ao desconhecido, não tendo representação própria. Corresponde ao “trajeto de um desejo, dotado de um sentido, indo em direção a um objetivo” mediado pelas zonas erógenas, a partir das quais, o desejo se lança, como os traços pontilhados num desenho infantil de balística traçam o percurso entre o projétil e o alvo (Dolto, 1992,44-45). A imagem dinâmica pode ser suprimida num indivíduo durante estados fóbicos, quando o objeto fóbico surge para obstruir a função da imagem dinâmica, que é orientar o percurso do desejo (idem, 1992,45-47).

Também a obra de Anzieu, em especial seu conceito de Eu-Pele, amparam a perspectiva de se considerar uma ruptura com uma visão clínica em que se privilegie o espaço representacional sobre a experiência vivenciada sensorialmente, conferindo à sensorialidade um valor de guia para a captação do funcionamento inconsciente dos pacientes.

Anzieu valoriza a concepção freudiana sobre um ego cindido, mostrando que seu substrato inconsciente é primordialmente corporal, sendo a pele o lugar privilegiado do registro de um Eu. Observando a origem histológica tanto do cérebro quanto da pele, ele defende a idéia de que a pele antecipa, no plano do organismo, a complexidade do Eu no plano psíquico (Anzieu, 1989:15). Considera-a o principal órgão dos sentidos, não só pela precocidade de seu aparecimento embriológico, como por ser um sistema de órgãos dos sentidos (tato, pressão, dor, calor) em estreita conexão com outros órgãos dos sentidos externos (ouvir, ver, cheirar, degustar). Advoga que a pele permite que o organismo humano constitua um sistema sensível, capaz de desenvolver trocas de funções com o meio ambiente sob a forma de uma dupla retroalimentação. Assim, ela recebe sinais e códigos diversificados, participando das trocas metabólicas, preenchendo uma série de funções essenciais relativas ao corpo vivo, tanto protegendo o organismo das agressões exteriores, como captando e transmitindo excitações e informações úteis à manutenção de sua continuidade espaço-temporal e da individualidade. A capa de pele que recobre todo o corpo assegura, assim, uma função de pára-excitação: através de suas qualidades táteis, térmicas e olfativas torna-se um suporte para as pulsões de apego e também uma zona erógena privilegiada entre os humanos (idem: 17). Ela, além disso, tem um funcionamento que caracteriza a paradoxalidade psíquica: ao mesmo tempo em que protege o indivíduo das perturbações exteriores e mantém o equilíbrio de nosso meio interno - por intermédio de sua textura, coloração, marcas e cicatrizes - conserva a marca das afecções deste meio externo. Anzieu chega a afirmar que a pele é mais do que um órgão (Anzieu: 15-20, 1989); constitui um sistema de trocas não

verbais, exercendo, através de suas características flexíveis e adaptáveis, a função de, simultaneamente, separar e unir os diferentes sensoriais, o que lhe confere uma característica de transicionalidade, de entremeio. Assim, o autor afirma que:

“As mutilações da pele - às vezes reais, mais freqüentemente imaginárias – são tentativas dramáticas de manter os limites do corpo e do Eu, de estabelecer o sentido de estar intacto e coeso” (Anzieu, 1989, 23).

Anzieu explicita sua inspiração na obra de Bowlby, destacando a importância de uma mãe que corresponda à primeira pele do bebê, que através do apego a manteria a uma distância acessível. Com isso, ela exerce uma função protetora face às agressões do entorno. O autor também se inspira explicitamente na descrição feita por Winnicott, dos fenômenos transicionais, que, para ele, podem ser pensados como efeitos do apego. Assinala, então que a pele mostra-se um sítio privilegiado para o registro da experiência intersubjetiva de construção dos espaços interno e externo ao eu (Anzieu, 1989: 29).

Portanto, para Anzieu, a pele é o fator unificador da experiência corporal (Anzieu, 1989: 41), e por sua superfície se inscrevem os sentidos proprioceptivos, que estimulam o pensamento e a idéia de continente e de conteúdo. A estimulação e a comunicação provocadas pelos cuidados maternos no corpo do bebê, ficam inscritas na superfície como traços, conferindo um padrão mínimo de segurança de base para a instauração posterior do auto-erotismo e da atividade sexual adulta.

Isso é o que lhe permite afirmar que:

“Desta origem epidérmica e proprioceptiva o Eu herda a dupla possibilidade de estabelecer barreiras (que se tornam mecanismos de defesa psíquicos) e de filtrar as trocas (com o Id, o Superego e o mundo exterior)” (Anzieu, 45, 1989), conservando “à maneira de um palimpsesto, os rascunhos rasurados, riscados, reescritos, de uma escrita “originária”, pré-verbal, feita de traços cutâneos” (idem: 120).

Anzieu, assim, inspirado num vitalismo que caracteriza a obra winnicottiana (Plastino, 2005), com o conceito de Eu-Pele, descreve pormenorizadamente a instauração de processos de subjetivação antecipados por Winnicott no trabalho de 1962 sobre a evolução do eu. Neste, ele descreve o que chamou de processo de “personalização”, afirmando que o ego se inicia quando a mãe, ao satisfazer as necessidades básicas de seu bebê, lhe permite viver uma “breve

experiência de onipotência”. Ao dedicar-se exclusivamente a seu bebê, a “mãe suficientemente boa” satisfaz as necessidades da criança de forma que o bebê não perceba que há outro eu em ação, ambos constituindo uma unidade. Por isso, ele acha que a descrição dos bebês nos estágios primitivos é indissociável da observação do relacionamento da mãe com este ser imaturo. Ela deverá ser capaz de se identificar com as ansiedades inimagináveis desse bebê e traduzir isso na forma com que se dedica aos cuidados corporais¹⁶.

Essas “ansiedades inimagináveis” são aquelas que caracterizarão as patologias em que o ego se desorganiza, como as psicoses, cujo aflorar aponta para falhas graves no apoio ao ego nesses estágios primitivos, em que o eu ainda não se distinguiu do não eu. Ultrapassar essas ansiedades impensáveis, que são sentidas como medo de desintegração, de cair para sempre, de não ter conexão alguma com o corpo e de carecer de orientação, é tarefa processual, desenvolvida em presença de um cuidador não intrusivo, que favoreça o desenvolvimento de um ego que possa se integrar em contato com o ambiente. Winnicott, ao descrever este processo de personalização, assinala que a mãe é que vai, paulatinamente, apresentar os objetos à criança, para facilitar sua adaptação a eles. Assim, para a criação de um narcisismo primário assegurador da emergência de um sentido existencial, ele relaciona três fenômenos do crescimento do ego, associados a três aspectos da relação mãe – bebê: o cuidado da criança (que chama de “*holding*”, favorecedor da integração), a personalização (desenvolvida por meio do manejo do ambiente, designado por “*handling*”) e as relações de objeto (os objetos externos serão diferenciados dos objetos subjetivos através de uma modulação materna) (Winnicott, 2000: 56-59).

Posteriormente, Anzieu chama atenção para o contato corporal ser mediado pela pele, que servirá de invólucro para a construção das noções de interno e externo, de dentro e de fora, constituindo um envelope narcísico que assegura ao psiquismo a certeza e a constância de um bem estar de base. Sua definição de Eu-Pele é a seguinte:

“Por Eu-Pele designo uma representação de que se serve o Eu da criança durante fases precoces de seu desenvolvimento para se representar a si mesma como um Eu que contém conteúdos psíquicos, a partir da experiência da superfície do corpo. Isto corresponde ao momento em que o Eu psíquico se diferencia do Eu corporal no plano operativo e permanece confundido com ele no plano figurativo” (Anzieu, 44, 1989).

¹⁶ Observação coincidente com a de Daniel Stern nos anos 90.

Ao valorizar a função de interface da pele entre o exterior e o interior, Anzieu defende que na pele se inscreveria uma forma de pensamento sensível, um protopensamento instaurado nessa reflexividade sensorial. Isso porque esta interface é o que propicia que a pele tenha a função de estabelecer barreiras nas comunicações primárias entre o indivíduo e o mundo, criando relações significantes, que ficam marcadas nos traços remanescentes em sua superfície (idem: 69).

O registro sensorial do contato com a mãe, que, ao mesmo tempo em que excita libidinalmente o bebê e lhe passa informações necessárias à manutenção da vida, institui, portanto, contatos significantes, que determinam a forma como será “envelopado”¹⁷ o psiquismo. Assim, apenas quando houver alguma simetria complementar no atendimento às necessidades básicas, haverá a possibilidade do aparecimento de uma ilusão de onipotência tranqüilizadora, provocadora da sensação/fantasia de existir uma pele comum entre a mãe e o bebê. Cumpre notar, porém, que, para um desenvolvimento sadio do bebê, na superfície da pele infantil o domínio será o das trocas excitantes e na superfície epidérmica materna deverá ser o das trocas de significações. Em casos de um contato epidérmico intrusivo, até mesmo mutilador da construção das barreiras do Eu, tanto pode a criança desenvolver a imagem de uma pele invulnerável e reforçada, quanto construir a estampa de uma pele arrancada e ferida, o que nos fornecerá pistas importantes sobre o estado mais ou menos frágil de sua organização egóica.

Anzieu desenvolve, a meu ver, de forma muito eficaz para a clínica contemporânea - que ele mesmo considera um trabalho terapêutico com “doentes que sofrem de uma falta de limites” (Anzieu, 1989: 8) - a noção de “envelopes psíquicos”. Estes marcam diferentes aspectos da constituição do eu, a partir de suas possibilidades de filtragem das estimulações entre consciente e inconsciente, entre memória e percepção e entre quantidade e qualidade.

Baseando-se no texto freudiano de 1923, “O Eu e o Isso”, o autor apresenta a noção de que o eu é um “envelope psíquico”, não só uma bolsa continente, mas também transmissor e receptor de informações entre o indivíduo e o meio. Desenvolve pesquisas no sentido de mostrar que o sistema sensível, que é a pele, demonstra características inexploradas por Freud quando falava da base corporal do eu, tais como as sensações térmicas e as trocas respiratórias. Estas se dão no contexto de uma bipolaridade tátil, o que faz com que a pele permita que aquele que toca experimente simultaneamente a sensação de ser tocado, podendo ao mesmo tempo tocar, sendo simultaneamente o sujeito e objeto de uma mesma experiência.

¹⁷ Na pesquisa sobre as funções do Eu-Pele (1989[85]), Anzieu cita detalhadamente nove funções, cada uma constituindo um envelope psíquico.

(Anzieu, 94-97, 1989). Assim, afirma que “a comunicação originária é, na realidade, e mais ainda na fantasia, uma comunicação direta, não mediada, pele a pele” (idem: 110).

Essa característica de não mediação é o que nos permite entender a instauração do mecanismo de identificação primária, do narcisismo primário e a constituição de um psiquismo originário, baseados numa forma de apreensão “magmática” do real, em que “algo” pertence ao indivíduo antes de seu encontro com a cultura não é necessariamente um fato da linguagem (Plastino, 70-71, 2001).

Compartilhando este ponto de vista, Maia, discutindo a emergência de sentido subjetivo pode assinalar que:

“Embora seja verdade que a linguagem é um aspecto vital e fundamental na constituição do sujeito e na gênese do sentido, no estágio primário da estruturação subjetiva, corpo e afetos (em seus dois registros, intensidade e qualidade) tornam-se um instrumento não lingüístico precioso, através do qual o *infans* se fará humano, pois são um veículo suficiente em si mesmo para a apreensão e transmissão de sentido. O olhar da mãe para seu filho está sempre carregado de significações, cuja apreensão através de mecanismos primários, por exemplo, a identificação primária- transcende os códigos lingüísticos intersubjetivos” (Maia, 2001: 270).

Concordando com esse raciocínio, considero tão importante a pesquisa clínica de Anzieu, e o detalhamento através do qual ele estabelece um paralelo sistemático entre as funções da pele e as funções do eu. Desta forma, ele criou correspondências, mais que analogias, entre o orgânico e o psíquico, entre os tipos de angústia ligados à patologia de cada uma dessas funções e os distúrbios psicopatológicos apresentados na clínica.

Segundo Anzieu, a primeira função do Eu-Pele é a de manutenção do psiquismo. Ela ocorre através da interiorização do *holding* maternal, que visará manter o bebê num estado de unidade e solidez (idem: 112). A forma de sustentar o bebê, amparando-o é que permitirá que ele desenvolva um sentido de verticalidade, de um eixo em que se apoiar.

Esta observação é corroborada, mais recentemente, pelas pesquisas de Geneviève Haag, em cujos textos - ainda não reunidos em livro – pode-se observar, segundo Guérin (Haag, 1991: 51), um duplo movimento que implica numa posição epistemológica que interroga simultaneamente a observação dos fenômenos da transferência e a observação direta dos fenômenos de desenvolvimento. Sua preocupação em compreender a psicogênese da vida psíquica através da observação estrita é ligada, em seu trabalho, à compreensão da dinâmica da relação terapêutica. Esse processo duplo confere à transferência e aos fenômenos de

desenvolvimento o status de objetos a serem observados em si mesmos. Essa autora tem a capacidade de compartilhar um ponto de vista novo e esclarecedor sobre os fatos e gestos cotidianos. Além disso, em seus inúmeros artigos ela demonstra, *apud* Guérin, uma forma de pensamento heurístico, dedicado à descoberta do **pensamento do sensorial**¹⁸ (grifo meu). Ele sublinha que assinalando três termos importantes: maravilhado- impacto- luz, Geneviève se pergunta sobre a gênese da psique, sua fonte sensorial e parece nos levar a ‘apalpar’ essa experiência. Tais termos ficam claros em seu artigo de 1985 “A mãe e o bebê nas duas metades do corpo”, onde ela convoca a sensibilidade do leitor antes de todo trabalho de pensamento, o que facilitaria que se pudesse ter uma idéia do lugar da experiência sensorial em suas pesquisas.

Nesse artigo, Haag, a partir da observação de bebês entre a idade de 4 e 10 meses de idade, demonstra como se processa a integração e a interiorização (identificatória) da relação mãe-bebê, num corpo que precisa desenvolver a integração, pois inicialmente parece clivado verticalmente em duas metades. A autora registra que essa clivagem ocorre através dos jogos de mão dos bebês, em que num dos lados do corpo a apreensão é assimilada às funções maternas ou parentais e noutro às funções exploratórias do próprio bebê. Como seu estudo se baseia não só na observação direta de bebês, mas também na clínica com pacientes autistas, ela assinala que crianças que apresentam este diagnóstico só conseguem desenhar um traço vertical num desenho estruturado em cruz, representando a si próprias, quando, na terapia, parecem construir uma espécie de “esqueleto interno, corolário de uma pele psíquica suficientemente sólida para permitir tanto as reduções dos fenômenos autísticos quanto dos fenômenos simbióticos patológicos” (Haag, 1985,108 – tradução livre). Nesse trabalho, Haag defende a formação de um *self* a partir de uma pele comum, como propugnado por Mahler, Tustin e Bick¹⁹, autoras que se dedicaram ao estudo de bebês e crianças psicóticas.

A observação de Haag vem ao encontro do comentário de Anzieu acerca do *holding* winnicottiano, que se define pela maneira como a mãe segura o corpo do bebê. Ele afirma que:

“A função psíquica se desenvolve por interiorização do *holding* maternal. O Eu-pele é uma parte da mãe – particularmente suas mãos – que foi interiorizada e que mantém o psiquismo

¹⁸ Ele sugere que esta exposição foi realizada pela autora em seu prefácio ao livro organizado por D. Meltzer: “Explorações sobre o mundo do autismo”.

¹⁹ Bick, inspiradora de Haag, já em 1968, falava numa pele comum mãe-bebê, em seu artigo “The experience of the skin in early object relations” no *International Journal of Psychoanalysis* 49, 484 -486, 1968, conceito que Anzieu - em seu livro “L’épiderme nômade et les enveloppes psychiques”, datado de 1990 - relata ainda desconhecer no momento em que desenvolveu sua pesquisa sobre um Eu-Pele.

em estado de funcionar ao menos durante a vigília, tal como a mãe mantém nesse mesmo tempo o corpo do bebê num estado de unidade e solidez. A capacidade do bebê se manter fisicamente por ele mesmo condiciona o acesso à posição de sentar, depois de ficar em pé e andar. O apoio externo sobre o corpo materno conduz o bebê a adquirir o apoio interno sobre sua coluna vertebral, como aresta sólida que lhe permitem manter-se ereto. Um dos núcleos antecipadores do Eu consiste na sensação-imagem de um falo interno materno ou mais freqüentemente parental que assegura ao espaço mental em vias de se constituir um primeiro eixo, da ordem da verticalidade e da luta contra a gravidade, e que prepara a experiência de ter uma vida psíquica própria” (Anzieu, 1989: 112).

Anzieu, como Winnicott e Haag, enfatiza também a importância do contato corpo a corpo mãe bebê, valorizando o papel de pára-excitação que tem o corpo materno como suporte do ventre e das costas da criança, estabelecendo, mais que o apego, uma sensação de segurança. Ele comenta que o Eu-Pele emerge não só dos jogos entre os corpos da mãe e seu filho, mas também das respostas gestuais e vocais trocadas entre eles, de forma ao bebê poder imitar e depois criar seus sons e gestos próprios.

O Eu-Pele, a princípio concebido como envoltório, é entendido, então, numa perspectiva tridimensional, visto possuir um núcleo, de onde partem as pulsões. Dessa forma, ele é simultaneamente, continente e conteúdo, e, numa interface entre as funções biológicas de manutenção da higidez e dinamismo do corpo, desenvolve muitas atividades que visam à manutenção do *self* e de um sentido de eu. Para Anzieu, a cada falha na estruturação do Eu-Pele pode corresponder uma patologia específica, das doenças psicossomáticas, como a asma e o eczema e doenças auto-imunes até as desagregações psicóticas (Anzieu, 1989: 112-124).

A função de intersensorialidade da pele, à qual me referi anteriormente, é destacada como oferecendo oportunidade para que ela seja um posto de registro privilegiado para a dor do existir, palco para a inscrição das falhas, das agressões e do estilo singular de trocas entre um indivíduo humano e seu meio.

Isso permite que eu concorde com Anzieu, quando ele afirma que:

“A segurança narcísica de base consiste na aquisição da manutenção (se apoiando num eixo vertical portador e sólido), da continência (constituição de um plano horizontal delimitado, que assegura a residência do espírito no corpo, do corpo no espaço e a habitação de um *Self* por um Ego) e a consensualidade (introjeção de um objeto externo unificador do qual emanam

as sensações de diversos tipos experimentadas pela criança e que lhe permite ligá-las entre si)” (Anzieu, 1990:59-60)²⁰.

Anzieu enfatiza que esta base narcísica corporal do eu já se esboça no período intra-uterino, mas emerge logo após o nascimento, sob o fundo tátil sobre o qual se manifestam fragmentos de consciência da experiência vivida na cavidade uterina, primeiro continente do feto. Através das trocas rítmicas entre os movimentos do feto e o espaço e a ressonância desenvolvidos pelas atividades maternas se institui um campo de sensibilidade comum à mãe e ao feto, sendo o corpo materno um primeiro continente, sobre cuja nostalgia se originará a “espiral interativa” (Anzieu, 95-96, 1990) que caracteriza o processo de constituição egóica.

A partir destas considerações, creio ser necessário levar em conta a interação significativa mãe-bebê, em seus primórdios, como um fator determinante para a compreensão do dinamismo psíquico no processo de estruturação subjetiva. Essa ação recíproca dos corpos marcará a possibilidade do humano se aperceber como um si-mesmo (*self*), precocemente. A esta sensorialidade primordial serão acrescidas possibilidades simbólicas, visto que pesquisas na área do desenvolvimento humano, como as de Stern, também descrevem que a própria capacidade de pensar e comunicar os pensamentos tem uma base sensorial.

Num trabalho mais recente, Anzieu (2002) enuncia, exaustivamente, sua concepção da atividade de pensar como análoga ao processo de construção de um corpo próprio, chegando a afirmar, em concordância com Winnicott, quando este sublinha a função delimitadora do eu exercida pelos cuidados materno-infantis, que:

“todo pensamento é pensamento do corpo: do corpo próprio, dos outros corpos; o pensar procura reunir esses pensamentos num corpo de pensamentos. Encontra-se aí um dos principais enunciados da psicanálise: o inconsciente é o corpo” (Anzieu, 2002: 38).

Nessa linha de raciocínio, Geneviève Haag escreve num artigo (Haag, 1989) em que tenta precisar o que seria o nascimento psicológico de um bebê, fato que, segundo ela²¹, é observável entre os 4 e 5 meses. Haag se pergunta o que se passa “antes” do começo de separação de peles psíquicas, asseverando que se trata do eu corporal, tal como Freud o evocava. Isto é, ela considera que existe logo no início da constituição da pele psíquica, um fantasma de ser contido num envelope que vai mais ou menos se superpor ao próprio corpo

²⁰ Tradução livre, feita por mim.

²¹ Corroborando, assim, mais uma vez, as experiências tanto de Winnicott, quanto de Stern.

enquanto limite do Eu - Corpo. Refere-se ao trabalho de D. Anzieu sobre o Eu-Pele, para inventariar alguns dos elementos indispensáveis na demarcação do teatro interno de cada indivíduo. Estes são particularmente observáveis nessas integrações precoces que ela confirma através do entrecruzamento da observação direta de bebês e dos tratamentos psicoterápicos de crianças gravemente perturbadas, autistas ou psicóticas, que mostram danos na formação ou na qualidade desta “pele psíquica” (idem, 212).

Haag se refere a analistas como Bion, Meltzer e Bick, que chamaram a isso de introjeção ou interiorização do continente²², enfatizando que este mecanismo é o que permite ao indivíduo se sentir protegido das angústias corporais mais primitivas, observáveis no recém nascido normal, e provocadoras do reflexo de MORO. Tais angústias se expressariam através da impressão de queda e das angústias corporais de deslizar ou de se liquefazer. Haag assevera que elas permanecem intactas se a vida psíquica não se desenvolve, isto é, nos distúrbios psicopatológicos mais graves. Ela também afirma que tais angústias são bem demonstradas, dramatizadas, depois eventualmente elaboradas através de desenhos e **expressas sem palavras** (grifo meu) pelos autistas, como “representações de dobras do movimento pulsional, dos afetos e das identificações primárias” (Haag, 113: 1988).

Noutro artigo, Haag (1986: 49), levanta a hipótese de um vaivém projeção/ introjeção, que constitui uma estrutura rítmica propiciadora da modulação das emoções, podendo favorecer, na amamentação, a um espaço de ilusão sustentado por um fluxo e refluxo contínuo e rítmico, que estimulariam a pulsão de domínio e a capacidade exploratória do bebê, sendo esta atividade rítmica a precursora de seu estilo de pensar. Assim, nos quadros psicóticos e agorafóbicos, observar-se-iam clivagens muito primitivas na instauração dessa organização de um primeiro continente maternal.

Haag pensa que esta introjeção da primeira pele psíquica se institui em torno da idade de 2 meses a dois meses e meio, assim que a qualidade do ‘olho no olho’ muda ao mesmo tempo em que a qualidade do sugar o polegar. Ela destaca o caráter tátil desse intenso ‘olho no olho’ do segundo mês de vida, afirmando que o bebê é atraído em direção ao olhar da mãe e de outras pessoas de seu entorno, por um fenômeno que chama de “dupla interpenetração”: alguma coisa que ocorre, estabelecendo um fundo sensorial para as experiências sociais (Haag, 1985). Formula (Haag, 1986), então, que surge, a partir desse momento, o sentimento-sensação por parte do bebê, da existência de um primeiro envelope em vias de diferenciação. Este é ainda incompleto (a imagem que usa é a de vasos comunicantes no interior de uma pele

²² Influenciados, certamente, por Ferenczi, para quem o funcionamento psíquico opera, sem mediação intelectual, através dos mecanismos de introjeção e projeção (Ferenczi, [1909], 71,2001).

comum), e se produz através de um olhar que se lança no olhar do outro, numa espécie de aprofundamento com o esboço de um mínimo de sentimento de um “espaço” entre as duas peles. Informa-nos que nesse momento, entretanto, a totalidade do corpo não está englobada nesse processo. Tal realidade é, ainda, e, sobretudo, um “*tête a tête*”. Quanto ao resto do corpo, integra - se progressivamente num processo que se situa entre a idade de 3 e 5 meses, mas que em seguida se prolonga até o final do primeiro ano. Na observação dos bebês, a autora constata que a interiorização do laço de dependência parece fazer-se entre as duas metades do corpo do infante, fenômeno que faz ressonância a fatos observados na clínica do autismo.

Haag tem desenvolvido pesquisas, a meu ver, relevantes para pensarmos na necessidade de ampliação do atendimento psicanalítico para além do campo lingüístico, bem como para a compreensão e atendimento aos casos que se diferenciam da neurose clássica de que tratava a psicanálise em seus primórdios. Seus estudos visam compreender o processo complexo de instauração da subjetividade, através de articulações entre a teoria e a clínica, transitando entre dois extremos do campo vivenciado pelos indivíduos contemporâneos: o das condições inter-humanas necessárias para a emergência de sujeitos capazes de refletir sobre sua condição no mundo até aquele em que houve uma mutilação dessa capacidade a ponto de se instaurarem estados de aniquilação subjetiva.

Ela insiste na importância de se considerar “a natureza das primeiras trocas emocionais para a transformação das sensações em percepções e pensamentos” (Haag, 51: 1991). Como Winnicott, atenta para a importância da troca rítmica, estabelecida intercorporalmente entre a mãe e o bebê na vida pré e pós-natal, expresso no “teatro das mãos” cheias de olhos²³, que “criam formas espaciais, suportes de nossas vivências psíquicas. Nessa experiência cria-se também a percepção de nossas formas e vínculos corporais”, a partir de uma “adesividade normal” (Haag, 1995: 236), necessária à instauração do que chamamos de psiquismo ou de vida mental.

Haag, noutro artigo (1995b: 236-237), aqui parafraseado, já falava que, primitivamente, o contato rítmico estabelecido nas trocas de olhares, sons e toques entre o cuidador e o bebê preparam a introjeção da continência (a “primeira pele”, de que falava Esther Bick em 1986). Assim, o bebê vai, aos volteios, sentir uma oscilação rítmica que lhe permitirá construir o que

²³ O neurologista Oliver Sacks, em seu livro *Vendo Vozes*, afirma que a “linguagem das mãos” dos surdos demonstra a vivacidade e intensidade da uma troca emocional, que vibra de forma completamente distinta daquela dos ouvintes, ressaltando a enorme expressividade e “ressonância” de um diálogo mudo estabelecido através de sinais ou de trocas táteis.

a autora chama de “dobras” ²⁴. Estas têm a função de permitir que haja um descolamento por parte do infante da superfície adesiva de contato com o outro, que ainda não percebe como diferenciado. Ele construiria formas primordiais de pregas e dobraduras, que seriam efeitos do retorno daquilo que foi projetado pelo outro sobre seu corpo. Desta maneira, o infante pode antecipar muscularmente formas espaciais e plásticas que desenvolverá posteriormente. Assim, Haag defende que o nascimento psíquico ocorre tendo como pano de fundo essa pele comum em que imprimiríamos pensamentos, como uma tela de projeção dos sonhos. As sensações sinestésicas seriam as raízes das percepções e do primeiro pensamento analógico. Ela assinala que sem a delicadeza dos primeiros cuidados podem ocorrer fantasias de liquefação, de queda, de esfolamento, presentes em estados depressivos primários e em condições em que se observam a existência de adesividades patológicas (1991: 53-54).

Essa troca de sensações entre cuidador e bebê, que depende de uma disponibilidade interna do cuidador, autoriza Druon, num artigo sobre a observação de bebês em UTI neonatal, a sustentar que os cuidadores do infante no início da vida deveriam desenvolver uma “atenção continente”, para, no “domínio da sensorialidade”, acolher “o que Geneviève Haag chama de “excorporações ou sensações-emoções” (Druon, 1995: 142)”.

Druon defende que se já se possa falar de uma “consensualidade” a partir de o neonato ter 40 semanas de gestado e pelo menos 2,500kg, quando se pode observar o “despertar de uma emocionalidade” que passa pelas palavras do observador que interpreta o que o bebê experimenta corporalmente, sobretudo as tensões e os movimentos deste na incubadora. Ela assinala a importância da interpenetração (do “engate”) dos olhares entre quem cuida e o bebê, que inicialmente agarra um dedo que lhe é oferecido, mirando apenas a superfície e, paulatinamente, aprofunda e foca esse olhar. Ressalta, ainda, como a perda do olhar é um sinal inquietante para a evolução do desenvolvimento da criança, podendo significar um primeiro elemento da instauração de um quadro de autismo (idem: 146-147)²⁵.

Já em 1989, Haag afirmava que entre a idade de 3 meses mais ou menos e a idade de 6-8 meses, pode-se observar que a relação do bebê com um personagem maternante provoca junções corporais particularmente entre as duas metades do corpo: um pouco mais tarde, junções de mãos e pés em volta do eixo horizontal da bacia. Ela observa que ocorrem disjunções bruscas entre o corpo do bebê/corpo do personagem maternante, notando que o

²⁴ Haag relata a importância da percepção de “dobras ou pregas” nas superfícies de contato, que denotam a existência de profundidade no contato com o entorno. A partir daí, as crianças começam a demarcar o surgimento de um eu e um outro.

²⁵ Na clínica com pacientes psicóticos, observo que esta “perda do olhar” costuma ser um indicador seguro da emergência de ansiedades deflagradoras de momentos de crise.

lado direito do bebê “segue” o adulto, e até que o lado esquerdo se agarra ao lado direito “que parte com a mãe”. Nota, ainda que na patologia autista pode-se observar a manutenção de um estado de não integração desses níveis de desenvolvimento, existindo um estado em que a criança doente tenta controlar a manutenção de um lado do corpo “mal colado” de uma parte a outra do eixo sagital. Alguns autistas devem se manter com um meio-corpo colado num meio-corpo de outro, particularmente quando “pegam na mão para fazer”. Há ainda, aqueles que se comportam como se tivessem apenas uma metade do corpo, estado que Haag chamou de “hemiplegia autística” (idem, 217).

Em 1990, Haag veicula sua defesa da experiência sensorial como fundamento do afeto e do pensamento, assinalando que considera, como Meltzer, a experiência emocional pré-natal, ou seja, crê que a emocionalidade aí em jogo é de ordem estética²⁶, tendo a ver com o ritmo, o canto, a dança, alguma coisa com deslocamento flexível, ondulatório. Há aí um impressionante encontro onde o sensorial tem, ainda, a importância ao mesmo tempo constitutiva dos embriões de imagem do corpo e do encaminhamento de um primeiro pensamento: trata-se para G. Haag de uma **boa fusão**, um êxtase fundador, uma **iluminação**, que é uma primeira emocionalidade em termos de estética. Isso ocorre num momento, chamado por ela de **dobradiça** (quando a criança demonstra se preocupar com pregas, dobras, texturas), marcador de um começo de diferenciação entre um si-mesmo e o mundo exterior, registrado corporalmente como um descolamento da “pele comum” mãe-bebê.

Esta dobra (ou dobradiça) seria uma forma arcaica de vida psíquica, que se fundaria na percepção de alguma coisa ondulatória e de cavidade²⁷. Haag diz que pessoas que têm um temperamento autista, bem como os artistas, não necessitam de drogas como a mescalina para perceberem estas sensações de forma exacerbada. Constata, ainda que Meltzer²⁸ evoca que o

²⁶ Gilberto Safra, em seu livro *A face estética do Self*, assinala que a experiência estética é, por definição, sensorial.

²⁷ No artigo citado (1990,80) Haag diz que na clínica com pacientes autistas existe um momento de saída do isolamento em que se constroem histórias de dobras e dobraduras. Isso também é relatado na Literatura, através da experiência de Huxley (cores brilhantes quase em duas dimensões, em que profundidade e espaço não têm nenhuma importância; ele se fixa numa dobra de sua calça quando o efeito da droga parece se atenuar). No livro de Aldous Huxley, “*As Portas da Percepção*”, o autor comenta um quadro de Botticelli, dedicando-lhe três páginas sobre as pregas (cortinas como “hieróglifos vivos que representam de uma maneira quase infalível o mistério insondável do ser puro”; pregas da calça carregadas de “sentimento de ser”).

²⁸ Para ela, vêm-se outros detalhes da etapa de elaboração destas experiências emocionais e estéticas no que Meltzer chamou de “*teatro da boca*”, quando explora a importância desta *dupla interpenetração* (em Meltzer: “Sobre a percepção dos seus próprios atributos e suas relações com o desenvolvimento da linguagem”, em: “*Estudos em Metapsicologia Extensa*”, 1986). Nesse trabalho, ele considera que, em oposição à relação recíproca penetrante do mamilo-olho e da boca-olho, há em cada um dos dois, mãe e bebê, uma forma de atenção caracterizada por mais de passividade e espera do que de entrega ao desconhecido, ao mistério

bebê vive, certamente, muitas experiências como essa em todas as explorações e associações experimentadas.

Haag sustenta, ainda que a sede de conhecimento, o abandono passivo à confiança e ao envelopamento pelo objeto parece estar na base da possibilidade de adormecimento (como o REM neurofisiológico). Considera que essas experiências sensoriais são também o fundamento da paixão, tanto de conhecer como de ser conhecido, sendo assim base da capacidade exploratória e criativa do bebê. Comenta, ainda, que Meltzer fala do estágio bucal de introjeção, quando pensa que as explorações intra-bucais têm já uma significação de pensamento, de exploração, de conhecimento, aproximando as “lalações” destas explorações intra-bucais do “teatro da boca”. Concorde, ainda, com Meltzer sustentando que existem “na vida pós natal o teatro dos fantasmas e do pensamento se acham lá, entre a boca do bebê e o mamilo da mãe, entre os olhos do bebê e os olhos da mãe. É aí que a experiência emocional ocorre e é pensada, portanto, o interior da boca é temporariamente palco onde se encena a formação simbólica do pensamento. O interior da boca e os acontecimentos fantasmáticos que se passam lá dentro – onde há uma confusão entre mundo interno e mundo externo, constituindo-se num espaço ainda não mental, no meio do caminho entre um mundo interno e um mundo externo” (idem,83).

Ela diz que nesse teatro emergem as proto-representações. Assim, para Haag, é necessário, para a aquisição de uma boa saúde mental, que se evitem dissociações intensas entre os ritmos do bebê e da mãe neste contato sensorial significante, quando se organiza uma emocionalidade primitiva. Penso que, segundo Haag, a “mãe suficientemente boa” de Winnicott seria aquela capaz de modular os registros sensoriais, presentes desde o período pré-natal, desde quando se institui a sinestesia, compreendendo até o tônus e a motricidade.

Haag formula, então, a hipótese - mais forte que a de Tustin - de que freqüentemente, para muitos dos autistas, por causa de experiências pré-natais, as ritmicidades especialmente motoras (portanto as do canto e da dança) foram perturbadas primitivamente. Ela sustenta isso, considerando que certos bebês, futuros autistas, em especial os que nascem anoréxicos, são pouco flexíveis, fechados, tendo perdido sua primeira ritmicidade.

Em 2004, nos Estados Gerais da Psicanálise, Reis (2004) apresentou um trabalho em que defendia a noção de um corpo sensível, palco das pequenas percepções, definidas por José Gil (1996), articulando a virtualidade deste sensorio primitivo como uma potência em ato.

A autora defende o argumento de um auto-erotismo “como um estado de potência pulsional, de regulação de prazer/desprazer que se atualizam no contato do bebê com o mundo, com os coletivos que delimitam certas formas de ser e que marcam seu corpo, fazendo dele um corpo humano, criando modos de ser erógeno”. Referindo-se ao avanço tecnológico que permite afirmar, através de acompanhamento pré-natal, que o feto **experimenta** (grifo meu) tatear as paredes do útero e seu cordão umbilical, dar cambalhotas e chupar o dedo, bem como sentir o perfume do corpo materno e perceber e reagir a sonoridades²⁹, ela diz que:

“o feto dorme e sonha, isto é, possui um mundo psíquico que se organiza minimamente em torno de percepções de prazer/desprazer advindas de sua existência corporal, imerso em um meio ambiente que o afeta, criando marcos diferenciais” (Reis, 2004).

Os últimos dois meses de gestação seriam um período de “ensaios sensorios”, uma espécie de preparação para a intensidade dos relacionamentos extra-uterinos. Nesse momento se instauraria uma potencialidade sensoria, cognitiva e relacional, que permitira a experimentação do mundo ambiente de forma qualitativa, com cores, sons, aromas, perfumes, prazeres e dores.

Existe, portanto, um registro mínimo de sensibilização (o que, a meu ver, confere força aos pressupostos de Haag) um registro erógeno do feto, que faz com que ao nascer os orifícios do corpo e a pele se constituam como zonas de excitação privilegiadas, visto serem “a principal via de troca com o meio extra-uterino”

Reis afirma então que:

“O recém nascido não é uma página em branco, está marcado e traz alguma forma de memória de existência no mundo, mesmo que consideremos esta dimensão protomnêmica, dependendo de experiências relacionais posteriores para se desdobrar em processos psíquicos” (idem, 2004).

Para a autora, o auto-erotismo é uma virtualidade que clama pela emergência de uma forma, a do corpo erógeno, carregado de sentidos. Estes se constituiriam à medida que emergem os

²⁹ *Apud* Cyrulnik, B.: *Sous le signe du lien*, Paris, Hachette, 1989.

sensos de eu, no processo de variações de intensidades afetivas propiciados pelo outro cuidador.

As pesquisas a que me refiro aqui têm um valor central para meu argumento de que o psicanalista hoje deve direcionar seu trabalho retomando o valor daquilo que Freud³⁰ antecipava em 1905, quando se apercebeu da influência dos registros anteriores ao Édipo na constituição das patologias. Deve também considerar as intuições de Ferenczi³¹ quando valorizava as trocas do processo de introjeção e projeção como instituintes do psiquismo e as assertivas de Winnicott, que valorizou tão intensamente a concepção de um psiquismo em permanente estado de construção e reconstrução.

Compartilhando desta visão da constituição subjetiva como processual e interminável, considero que a sensorialidade adquire um valor central na intervenção clínica, visto que modulará as ações do indivíduo ao longo de sua existência, facilitando ou impedindo a fruição da vida.

Entretanto, levar em conta a sensorialidade, faz com que o campo transferencial se amplie consideravelmente e o agir do analista adquira um valor distinto daquele propugnado por uma visão ortodoxa da psicanálise, que usa como recurso específico a interpretação lingüística.

Na descrição do caso clínico não abordei com riqueza de detalhes esta questão, mas pretendo retomá-la mais adiante, após uma reflexão acerca do conceito de transferência e de suas características na experimentação de um processo analítico.

³⁰ Cf. Freud: Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade (1905).

³¹ Cf. Ferenczi: A criança mal acolhida e sua pulsão de morte (1929).

3 A TRANSFERÊNCIA NAS PATOLOGIAS CONTEMPORÂNEAS E A EXIGÊNCIA DE NOVOS PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DO ANALISTA

3.1 O fenômeno da transferência.

Tratando de seus primeiros pacientes ainda por hipnose, Freud se deparou com o deslocamento de afetos primitivamente dirigidos às figuras paternas para a pessoa do médico. O impacto exercido sobre o terapeuta pela afetividade do paciente é subsidiário de uma entrega do paciente aos cuidados e à suposição de capacidade por parte do clínico, de entender e minorar o sofrimento que limita as possibilidades existenciais da pessoa que busca atendimento. O vínculo entre o paciente e o terapeuta mostra que seus lugares se fundem numa assimetria, em que uma boa dose de sugestão confere poderes taumatúrgicos ao terapeuta.

Embora inicialmente a técnica analítica tenha tentado uma depuração da sugestão, esta permeia a busca por parte de quem demanda análise, do encontro com um outro herdeiro da capacidade materna no trato com a imaturidade do bebê humano face aos desafios da sobrevivência.

Nos primórdios de sua prática clínica, Freud atentou para o fato de que suas pacientes, notadamente as histéricas - que exibiam de forma exacerbada seus corpos ao olhar dos circunstantes - funcionavam como crianças que tentavam imprimir significações aos órgãos, a diversas partes de seus corpos e ao próprio sexo. Com o tempo, foi se dando conta de que esse funcionamento psicológico infantil era francamente ativado pelo vínculo amoroso que geralmente elas estabeleciam com o médico, sendo característica determinante de pacientes portadores de distúrbios emocionais um caráter regressivo em suas formas de ação no mundo.

A reflexão freudiana sobre as determinações das neuroses e as condições necessárias para sua cura³², foi possível à medida que Freud atendia os casos clínicos, estabelecendo não só como operava a transferência, mas também um protocolo de atendimento calcado na interpretação dos conflitos inconscientes. Os escritos técnicos (Freud, E.S.B., vol. XII, 1911-1915), nos proporcionam uma visão da forma pela qual ele foi desvelando a centralidade da

³² A centralidade do interesse de Freud pelas neuroses e pelo recalcque da sexualidade infantil fez com que, no atendimento ao “Homem dos Lobos”, Serguei Pankejeff, ele ficasse impedido de considerar traços marcadamente psicóticos apresentados pelo paciente, desvelados na análise desenvolvida posteriormente por Ruth Mack-Brunswick. As dificuldades em lidar com as catástrofes emocionais por que passou o “Homem dos Lobos” até hoje suscitam questões relativas à compreensão do atendimento psicanalítico e dos limites da intervenção do terapeuta no campo transferencial. (ver: Gardner, M. (ed.): *El Hombre de los lobos por el hombre de los lobos*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión SAIC, 1983).

transferência no atendimento psicanalítico, desde o entendimento desta como um obstáculo, até tratar de seu manejo pelo terapeuta como determinante do processo de cura.

A regressão do neurótico a um funcionamento primitivo foi pensada inicialmente como um entrave ao sucesso terapêutico, mas com o passar do tempo esse fenômeno, considerado uma dificuldade, uma resistência às transformações necessárias para a emergência de novas formas de funcionamento intrapsíquico e intersubjetivo, tornou-se o epicentro e o motor do processo psicanalítico. Assim, a psicanálise freudiana tomava o funcionamento anímico daqueles que apresentavam seu sofrimento como a expressão de afetos recalcados pela impossibilidade de serem representados de forma consciente, e a tarefa do analista era interpretar o desejo recalcado, até então impensável.

Mezan (1998: 251-272) comenta que a construção do conceito de transferência não foi um trajeto linear na obra freudiana, parafraseando Birman (1991), que já assinalara³³ como este fenômeno inicialmente periférico adquiriu uma posição cada vez mais central para a compreensão da eficácia terapêutica da psicanálise. Referindo-se também a Dayan (1984)³⁴, ele argumenta que a transferência é o ponto de entrecruzamento de várias teorias freudianas, que se complexificam progressivamente. Assim, em “Além do Princípio do Prazer” (1920) Freud a vincula à compulsão à repetição, e, num de seus últimos textos, “Análise Terminável e Interminável” (1937), trata do fenômeno com mais detalhe, tentando explicitar seus avatares.

Considerada inicialmente (em “A Psicoterapia da Histeria”, 1895) como uma modalidade de deslocamento de afetos entre representações distintas e num obstáculo à rememoração, isto é, uma resistência, a transferência se apresenta, no princípio, como um fenômeno pontual, associado tanto à metapsicologia - que definiria afeto, representação e deslocamento - quanto à teoria da clínica, que explicaria o que é resistência. Mezan enfatiza que Freud entendia a necessidade de interpretar a transferência desses afetos infantis para o psicanalista, mas ainda não articulava o campo transferencial, portanto a relação terapêutica, como o meio pelo qual se desenvolve um processo de cura analítica.

³³ Birman (1991) observou, num estudo sobre a constituição da Psicanálise e o estabelecimento do campo transferencial, que esta noção periférica foi, paulatinamente, se transformando num tema central para a teoria, refletindo todo o desenvolvimento da metapsicologia freudiana. Ele sustenta que, na teorização freudiana, a transferência aparece como uma interferência no campo representacional e só aos poucos vai sendo compreendida como uma repetição pulsional, encenada na relação com o analista, que, de intérprete pontual de um discurso coerente, vai atentar para o que aparece como silêncio e vazio na trama discursiva. Dessa forma, ele sustentou que o manejo da transferência, ao assumir um lugar central na clínica, coloca o terapeuta e seu inconsciente em questão, visto que, na escolha de como e quando interpretar, ele se verá capturado pelas ações inconscientes tanto suas quanto do paciente.

(Birman, 1991:175)

³⁴ Maurice Dayan, *Incosncient et Réalité*, Paris, PUF, 1984: 31.

Ele observa que, para Freud, interpretar os fenômenos histéricos, que emergiam através da resistência (que reforçava o recalcque dos desejos inaceitáveis à consciência) era desfazer falsas ligações, retificando os termos em que um afeto fora vivenciado no passado. Para que a interpretação tivesse eficácia, porém, teria de ser percebida e interpretada pelo analista antes que se transformasse num obstáculo à cura. Dora foi quem lhe demonstrou que o sistema de representações comunicáveis ao terapeuta é mais complexo que o fluxo associativo, abrangendo também o espaço analítico, devendo ser considerada “como aquilo que impede a emergência do sujeito no plano discursivo” (idem: 255). No fracasso de Freud em perceber o desejo da paciente pelo Sr. K., uma vez que, nas sessões de análise suas fantasias foram atuadas e não faladas, ficou evidente que o espaço transferencial faz parte do campo de representações do paciente. Na reavaliação do caso Dora ficou claro que a vivência transferencial é o que indica subliminarmente a existência de resistências à rememoração (idem).

Descrevendo as descobertas freudianas e as transformações que sofreram a partir dos problemas interpostos pelos casos clínicos registrados por Freud, Mezan comenta que, embora preocupado em depurar a técnica da sugestão, em sua clínica, o criador da psicanálise se viu às voltas com a existência de “transferências” que se exibiriam através de novos sintomas surgidos ao longo do tratamento. Tais fenômenos eram expressões de um movimento pulsional que determinava a ligação do paciente ao médico, fato que Freud não pôde ignorar no seu artigo “Sobre a Psicoterapia” (Freud, E.S.B., vol.VII, 1905a). Mezan assinala que os artigos técnicos de 1912-14 tiveram como objetivo elucidar os efeitos dessa sugestionabilidade, que foi o mote para que a transferência pudesse ser tomada, desde então, mais como um destino pulsional do que como um exemplo diurno dos mesmos processos produtores dos sonhos³⁵. Dessa forma, no texto “A dinâmica da transferência” (Freud, E.S.B., Vol. XII, 1912) o que se destaca é o caráter exagerado do investimento transferencial, inadequado à situação real de acolhimento e neutralidade por parte do analista, que se vê destinatário de impulsos eróticos e agressivos oriundos da infância do paciente. Nesse trabalho, Freud parece interessado no porque a transferência se presta à resistência. Não consegue ainda implicar o *setting* e o analista na instauração do evento transferencial. Sua atenção se volta à força de atração dos protótipos infantis sobre as vivências presentes, que ao mobilizarem as paixões primitivas fazem com que a transferência possa ser usada positiva ou negativamente. Como decorrência destas afirmações, sustenta que a finalidade da terapia é

³⁵ Mais adiante, mostrarei como a explicação de Kristeva sobre os modelos de linguagem usados por Freud ao longo de sua obra, ratifica a exposição de Mezan.

fazer uso da transferência de forma positiva, para que a força do recalque seja diminuída e a libido possa se adequar à “realidade”.

Pode-se notar aqui, como toda situação regressiva, atuada pelo paciente na análise, era concebida como fruto do processo do recalque. Nesse período, Freud ainda não havia elaborado a teoria do narcisismo (desenvolvida em 1914), antecipatória de seus textos da década de 20, quando procedeu a uma mudança paradigmática, substituindo um modelo econômico, topográfico e maquínico do aparelho psíquico, por uma conceituação mais complexa, dinâmica, em que o inconsciente originário e os afetos primordiais se apresentavam de forma inequívoca, como informa Plastino (2001).

Mezan destaca que é no trabalho de 1914 “Recordar, repetir e elaborar” (Freud, E.S.B., vol. XII), portanto no cerne da gestação de uma reviravolta em sua metapsicologia, que há uma mudança paradigmática na forma de Freud conceber a transferência. Ele distingue dois tipos de pacientes: os que recordam e os que repetem, “que atuam no tratamento seus complexos reprimidos” (idem: 258). Mezan reafirma, então:

“A transferência é um “fragmento de repetição”, e nisto consiste sua afinidade eletiva com a resistência; mas a repetição nada mais é do que a transferência do “passado esquecido” sobre os aspectos e dimensões da realidade atual e não apenas sobre a pessoa do médico. Ora, a repetição é o modo pelo qual o passado infantil **se presentifica** e se materializa, organizando-se sob os traços de uma neurose de transferência” (idem: 258, grifos meus).

Assim, para Mezan, prefigurando o que Winnicott chamaria de “espaço transicional”, Freud transformou o fazer do analista numa atividade que visa a permitir a elaboração e perlaboração das emoções postas em jogo no vínculo estabelecido entre ele e o paciente e obteve o fator que distinguiria a psicanálise das terapias sugestivas: a elaboração das resistências, motor da mudança que pode ocorrer no equilíbrio pulsional e emocional daquele que se analisa. Tendo em vista que a repetição traz para o momento presente os efeitos do recalque das moções inconscientes patogênicas, a transferência, para Freud, é um conceito econômico-dinâmico, em que está em jogo um manejo que visa equilibrar as intensidades das fixações aos objetos infantis e a plasticidade ou rigidez das defesas.

A repetição está articulada à atuação. Podemos considerar que inexiste discurso sem atuação, mas o dispositivo analítico foi montado sobre a regra fundamental de tudo dizer e se limitar a dizer. Com isso, criou-se o campo para o estabelecimento de procedimentos ortodoxos, que imaginariamente garantiam uma depuração do poder sugestivo do terapeuta sobre o paciente. Assim tentava-se estabelecer um “distanciamento ótimo” das irrupções bruscas das pulsões, porquanto a análise se restringia ao procedimento em que o verbal se

distanciava de suas bases emocionais primitivas, e os jogos de linguagem eram as ações visadas na terapia.

A esse respeito, Birman (1999: 53-72), num texto em que comenta as controvérsias e mal entendidos que permitiram que fosse tão difícil inscrever o corpo na tradição psicanalítica erigida no discurso pós-freudiano, que restringiu o alcance terapêutico da psicanálise, ao considerá-la “uma leitura estrita dos processos psíquicos, de ordem representativa e significante” (idem: 54) ³⁶, sustenta que, como consequência, na prática analítica, a questão do afeto ficou elidida e o psiquismo desincorporado.

Assim, muitas vezes se excluía da trama relacional qualquer referência à ação motora dentro e fora do *setting*. Na análise ortodoxa, tanto a instituição do divã quanto a exigência da posição horizontal do paciente, contrastantes com a posição do terapeuta sentado atrás e fora do campo visual do paciente, favoreceram a instituição do *setting* analítico como um espaço pleno de interdições à expressividade. No entanto, como o infantil mobilizado pela situação analítica refere-se aos tempos primordiais, anteriores à capacidade humana de uma fala articulada, o agir inclui a ação motora, mas ocupa um espaço heterodoxo: uma “atuação” pode se estabelecer desde o mais absoluto silêncio até uma fala compulsiva e “ensurdecadora” tanto do ponto de vista do paciente quanto do analista.

Na mirada freudiana era importante que se procedesse no *setting* à contenção da expressão motora para que a libido do paciente fosse canalizada para a ação verbal. A potencialidade para a ação era uma característica assinalada por Freud, mas ele pretendia confiná-la ao campo discursivo para que a análise intelectual não fosse subvertida e expressa de forma hostil ou passional, cedendo lugar pura e simplesmente à repetição.

É importante reafirmar que a repetição dos protótipos infantis não é necessariamente prazerosa. Fica, então, caracterizado que tanto a transferência que impulsiona o tratamento, chamada por Freud de “transferência positiva” quanto a que lhe serve de obstáculo, chamada de “transferência negativa”, são oriundas do inconsciente e constituem o que se afigura como inelutável “destino” do paciente. O que se repete é o que não consegue ser expresso quando se levantam as barreiras do recalque, porque há uma matriz infantil, **indizível**, que surge buscando uma via de satisfação, através de ações que transcendem a fala³⁷.

A transferência, portanto, se inscreve na dialética da repetição e da recordação, como lembra Mezan, o que implica num enfrentamento, na terapia, de transferências não só para a

³⁶ Nesse texto, Birman comenta que o projeto político que reduziu a psicanálise a uma psicologia foi mostrado pelas tradições anglo-saxônica e francesa; um exemplo disso é que o Vocabulário de Psicanálise, de Laplanche e Pontalis não faz qualquer referência ao vocábulo corpo.

³⁷ O que Maurice Dayan (*apud* Mezan, 2000:266) chama de “agir sem conceito”.

figura do analista, mas **para toda a situação presente**. Este infantil não pertence à infância propriamente dita, mas a uma parte do passado que engendra uma configuração baseada em situações traumáticas experimentadas pelo paciente. A análise buscará, então, o sentido destas configurações, que foram marcadas pela atividade fantasmática da criança e permanecem atuando como marcas que singularizam o vivido atual. Portanto, fatos e fantasias podem ou não se cristalizar em atos, mas são relacionadas às pulsões e desejos da criança, que tomam a forma de **impressões**, que podem admitir versões distintas, apagando a clássica distinção entre real e imaginário³⁸. Essas experiências deixam traços mnésicos modeladores das fantasias que esboçarão a possibilidade de realização dos movimentos pulsionais, os quais têm por finalidade a realização dos desejos. Assim, pode-se considerar que as fantasias, além de serem imagens ou representações mentais, são também **disposições para a ação**, na busca da satisfação de um desejo (idem: 269).

Mezan mostra que esse modo de funcionamento psíquico não é homogeneizável: a impressão não reproduz o acontecimento, o objeto não reproduz a impressão e o acontecimento não é igual à experiência; todas estas defasagens necessitam ser “mapeadas” para que se possa conceber a formação do inconsciente individual, desde sua pré-história, irrecuperável pelas recordações conscientes ou pré-conscientes. Tais impressões precoces se constituem no âmbito de experiências que provocam excitações que não podem ainda ser integradas pelo psiquismo, por meio de “representações metabolizáveis”. É isso o que lhes confere um caráter traumático. Assim, o essencial da vida infantil, que se repetirá *ad infinitum*, é um aspecto do vivenciado que perdura em todos os indivíduos como “um estoque constante de experiências investidas” (idem: 271), que influenciará o funcionamento pulsional e fantasmático do sujeito. Isto posto, percebe-se que a transferência não é simplesmente “a reedição de experiências ou tendências do passado”. Mezan reitera que:

“O elemento importante a reter é que o **lembrado conscientemente** é apenas uma tela, em cujo avesso ou **em cujas malhas se perpetua, oculta e re-apresenta o infantil**” (idem:272; grifo meu).

A mudança paradigmática proposta nos textos entre 1919 e 1920 por Freud acarretou uma ampliação na finalidade da intervenção do analista. Ela propiciou o entendimento de que a

³⁸ Todos os analistas de crianças e adolescentes se defrontam, cotidianamente, com uma indistinção entre fantasia e realidade, claramente expressa nos jogos e brincadeiras, que funcionam segundo os princípios que regem o funcionamento onírico (a respeito, ver em Furtado, A. M.: “O video-game e o sonho”, em Cadernos de Psicanálise n. 14, Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, 2000:143-150).

técnica ambicionava algo mais do que remover a amnésia infantil, e possibilitou que se valorizasse a **construção** como aliada da interpretação. Instituiu-se, assim, a possibilidade de o analista intervir construindo uma mitologia pessoal do paciente, uma ingerência capaz de gerar a convicção de que algo pode ter se passado de uma forma tal que funcione como uma perlaboração, capaz de levantar as resistências ao reconhecimento dos motores do desejo do indivíduo.

Trabalhando sobre este tema ao longo de toda sua obra, desde os textos “pré-psicanalíticos”, como o “Projeto para uma psicologia científica” (1895), até suas Novas Conferências sobre a Psicanálise, na década de 30, Freud desenvolveu o conceito de transferência, articulando-o com a metapsicologia que foi construindo. No entanto, não se pronunciou sobre as formas específicas que este fenômeno assume nas diferentes organizações psicopatológicas nem se deteve sobre sua contrapartida, que é a transferência do analista, a contratransferência.

Este foi um tema deixado em segundo plano, não só porque lida com o campo analítico como um espaço-tempo marcado pela complexidade e irreduzível a formalizações estáveis, como, a meu ver, por ter sido inicialmente tratado com maior vigor por um discípulo polêmico, Ferenczi, relegado por algumas décadas ao ostracismo, por injunções do núcleo político difusor da psicanálise freudiana.

3.2 Ferenczi: o analista que redimensiona o campo de trabalho

Foi Ferenczi, que ficou conhecido como analista de “casos difíceis”, quem ajudou Freud, nos anos 12-14, quando foram escritos os artigos sobre a técnica, a trabalhar o tema da transferência como central para a compreensão da eficácia da psicanálise. Na correspondência trocada entre ambos, percebe-se que a noção de transferência, embora creditada a Freud, foi criada a quatro mãos, desenvolvida pelo estímulo de Ferenczi a Freud para que teorizasse sobre o desafio cotidiano do trabalho de enfrentar uma multiplicidade de formas infantis de sentir e pensar, atualizadas na demanda de amor dirigida à figura do analista.

Tendo exercido sua prática clínica em estratos sociais distintos da burguesia, predominante na Viena onde trabalhava Freud, Ferenczi atuava na capital húngara, onde a cultura magiar floresceu num ambiente cultural afeito a múltiplas tradições, como a cigana e a judaica, periféricas à influência francesa, dominante nos salões europeus, num ambiente, portanto, muito distinto daquele experimentado por Freud na Áustria (Bokanowski, 2000:13-15). Ferenczi atendia desde prostitutas até camponeses, de comerciantes a intelectuais, e

entendia que uma apropriação rígida da técnica interpretativa restringia consideravelmente a interação necessária entre o terapeuta e seus pacientes, porque, a seu ver, a excessiva contenção e um distanciamento passivo por parte do analista poderiam reproduzir uma experiência de abandono, reativando os traumas que teriam desencadeado as patologias mais graves. Para ele, a postura distanciada do analista também poderia promover uma culpabilização do paciente por apresentar uma determinada patologia. Assim, Ferenczi defendia que o terapeuta necessitava desenvolver o “**tato**”, que consistia num acolhimento dos ritmos e intensidades afetivas que emergiam na interação com o doente. Definindo o tato como a “capacidade de sentir com” seu paciente, Ferenczi determinava que fosse urgente a consideração da importância da contrapartida do fenômeno transferencial, a contratransferência do analista, para que a técnica analítica pudesse tratar de patologias mais graves, que, muitas vezes, incapacitavam os indivíduos ao trabalho e ao convívio social.

Na tentativa de estender o atendimento psicanalítico a casos de doença mental distintos das neuroses sobre as quais Freud se detivera, Ferenczi tentava introduzir novos manejos no *setting*, ao mesmo tempo em que pretendia manter-se fiel ao cerne da descoberta freudiana, que era o desvelamento das moções inconscientes. Assim, criou e abandonou a técnica ativa (entre 1919 e 1926)³⁹. Com ela, pretendia dinamizar o processo analítico, intervindo diretamente sobre as atitudes repetitivas do paciente, por meio de proibições ou prescrições paradoxais e provocantes nos momentos em que houvesse uma estagnação do processo, muitas vezes devida a um amor de transferência exacerbado. Observando que a tendência a repetir padrões não podia ser eliminada pela interdição de condutas ou pela sugestão de ações paradoxais para criar tensões que rompessem com a estagnação do tratamento, Ferenczi notou que tais variáveis postas em cena promoviam, ao contrário, a adesão do paciente ao sintoma e ao sofrimento com a finalidade (masoquista) de manter-se ligado ao analista. Muitas vezes, ao querer abreviar o tempo de um processo de cura, tentando determinar seu final antes de se completar um trabalho de perlaboração, o que se promovia era o recrudescimento do mal-estar e da demanda de atendimento. Na análise, demonstrou Ferenczi, são postas em evidência as emoções associadas ao desamparo traumático, decorrente da impossibilidade, por parte do terapeuta, de contenção e compreensão das intensidades afetivas presentes nas interações entre o médico e seu paciente.

³⁹ Ferenczi, visando dinamizar a técnica analítica e romper com sua normatização, que já se esboçava nos anos 20, desenvolveu, também, técnicas de relaxamento, que visavam a uma adaptação do *setting* às necessidades do paciente. Defendia a elasticidade da técnica, visando “o retorno de impressões sensíveis traumáticas, não resolvidas, que aspiram a uma resolução” (Ferenczi, S.: “Artigos Póstumos”, 1992b: 113). Considerava ilusória uma técnica unívoca de alcance universal, compreendendo-a como uma perversão técnica (*apud* Melo Oliveira, C.A., 2005: 137-150).

Deste modo, em 1928, contrariamente à primeira visão freudiana da relação terapeuta - paciente como uma luta, em que o primeiro tem que submeter o segundo a utilização da regra da associação livre, Ferenczi assinalava a inevitabilidade do aparecimento da resistência, como evidência de que estão sendo transferidos sobre o analista sentimentos que precisam ser entendidos e elaborados, **afetos** ambivalentes e complexos. Ele observou que a afetividade do paciente provocava no analista emoções do mesmo calibre. Ressaltou, portanto, a importância do analista desenvolver o tato, definindo tal fenômeno como a capacidade de “**sentir com**”, o que exige uma dissecação do “**próprio eu**” do analista (Ferenczi, *Psicanálise IV*: 7, grifos meus). Este teria que lutar contra suas próprias resistências para ser capaz de ampliar sua escuta, escolhendo como e quando interpretar, a partir dessa identificação primária entre seu inconsciente e o do paciente. Ele também considerava que o terapeuta devia exercer algum controle sobre suas moções inconscientes para colocar-se a serviço da compreensão dos processos afetivos experimentados na situação analítica. Para ele, o analista, não pode “negligenciar, por um instante sequer, o exame e a crítica de suas próprias tendências”, atuando “numa oscilação perpétua entre o sentir com, a auto-observação e atividade de julgamento” (idem: 32). Concluía, então, que “a única base confiável para uma base técnica analítica é a análise terminada do analista” (idem: 36).

Dessa forma, Ferenczi propôs uma “elasticidade” na técnica analítica (1928), em que o acolhimento do estilo singular do paciente comunicar sua angústia e seus conflitos implicava numa relativização na adoção da regra fundamental: o paciente deveria dizer tudo, de todas as formas possíveis, não necessariamente usando o divã, como defendia Freud. Com isso, ele visava a introduzir uma interação mais emocional e menos intelectual entre o terapeuta e o paciente, a quem maiores oportunidades de descarga afetiva deveriam ser oferecidas, através do favorecimento de expressões não-verbais de seus conflitos.

Ferenczi aproximou o tratamento de crianças e adultos (1931), mostrando que quem pede atendimento é sempre a criança que não compreendeu seu entorno ou que ficou confundida ao não ver reconhecida a legitimidade de seu vivido particular. Ele sofreu uma exclusão dos cânones oficiais da Psicanálise, em decorrência dessa tomada de posição, revolucionária para a época, que ignorou sua extensa produção por mais de 50 anos.

Em seus textos, Ferenczi antecipou-se a Winnicott propondo que a análise tivesse um caráter eminentemente lúdico, quando a atuação do analisando devia ser acolhida, para depois ser entendida e transformada. Em seus trabalhos, defendia que o analista interagisse com o paciente considerando que não é necessário criar uma regressão no *setting*. Mostrou que esta se dá espontaneamente, sendo o estado patológico uma reedição do trauma infantil, causado

pelo desmentido daquilo que a criança vivenciou. Evitar a repetição, no consultório, do desmentido daquilo que o paciente vivencia no plano afetivo, mas que não consegue representar - seja pelo recalque, seja pela projeção sobre outrem - faz com que o processo analítico se estabeleça como espaço aglutinador de uma ambivalência afetiva que precisa ser expressa e nunca abafada. Isto exige que o terapeuta não tema lidar com a agressividade, deixando emergir o ódio que o paciente precisa demonstrar nas situações em que se vê remetido à submissão infantil ao adulto cuidador.

É interessante observar que justamente os textos de Ferenczi censurados pelo saber institucionalizado pela IPA⁴⁰, entre eles seu “Diário Clínico” (1990[1932]), publicado na França somente em 1985, são os que hoje podem ser úteis para que sustentemos a defesa de um atendimento analítico voltado para o acolhimento da sensorialidade, presente no período pré-edipiano como suporte da instauração de novas aquisições subjetivas. Essa visão permitiu a Ferenczi a instituição de uma clínica em que a intersubjetividade era a tônica. Para ele, o analista pode vir a ser um equivalente ao primeiro objeto que se oporá aos movimentos do bebê, que interpretará a realidade segundo as trocas possíveis de se estabelecer no interjogo eu/outro, pois, segundo o autor, os mecanismos de introjeção e projeção são os constituintes do psiquismo (1991, [1909]).

Ferenczi, em 1909 (Psicanálise I: 1992), já defendia a introjeção como mecanismo primordial de instauração de um eu, articulando-o com o processo de identificação primária. Através dos afetos de prazer-desprazer seria realizada uma filtragem entre o eu e o não-eu, sendo processado como interno aquilo que era prazeroso e como exterior tudo o que fosse desprazeroso. Nesse texto sobre a transferência e a introjeção, Ferenczi usa as observações freudianas sobre a psicopatologia da vida cotidiana para ressaltar que o que é transferido sobre o terapeuta são afetos inconscientes (Psicanálise I: 81). Ao propor o processo de introjeção-projeção como constituinte do psiquismo humano, ele afirmava que o que é projetado como não-eu é uma parte da **sensorialidade**, transformando “afetos subjetivos em sensações objetivas” (idem: 85). Nesse trabalho, ele sustentava que:

⁴⁰ International Psychoanalytical Association, que, a partir do repúdio de Ernst Jones à originalidade das teses defendidas por Ferenczi, censurou e impediu a publicação das mesmas, visto serem centradas no desmentido traumático do vivenciado infantil mais do que no conflito edipiano para compreender as psicopatologias, bem como por promoverem uma relativização da “neutralidade” do analista no contato com os pacientes. Em especial, três trabalhos de Ferenczi ilustram bem a importância concedida pelo autor ao registro infantil traumático da intervenção dos adultos no mundo fantasmático da criança, e a necessidade de levar em conta a ultrapassagem desse trauma para a aquisição de padrões sadios de funcionamento mental. São eles: O sonho do neném sábio (1923), Confusão de língua entre os adultos e as crianças (1933) e Análise de crianças com adultos (1931).

“Não é a palavra indutora que “deflagra” a reação perturbada pelos complexos neuróticos, mas são os afetos ávidos de descarga que vão ao encontro da palavra indutora” (idem: 87).

Assim, inscrevendo o valor dos afetos no processo de cura das sintomatologias neuróticas, Ferenczi mostrou que este é um fenômeno universal, isto é, não exclusivo dos neuróticos, que deve ser cuidadosamente manejado pelos terapeutas. Ele nos demonstrou que quando falamos aos pacientes estamos lidando com **intensidades afetivas** que marcam sua forma de agir no mundo.

Embora tenha se apoiado numa metapsicologia da primeira tópica, Ferenczi desenvolveu sua clínica a partir de intuições que deságuam na complexidade esboçada por Freud nos textos da “virada” teórica de 1920. Privilegiando a atividade pulsional, expressa nos afetos primordiais, que se expressam inevitavelmente na demanda de amor dirigida ao terapeuta, suas “inovações” técnicas derivam de uma sintonia com o movimento dos pacientes em direção a uma vida plena de sentido. Para isso, ousou inventar recursos como a análise mútua, técnicas de relaxamento e “neo-catarse”, que foram sendo criados e recriados, a cada momento em que se fez necessária a criação de condições para a revivescência traumática de experiências registradas ao nível corporal. Abriu, assim, caminho para autores como Balint e Winnicott, que privilegiam a criação de condições de um “retorno à vida”, quando conseguem uma integração naquilo que Melo Oliveira chama de “psicorporeidade” (2005). O autor demonstra, em sua tese, como Winnicott e Balint, em sua filiação ferencziana, rompem com a concepção dualista que opõe a natureza à cultura e o corpo à mente, permitindo que se pense no comportamento humano montado numa “*psicorporeidade*”⁴¹ que é tributária da concepção de um psiquismo implantado no corpo.

3.3 Resgatando a sensorialidade: a importância do registro corporal

A tarefa analítica, no final da vida de Freud, foi comparada à tarefa do arqueólogo, que reconstrói, a partir dos escombros das escavações, um mundo perdido, visando estabelecer conexões entre inúmeros traços presentes nos fragmentos significantes da história primitiva do sujeito, que são repetidos à revelia da consciência. Assim, o analista, distanciado do tempo

⁴¹ Neologismo, através do qual o autor tenta romper com a concepção dualista mente-corpo.

em que os conflitos se atualizavam, poderia se debruçar sobre resíduos do que um dia foi vivo, para chegar a uma explicação lógica e racional para sua existência.

Em seus últimos textos, Freud desloca a posição de distanciamento do analista na transferência para uma experimentação por parte deste, da ambivalência dos impulsos presentes nos tempos primordiais da constituição do psiquismo, que, no entanto, ele procurava entender à luz do Édipo e da genitalidade. Em seu último texto sobre a feminilidade, em 1933, Freud assinalou que, ao aprofundar a análise de mulheres, se surpreendera com a intensidade dos vínculos pré-edipianos, chegando a afirmar que:

“Sabíamos, naturalmente, que houvera um estágio preliminar de vinculação com a mãe, mas não sabíamos que pudesse ser tão rico e tão duradouro, e pudesse deixar atrás de si tantas oportunidades para fixações e disposições. Durante essa fase, o pai da menina é apenas um rival incômodo; em alguns casos, a vinculação à mãe perdura além do quarto ano de vida. Quase tudo o que posteriormente encontramos em sua relação com o pai, já estava presente em sua vinculação inicial e foi transferido, subsequente, para seu pai. Em suma, ficamos a impressão de que não conseguimos entender as mulheres, a menos que valorizemos essa fase de sua vinculação pré-edipiana à mãe” (E.S.B., vol. XXIII: 147-148).

No entanto, esta inferência permaneceu, por muito tempo, como uma intuição freudiana, que a teorização psicanalítica não conseguia abarcar. Nas primeiras décadas de clínica psicanalítica, o período pré-edipiano foi relegado à atenção periférica dos psicanalistas e não foi levado em conta na relação transferencial, exceto por Ferenczi, que jamais abandonou a vivência traumática como constituinte do psiquismo e base do adoecimento. Da mesma forma que a transferência, a contratransferência foi pensada, de início, como uma interferência de restos não analisados pelo analista, intervenção causadora de problemas porque impediria a suposta “aspepsia” promovida pelo respeito à regra da associação livre e ao “interdito do tocar”⁴².

No entanto, atendendo a um número cada vez maior de pacientes que não se enquadravam nas neuroses clássicas, ficou evidente, para alguns psicanalistas, que algumas modificações deveriam ser introduzidas na técnica ortodoxa, com a finalidade de desenvolver

⁴² Anzieu, no livro *O Eu – Pele*, afirma que, a seu ver, a psicanálise se funda numa suspensão de trocas táteis e visuais, constituindo um duplo interdito, que visa a deslocar as interações entre analisando e analista para o plano verbal e estimular a auto-observação, erotizando o pensamento no lugar do corpo a corpo.

maior eficácia no atendimento a pacientes ditos “difíceis”, isto é: borderlines, psicóticos, somatizantes e pessoas com tendências anti-sociais.

Depois de Ferenczi, foi Winnicott quem, em 1958 considerou que, muitas vezes, o paciente que pede análise não chegou a desenvolver um eu, devido às falhas no cuidado materno, num momento em que o bebê ainda depende inteiramente do ambiente imediato. Ele assinalou que, nos casos em que falhas sucessivas ocorrem no processo de adaptação do ambiente às necessidades do bebê, este vivencia intrusões na continuidade de ser. Estabelece-se uma cisão psíquica e o indivíduo desenvolve concomitantemente um **pseudo eu**, que oculta e protege o eu verdadeiro. Nesses casos, o eu não consegue se diferenciar no momento de saída da identificação primária e um **falso eu** abafa o eu verdadeiro, protegendo-o, ao se estabelecer repetindo os padrões de falha de adaptação materna ao bebê. Em algum grau, todo humano possui um **falso eu**, mas quando este se instaura de forma a abafar o eu verdadeiro, obstruindo o contato com as emoções mais primitivas e criando defesas frente ao entorno ameaçador, promove-se uma adaptação do indivíduo ao meio, em que o psiquismo funciona sob o regime de uma cisão traumática. Dessa maneira, caem sob o recalque emoções e afetos que ficam **incorporados**, ou seja, geralmente se apresentam no registro corporal, sem possibilidade de serem representados mentalmente.

A esse respeito, acredito que para se compreender as patologias contemporâneas, deveríamos pesquisar mais profundamente as condições do exercício da maternidade no mundo ocidental pós-moderno. De fato, observamos, no Ocidente, que a luta das mulheres pela emancipação do patriarcado e por um lugar no mercado de trabalho - desde a industrialização, passando pelas duas grandes guerras mundiais - depois associada à luta pela igualdade de direitos civis entre os gêneros - teve efeitos sobre as condições de exercício e sobre a própria concepção de maternidade. Esta, muitas vezes, não pode ser experimentada sem culpa pelas mães, que passaram a dispor de pouco tempo para se dedicar à maternagem necessária à instauração de um desenvolvimento emocional saudável para seus bebês.

As vicissitudes da conquista da feminilidade desde o século XX, se, por um lado, trouxeram um acréscimo de possibilidades existenciais para as mulheres - possibilitando-lhes o exercício de novos papéis na sociedade - por outro, acarretaram uma desvalorização da maternidade como destino da mulher e estimularam um aprisionamento desta aos ideais de saúde, beleza e juventude. Estes ideais vieram reforçar seu aprisionamento a padrões de funcionamento individualistas e narcísicos⁴³, que, suponho, tornam difícil a prática da

⁴³ A respeito das vicissitudes da feminilidade contemporânea, ver Furtado, A. M: “Um corpo que pede sentido: um estudo psicanalítico sobre mulheres na menopausa”, em Revista Latinoamericana de Psicopatologia

maternidade com ludicidade, o que facilitaria seu bom funcionamento como matriz do processo de humanização. Nesse aspecto, observa-se hoje, em detrimento do contato mãe-bebê, uma idealização da normatização dos infantes através de *gadgets* eletrônicos, sendo, muitas vezes, o corpo a corpo entre cuidador e bebê substituído pela relação “panóptica” das câmeras que captam movimentos e imagens dos bebês para melhor controlá-los, ao invés de acolhê-los e embalá-los. A hipótese a ser considerada é, portanto a de que, hoje, as condições de exercício da maternidade pelas mulheres ocidentais permitem uma facilitação para que esse falso eu seja o que se apresente mais frequentemente ao analista. Isto caucionaria o fato de a demanda pelo amor e atenção do analista ocorrer, nesse momento, de formas bastante diferenciadas daquelas formuladas pelos histéricos e obsessivos na passagem entre os séculos XIX e XX. Os corpos deformados pelas dietas, as patologias de bulimia, anorexia, as mutilações, as demarcações através de *piercings* e tatuagens, as dificuldades de simbolização que desembocam nas mais variadas formas de depressão, estariam associadas, de acordo com as hipóteses aqui apresentadas, a falhas no contato alteritário. Desta forma, o pensamento winnicottiano que valoriza tão enfaticamente a relação materno-infantil na organização de um sentido para o eu adquire relevo para a criação de condições de analisabilidade para esses pacientes. Estes não se submeterão a uma análise “clássica” e exigirão que o analista seja capaz de estruturar um *setting* menos rigidamente estabelecido do que o proposto pela psicanálise ortodoxa.

Winnicott afirma que somente quando o analista percebe que o paciente já constituiu um ego estruturado é que se pode proceder ao trabalho interpretativo. Postula, porém, que nos casos em que se pode supor falhas nos cuidados iniciais, deve-se transferir a ênfase para o contexto analítico (definido como o somatório de todos os detalhes relativos ao manejo). Aí, o comportamento do analista deve ser percebido como algo que suscite no paciente a esperança de que “o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a viver” (Winnicott, 2.000c: 395). Advoga explicitamente que o analista esteja ao lado do paciente, acolhendo sua regressão à dependência e aos processos de desenvolvimento iniciais, tentando adaptar-se a ele de uma forma suficientemente boa, correndo os riscos de experimentar rupturas no processo de sua constituição subjetiva. Ele introduz a idéia da psicanálise como um encontro que propicie o desenvolvimento de um ego, que se integre como um ego

corporal, que pode repudiar o ambiente externo, iniciando suas relações objetais, vivenciando os impulsos do id, e podendo sentir-se real (idem: 396).

O analista deve ter, para Winnicott, sensibilidade à ruptura traumática vivenciada pelo paciente nos tempos primordiais. Face às suas falhas de adaptação no encontro com o paciente (que o fazem reviver as antigas falhas de adaptação na maternagem), o analista deve assumir uma responsabilidade, que implica em examinar sua contratransferência inconsciente. Assim, ele diz que fatos que seriam considerados resistência nos pacientes neuróticos, apresentando-se noutras patologias indicariam que o analista cometeu um erro.

Winnicott, como Ferenczi, desloca o eixo do tratamento da resistência do paciente para as resistências do analista, propugnando que apenas pela utilização de seus erros é que o analista fará a parte mais importante de seu trabalho. Desta forma, ele permitirá, pela primeira vez, a emergência da experimentação, por parte do paciente, da raiva sentida em relação a detalhes nas falhas de adaptação provocadoras de rupturas na época em que ocorreram. Com isso, defende que aquilo que na análise de neuróticos era considerado transferência negativa seja substituído por uma raiva objetiva das falhas do analista, que permitirá uma experiência de autenticidade e continuidade da existência do paciente. Somente então o analista, que promoveu uma adaptação ativa ao paciente, deve mudar a ênfase do trabalho, desenvolvendo o trabalho interpretativo, simbólico (idem: 397-398).

Pode-se considerar que, nesta perspectiva, a compreensão do fenômeno transferencial fica complexificada e enriquecida, ao se levar em conta o inevitável caráter regressivo da transferência e a importância de se entender **o encontro analista-paciente, como uma possibilidade organizadora do psiquismo, que abrange algo além da mera reedição de experiências.**

Winnicott é incisivo quanto à possibilidade do trabalho analítico ser estruturante de um sentido para o eu. Com isso, o eixo transferência – contratransferência, pólo condutor do atendimento psicanalítico, não pode ser examinado sem que se considerem os requisitos necessários para que o analista consiga acolher e suportar aspectos inconscientes, anteriores à capacidade de representação simbólica, que, no entanto, têm um sentido subjetivo.

Atualmente, vivemos imersos na cultura de massas, constatando que o espaço virtual e instantâneo produz experiências intersubjetivas fragmentárias e superficiais, em que se impõe o domínio da imagem sobre a palavra. Nesse contexto, creio que a psicanálise, para compreender o fenômeno humano, tem que recorrer à intuição freudiana acerca da importância da experiência primordial mãe - bebê como condição do surgimento do processo de subjetivação. Essa experiência tem se mostrado um viés enriquecedor para que se consiga

entender e dimensionar que tipo de subjetividade se constrói nos dias que correm, e de que forma hoje se expressa o sofrimento de existir. Seguramente, não mais da forma romântica que circunscrevia a experiência burguesa até uns cinquenta anos atrás. Hoje, a urdidura do inconsciente transparece nas quase infinitas formas de exibições imagéticas, desfocadas, fragmentadas, pedindo uma sutura discursiva para cobrarem sentido, profundidade e finalidade.

Num texto de 1994, Julia Kristeva (2000: 61-112) argumentou que Freud, durante a construção de sua metapsicologia, desenvolveu três modelos de linguagem. O primeiro - calcado no desequilíbrio entre o sexual e o verbal - foi retomado por Lacan quando afirmou que a sexualidade não pode ser toda dita, e ficou claramente expresso na assincronia entre a linguagem dos neuróticos e sua sexualidade. A hipótese subjacente a esta constatação está no dado constitutivo da imaturidade do infante, visto que o desejo dos seres humano não coincide com a linguagem e a inteligência. Devido à particularidade de pertencermos a uma espécie que nasce imatura, imersa numa “incapacidade lingüística inaugural” (idem: 62), haverá, em toda a história individual, uma discrepância entre um aspecto biológico, que amadurece numa direção, e o aspecto simbólico, formado pela aquisição e pelo desenvolvimento da linguagem. Kristeva, na argumentação que desenvolve, afirma que tanto a hipótese da neurose quanto a da imaturidade constitutiva induzem a uma tradução deficiente entre representação inconsciente e palavra - estabelecendo entre elas uma impossível equivalência – impasse que se estabeleceu desde os textos “pré-psicanalíticos” de Freud (entre 1881 e 1895). A autora chama atenção para o fato desse primeiro modelo freudiano de linguagem ser o de um “**aparelho folheado**”, composto por vários níveis de representação. Ele vai se estratificar em representações de palavra (centradas na imagem sonora, englobando também uma imagem de leitura, uma imagem de escrita e uma imagem de movimento) e as representações de objeto ou de coisa (formadas por imagens visuais, táteis, acústicas, etc.).

Kristeva chama atenção para o papel intermediário que tem a linguagem num primeiro modelo freudiano, o de um meio caminho, “uma caixa de equilíbrio entre o sensorial e/ou quantitativo (o energético, o pulsional) e a abstração”. Realça, assim, uma “**dupla natureza da linguagem**”, que lhe permite estar “na encruzilhada do corpo e do espírito” ⁴⁴ (idem: 66-67). Assim, afirma - como Ferenczi - que a linguagem de que fala Freud é aquela aprendida pela criança, a da comunicação passional e amorosa. Por isso, ressalta a autora, Freud se

⁴⁴ Para isso cita Freud que, no “*Projeto...*” (1895) assinalava que as associações verbais “colocam os processos de pensamento no mesmo plano dos processos perceptivos; eles lhes conferem uma realidade que torna possível a lembrança”.

interessou pelos processos perceptivos que se colocam no mesmo plano que o pensamento. Assinala Kristeva que:

“A linguagem, ao introduzir o pensamento no perceptual, permite-me encontrar uma lembrança perceptual perdida por razões que “eu” ignoro. Situada entre a carga energética e a percepção (por exemplo, a dor), por um lado, e a atividade lógica (“idéias”, “pensamentos”: são os próprios termos de Freud), por outro, a linguagem atua como *interface* e favorece o *conhecimento e a consciência* (Sistema P-Cs), apoiando-se ao mesmo tempo num substrato de representações heterogêneas (excitações neuronais, percepções, sensações)” (idem: 68).

Dessa forma, a autora valoriza a “complexidade da concepção freudiana relativa à linguagem”, segundo ela mesma, realçada, porém excessivamente simplificada pelo estruturalismo. Afirmando que a riqueza deste primeiro modelo está no fato de conceber um psiquismo que “não se limita à linguagem, embora esta seja a sua organizadora” (idem: 70), Kristeva comenta que este primeiro modelo é o que foi retomado nas teorias psicanalíticas dos anos 70, propostas por psicanalistas como Bion e Aulagnier confrontados com a necessidade de pensar num funcionamento infra-lingüístico, seja na psicose, seja na poesia.

Ela considera o segundo modelo de linguagem na obra de Freud como aquele “verdadeiramente psicanalítico”, próximo da concepção estruturalista adotada por Lacan. Esse modelo foi desenvolvido a partir de 1900, com a descoberta dos sonhos como uma das vias régias para o acesso ao inconsciente. Ela comenta que com o convite, dirigido ao paciente, para proceder à associação livre, Freud conseguiu que a narrativa operasse modificações no lugar dos sinais de linguagem. Ele obteve relatos de conteúdos traumáticos inconscientes, que, desta forma, foram iluminados ou deslocados para a consciência. Nesse modelo, segundo Kristeva, “a linguagem constitui uma zona intermediária, uma **interface** entre inconsciente e consciente e permite colocar o primeiro sob o domínio do segundo” (idem: 72) ⁴⁵. O inconsciente pode ser abordado no terreno das pulsões, mas só pode ser acessado através da linguagem, que revela, por meio da heterogeneidade “representação de palavra - representação de coisa” “tanto o vestígio mnésico quanto a carga pulsional inconsciente”. O sonho, nesse modelo, ocupa o lugar “exemplar” de uma “outra cena”, onde, à semelhança da linguagem consciente, existe uma “gramática” e uma “retórica” (deslocamento – condensação

⁴⁵ Nesse momento, a autora, em nota de pé de página, comenta que Freud, já na “Interpretação dos Sonhos” (E.S.B., vol. V: 1900), sustentava que a psicoterapia não tem outra meta do que a de submeter o inconsciente ao pré-consciente (Kristeva, 2000: 72).

- sobre-determinação⁴⁶, vinculada à metáfora e à metonímia). Nesse segundo modelo - que a autora chama de “otimista”, por permitir uma decodificação - a decifração é possível e a função analítica é, eminentemente, traduzir o sistema inconsciente para o consciente. Ele desvela uma outra lógica, paradoxal, em que a inexistência de contradições, de negações e a atemporalidade são a tônica. Os melhores exemplos dessa lógica inconsciente são os mitos e a poesia⁴⁷. Para Kristeva, Freud considerava a linguagem como sendo “o local desse domínio do inconsciente pelo consciente” (idem: 78). Ela critica uma tendência lacaniana a perpetuar um dualismo freudiano, central nesse segundo modelo, assinalando que esta vertente de interpretação do texto freudiano constitui uma leitura que despreza o originário e o pulsional, tendo em vista que só considera a linguagem como situada entre o inconsciente e o consciente e a pulsão como oposta à consciência. Comenta ela que este modelo é o que subjaz aos textos escritos entre 1910 e 1912. Ressalta, entretanto, que o ponto de vista freudiano é o oposto do valorizado pela leitura lacaniana, afirmando: “a pulsão e os processos primários são irreduzíveis aos processos secundários, apesar de sofrerem seu domínio” (idem: 78).

O terceiro modelo, segundo a autora, é o que vai além da questão do sentido, constituindo o que ela chama de modelo da “**significância**” (idem; 79), datado de 1912-14. Já em “Totem e Tabu” (1912) - considerado uma mitologia sobre o processo de hominização - alguns elementos desse terceiro modelo sobressaem, quando Freud fala de duas estratégias psíquicas, a saber: atos irrepresentáveis (cujos protótipos são o coito e o assassinato do pai) versus representações estruturantes pela identificação ao pai. Os atos se repetem evocando os traumatismos, que provocam “somatizações, ab-reações não psíquicas, sintomas, doenças, perturbações do comportamento, passagem ao ato” (idem: 80). No mito do assassinato do pai, a refeição totêmica representa um ato simbólico de identificação à função do pai. Dessa forma, a “fábula totêmica” encena o pacto simbólico, a partir do qual irmãos formaram uma cultura, tornando-se autoridades, através de uma identificação com a função de autoridade paterna e não com a sua tirania. Kristeva ressalta que o interesse de Freud nesse texto não é a estrutura lingüística, mas a **dinâmica psíquica** (grifo meu), “a dicotomia entre ato e

⁴⁶ O dicionário Houaiss assim define a palavra sobre-determinação: fenômeno do psiquismo humano consistente no fato de que uma mesma formação do inconsciente (sintoma, sonho etc.) pode ser originada por uma pluralidade de fatores heterogêneos e, portanto, é passível de receber diferentes interpretações, simultaneamente verdadeiras.

⁴⁷ Kristeva afirma que “a matematização do inconsciente desenvolvida pela escola lacaniana e, de outra maneira, o domínio cognitivista sobre as figuras inconscientes – estratégias computacionais aplicadas atualmente aos processos inconscientes - parecem afiliar-se a esse segundo programa freudiano, assim formulado em *A interpretação dos sonhos*:” A [meta da] psicoterapia é trazer aos fenômenos inconscientes a libertação e o esquecimento [...]; a psicoterapia não tem outra meta além de submeter o inconsciente ao pré-consciente. “(apud Kristeva, 2000: 77)”.

representação e entre irrepresentável e contrato simbólico em torno da autoridade” (idem: 82). Assim, ela mostra que em 1914, no texto “Sobre o Narcisismo: uma introdução”, o que emerge é a concepção do narcisismo como uma nova ação psíquica, distinta do auto-erotismo e anterior à triangulação edipiana. Essa primeira organização identitária mostra um Freud numa nova perspectiva, que Kristeva chama de “significância”. Nesse modelo, distinto dos dois anteriores, o narcisismo, primeira organização identitária, aparece como uma organização instável, que só vai se estabilizar *a posteriori*, a partir da triangulação edipiana. Kristeva sustenta que o narcisismo detalha etapas do que ela define como significância, uma noção que não separa as pulsões e as palavras, cobrando sentido a partir do texto freudiano de 1917, “Luto e Melancolia”. Nesse momento, frisa a autora, Freud já havia introduzido a noção de sujeito como oposto ao objeto (desde 1915), associando este construto à pulsão e não à construção simbólica nem à linguagem. Freud aprofunda, então, as “lógicas de ambivalência” entre sujeito e objeto. Cita como exemplo a melancolia, provocadora de uma depressão que advém como consequência de o objeto estar simultaneamente colocado dentro e fora do indivíduo, sendo amado e odiado ao mesmo tempo.

Kristeva sustenta, ainda, que depois de montar esses três modelos, Freud formula seu postulado mais radical: a pulsão de morte, sob a qual está a pulsão de vida. A função de Eros, ligar, unir, visaria a deter a força irreprimível de Tanatos, cuja função é o desligamento, o corte. A autora identifica, então, como lucidez freudiana, e não como pessimismo, a afirmativa de que a pulsão de morte seria mais operativa. Declara ela:

“Postulado enigmático, talvez, mas que afirma que a onda portadora é a pulsão de sentido e que a pulsão de vida é apenas, um ato de coesão primeira. Em outras palavras, sob a pulsão de vida, sob o erotismo, devemos encontrar sempre a pulsão de morte.” (idem: 85).

Ao definir o lugar da linguagem no pensamento freudiano, Kristeva registra que:

“... representações inconscientes são distintas de representações verbais, mas susceptíveis de serem associadas a estas, e, com isto, capazes, por intermédio da linguagem, de alcançar a consciência. Não existe linguagem no inconsciente, que é um reservatório de pulsões; as representações verbais são do terreno do pré-consciente; portanto, o que é pulsional é inconsciente, mas pode chegar à consciência. O pré-consciente - o que é verbal - foi, portanto, o primeiro percebido; uma simulação verbal veio das outras, por seu discurso, que foi percebido, depois esquecido; esse percebido-esquecido caiu no inconsciente, onde se

tornou vestígio mnésico; são essas palavras ouvidas, soldadas às percepções, seus vestígios mnésicos esquecidos, que as palavras pré-conscientes ouvidas hoje vão procurar.....” (idem: 86-87).

Relembrando que este primeiro modelo, “otimista” de Freud se manteve até o final de sua teorização, Kristeva considera que as “representações verbais” foram outrora percepções ⁴⁸ e por isso podem, como todos os vestígios mnésicos, voltar a ser conscientes. Essas “palavras - percepções” podem se ligar, ao mesmo tempo, à pulsão (ao corporal) e à representação linguageira (à consciência). Segundo a autora, nessa “encruzilhada” entre a natureza e a cultura é que Freud situou a palavra como um utensílio essencial à cura.

No entanto, em seu confronto com as psicoses, Freud descobriu que palavras não são tão seguras para a articulação entre percepção e consciência e vice-versa, como demonstra o fenômeno das alucinações. Nestas, desejos e angústias podem se cristalizar em palavras sem relação com a realidade objetiva; os processos que regem o funcionamento dos sonhos (processos primários) passam a dominar a cena psíquica, regendo o funcionamento consciente. Para Kristeva, Freud tentou abrir a psicanálise para um campo mais vasto que o da linguagem, um processo de simbolização em que esta tem seu lugar, mas não é mais o denominador comum. A este processo ela chama de significância, um sistema em que a identificação, a idealização e a sublimação co-participam na criação da subjetividade (idem: 88-89). Ela vê aí as raízes de uma concepção freudiana da idéia de um “sujeito em processo”, similar à concepção winnicottiana de um processo de personalização. Este me parece ser um desdobramento do que comumente chamamos de processo de subjetivação. Grande parte da validade da intervenção psicanalítica na experiência vital dos pacientes se deve ao fato de que o processo de significância se organiza como um movimento flexível, sempre aberto a modificações.

A significância se ancora no imaginário, na identificação primária com a imagem de um pai prototípico, presente “numa etapa muito arcaica - marcada pela ambivalência afetiva – do desenvolvimento do futuro ser falante”, “pedra angular de nossos amores e de nossa imaginação”. Kristeva comenta que o conceito de Eu-Pele de Anzieu ilustra como a **sensibilidade tátil** (grifo meu) faz da pele um “continente - primeiro que é suscetível de tranquilizar, de dar à criança certa autonomia, sobre a qual poderá se apoiar a imagem narcisista” (idem: 94-95). Ela também assinala que além da pele, o olhar constitui um

⁴⁸ A autora, que além de psicanalista é semióloga, adverte que esta percepção “não é acatada pelo modelo lingüístico saussureano (significante-significado), nem pelo modelo semiótico triangular de Pierce” (op. cit.: 87)

primeiro vetor sensorial de identidade, o espelho, que facilita essa construção, ambos articulados por um terceiro elemento, que é o “pai da pré-história individual”. O ego, com ele identificado, pode tornar-se objeto do id, amando-se a si mesmo de forma narcísica. Nesse processo de constituição de um eu, a pulsão de morte tem que passar por uma mutação, ficando a serviço de Eros, portanto, estabelecendo a significância. Kristeva diz que o que ela chama de significância Freud considera como “trabalho de pensamento” e está relacionado à possibilidade de representar, significar, falar e pensar. Assim, ela defende que a significância sobredetermina Eros e Tanatos, através da narrativa sobre si mesmo. **Esta narração fantasmática (fábula, conto, mito) é composta de sensações-vestígios mnésicos, que fazem do próprio ser do sujeito o centro da terapia analítica.** Dessa forma, a associação livre volta a ser, segundo ela, a preocupação dos textos finais de Freud, aquela de encontrar a representação do irrepresentável (idem: 97-105).

Para Kristeva, a inexistência de um dogmatismo em Freud, no que diz respeito à linguagem permite que possamos pensar no processo analítico como aberto a muitas linhas de pesquisa, como, por exemplo:

- a do lugar das sensações face à heterogeneidade da linguagem;
- a de um questionamento da preponderância da verbalização, que discuta a importância e os limites da narração na abordagem dos conteúdos fantasmáticos;
- a da importância do ato psíquico que introduz o lugar da imagem como substituta do não verbalizável;
- a da abertura do psiquismo para a dimensão do ser, o que exige a ampliação das capacidades sublimatórias do analista e do analisando (idem: 107).

3.4 A experiência do vínculo transferencial.

Observo que, partindo de uma análise epistemológica da construção da metapsicologia freudiana para situar sua inter-relação com a clínica, Kristeva realça a força da marcação sensorial em tudo aquilo que se pode identificar como sofrimento “psíquico”, quer este seja expresso por palavras, quer seja silenciado nos sintomas somáticos ou elaborado, de forma sublimatória, nas mais diversas atividades humanas. A experiência sensorial já tinha sido exposta pela autora como base para a construção literária num trabalho sobre a obra de Proust,

que chamou de “O tempo sensível” ⁴⁹ (Kristeva, 1994). Neste, Kristeva já assinalava que antes que Lacan a inscrevesse numa teoria da linguagem, a teoria psicanalítica estava longe de negligenciar a sensação, assinalando que a concepção freudiana de sensação é, pelo menos, ambígua e ambivalente⁵⁰ (1994: 339). As senso - percepções surgem, para ela, na obra freudiana em textos como “Uma Nota sobre o Bloco Mágico” (Freud, 1925), e nos “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade” (Freud, 1905b), onde Freud valorizava uma série de movimentos sensoriais que estão associados às representações de coisa e não às representações de palavras (ou do significante lingüístico). Kristeva afirma que as “percepções-excitações” constituem uma *caverna sensorial*. A autora sustenta que a dificuldade freudiana de definir o lugar do sensorial na constituição subjetiva remonta à dificuldade já enunciada pelo mito platônico da caverna, que denunciava a aporia das sensações nas quais os seres humanos estão aprisionados. Em sua “República”, Platão se refere às sombras projetadas na caverna como símbolos da experiência sensível, que deve ser iluminada pelo fogo das realidades inteligíveis, para que os humanos possam atingir um conhecimento não ilusório da realidade. Fazendo recurso a um salto no tempo, pode-se afirmar com Kristeva que, na contemporaneidade, a questão da dificuldade para se abordar as sensações, fica especialmente ilustrada pela patologia autística (como assinala no capítulo 2). Frente ao autismo, a autora é levada a sugerir a hipótese de “uma outra caverna”, ainda mais profunda e intraduzível, uma caverna sensorial desprovida de símbolos (sem as sombras descritas por Platão). Nessa caverna, uma experiência sensorial se organiza através das representações de coisas, sem a informação da cognição. De fato, no autismo, a inacessibilidade à linguagem demonstra uma via sensorial complexa subjacente ao mutismo e ao isolamento. Isso não significa dizer, no entanto, como defendeu numa época Francis Tustin, ⁵¹ que exista um autismo universal, mas sim que todo sujeito falante tem uma experiência sensorial irreduzível à linguagem, vivida por alguns de forma catastrófica, enquanto que para outros esta experiência rege um relacionamento “saudável” com o meio (idem: 407-413).

A partir dessas considerações, tentando compreender e intervir junto aos indivíduos contemporâneos, concebo a noção de **experiência** como central no processo analítico, uma

⁴⁹ No original, “Le Temps Sensible”.

⁵⁰ Kristeva admite que, muitas vezes, emprega indiferentemente os termos sensação e percepção, embora compreendendo que eles compartilhem da interface de uma operação comum, em que a sensação é orientada para o objeto, enquanto a percepção concerne ao impacto desse objeto para o sujeito (cf. nota de rodapé, 1994: 399).

⁵¹ Tustin, F: em seu livro “Barreiras Autísticas em pacientes neuróticos” (1990 [1986]) defende uma bolsa autística inicial sob a estruturação de uma neurose.

vez que entendo que a sessão analítica ocorre numa dimensão que transcende a reedição de vivências, sendo o tratamento analítico uma situação propícia à instauração de um vivido inaugural propiciador da integração dos registros corporais primitivos. O processo analítico, a meu ver, tem de considerar as sensações corporais e as intensidades afetivas presentes desde os momentos inaugurais da constituição do psiquismo, para encontrar esses sentidos e suas inflexões na forma do sujeito se apresentar, numa determinada cultura. Tais elementos são os geradores dos singulares estilos existenciais, construídos nas interações do sujeito com seu entorno. Caberá à psicanálise, como assinalou anteriormente Birman, ser “condição de possibilidade para a constituição de um estilo para o sujeito” (1996:14).

Esses estilos se desdobrarão no eixo transferencial, onde o encontro com o analista será o campo para a revivescência das experiências que desencadearam e desencadearão o funcionamento de uma determinada organização psicológica, mas também **o campo de instauração de criações de sentido**.

As posições defendidas por Winnicott permitem que os analistas winnicottianos estejam constantemente atentos para a sessão analítica como um espaço de criação de sentido vital. Entre eles, cito Safra (2005), que se refere ao tipo de atendimento a que o analista deve se propor, afirmando que:

“A sessão será mais um *espaço de experiência* do que um *lugar de cognição*. O trabalho com a transferência não será tanto feito pela interpretação decodificadora, mas pela utilização dela como campo de aparecimento do gesto que apresenta o *self* do paciente. O analisando busca o analista na esperança de encontrar a função e o campo que lhe possibilitarão emergir como ser existente e inserido na cultura e na história do homem. Busca a experiência pela qual poderá criar a constituição e a evolução de seu *self*. Essa experiência organiza-se em vivência estética que dá origem aos símbolos do *self*” (Safra, 2005, 30).

Essa postura vem ao encontro da ampliação do enquadre clínico, uma vez que ambiciona o estabelecimento de **um vínculo vital** com o paciente, preocupando-se em tratar as falhas ocorridas em sua experiência precoce, que foram determinantes na instituição de uma estrutura psíquica frágil. Trata-se de uma escolha por parte do analista, a eleição de que sua função seja a criação de possibilidades para a emergência de uma nova constituição subjetiva. Como consequência desta escolha, os parâmetros clássicos para os quais se voltava o analista, ou seja, a interpretação do Édipo, dos sonhos e atos falhos, embora mantenham sua eficácia, passam a um plano secundário na intervenção clínica. Quando a análise se volta

prioritariamente para a investigação da constituição subjetiva isso implica um olhar sobre uma sensorialidade básica, que deverá ser resgatada no interjogo analista/analizando.

Recentemente, Plastino (2005) comenta que a postura vitalista defendida por Winnicott, embora heterodoxa, é fiel ao espírito freudiano, sendo solidária a algumas de suas descobertas, cuja importância foi minimizada pela tentativa do próprio Freud em aproximar a psicanálise das ciências “duras”. Foi somente após a virada teórica dos anos vinte, quando ele apontou para um “primado da afetividade” na constituição do sujeito humano (em: Bezerra Jr. & Plastino (orgs.), 2001: 43-90), que esta revisão metapsicológica, antecipada desde 1914 pelo texto sobre o narcisismo, influiu mais vigorosamente sobre a clínica, permitindo que em seus textos finais ele se mostrasse aberto ao desvelamento de tudo que jazia sob o “rochedo da castração” (Freud, 1931). Isso significou atentar para a relação mãe-bebê, compreendendo a importância do auto-erotismo que precede a estruturação narcísica, o que consolida a justeza da afirmação de Ferenczi, já em 1909:

“O primeiro amor, o primeiro ódio realizam-se graças à transferência: uma parte das sensações de prazer ou de desprazer, autoeróticas na origem, deslocam-se para os *objetos* que as suscitam..... O primeiro *ódio objetal*, primeiro *amor objetal* constituem, portanto, a raiz, o modelo de toda a transferência posterior, que não é, por conseguinte, uma característica da neurose, mas a exageração de um processo mental normal” (Psicanálise I: 85).

Na experiência vivida entre o *infans* e sua mãe impõe-se entender que o psiquismo é encarnado num corpo, e que há um registro corporal que estará presente em toda ação do sujeito no mundo. Freud nos legou o desafio de estender o escopo da psicanálise para além da esfera do domínio da genitalidade, o que traz o registro corporal para o centro da cena analítica.

Com efeito, nas últimas décadas, a clínica passou a se ocupar das patologias em que a preeminência do corpo é um referencial, a ponto de hoje, segundo Jurandir Freire Costa (2004), podermos falar de uma “personalidade somática de nosso tempo” (*apud* Lipovetsky, 1997). Freire Costa destaca a contribuição da fenomenologia para a descrição

“das sensações interoceptivas responsáveis pelo equilíbrio gravitacional horizontal e vertical; pela orientação das coordenadas espaciais de frente / verso e cima / baixo; pelo controle do ritmo dos movimentos; pelo estado de prontidão para agir e pelo sentido de

localização de partes do corpo em relação à totalidade corporal, *foram redefinidas como modalidades não lingüísticas de conhecimento, em tudo semelhantes ao conhecimento conceitual*. Isto é, o conjunto das atividades adaptativas - o chamado “*arco intencional*” - é formado pela “*intencionalidade mental*”, mas também pelos reflexos inatos e hábitos físicos, a “*intencionalidade motora*” (idem: 213-214).

Ele demonstra como os sintomas físicos assumiram, no discurso científico mais recente, a predominância na descrição da causalidade psíquica, muitas vezes considerando os efeitos como sinônimos de causas (no caso das descrições físico-químicas da depressão, por exemplo). Argumenta que tal fenômeno desconsidera a tradução dos fatos psíquicos como processos, “fluxos da vida relacional”, que não podem ser contidos em traçados ou mapas (idem, 220).

Nesse trabalho, Freire Costa ressalta que os fenômenos corporais adquiriram um peso considerável na forma de comunicação entre os sujeitos contemporâneos, uma vez que, sendo uma sede privilegiada da subjetividade, o corpo se constitui num processo relacional que inscreverá tanto na epiderme, quanto nas vísceras e no cérebro, a história de anseios, valores e ideais.

Impõe-se, então, pensar que o registro corporal de que trata a psicanálise pode e deve dialogar com as neurociências e a psiquiatria, mas também considerar que **um corpo que se institui num processo relacional, jamais será redutível a um processo meramente maturacional**. É um corpo que adquire sentido e forma na troca com um outro cuidador. O psicanalista contemporâneo necessita, portanto, enfrentar a problemática dos percalços da constituição de uma subjetividade. Isso faz com que sua intervenção tenha um propósito de cura, de erogeneização de um corpo afetado por marcas indeléveis, que, mais que entendidas e desveladas, deverão ser cuidadas.

O atendimento analítico, a meu ver, deverá ser, portanto, uma experiência doadora de um sentido vital, de aquisição de uma imagem inconsciente de corpo íntegra e coesa, apta a criar e experimentar situações novas. Para tanto, penso que será necessário que o terapeuta ouse criar condições estáveis e contínuas para a emergência das angústias originalmente indizíveis, que precisarão ser revividas para poderem ser nomeadas e pensadas. Isso implica que enfrente uma extensa gama de afecções mútuas entre ele e seu paciente, o que o confrontará com a criação de condições no *setting* para tratar da dor de existir.

Autores winnicottianos, em particular, consideraram a terapia psicanalítica como um processo de estruturação ou reestruturação de espaços potencialmente subjetivadores, levando

em conta que formações psicopatológicas se constituem no contexto de falhas em momentos muito primitivos da existência. Assim, uma analista como Prochet pode pensar o trabalho analítico como um esforço organizado que “realça a qualidade intrínseca de se estar vivo” (Prochet, 2.000: 7). Ela defende a visão winnicottiana de criação de um tempo, vivido na criação de um espaço transicional⁵², que desafia a visão cronológica e institui o *setting* como um espaço-tempo criativo por excelência.

A propósito do vitalismo winnicottiano, Plastino⁵³ comentou que esta perspectiva teórica visa a abarcar o tema da complexidade da vida. Ele permite que se ultrapasse o paradigma Moderno, que foi marcado por pressupostos essencialistas, deterministas e mecanicistas, desvelando as relações causais no mundo natural. A perspectiva vitalista visa ultrapassar a limitação do reducionismo contido naquele projeto de conhecimento que permitiu uma extraordinária evolução das ciências da natureza, mas concebeu os instrumentos matemáticos, lógicos, como os únicos capazes de validar uma construção científica. Na concepção vitalista, a Natureza apresenta muitas outras formas de ser, cuja apreensão foge à causalidade e à determinação que, na Modernidade, pautam os experimentos científicos. Estas formas de ser não são passíveis de explicação, mas podem ser objeto de compreensão através de experiências organizadas por uma pluralidade de saberes. Num novo paradigma, o abandono dos pressupostos racionalista e essencialista permite que consideremos que o que se atualiza na história emerge de um dinamismo (jogo de forças) virtual e da criatividade humana. O autor assinala que Winnicott produz um saber desse tipo, quando defende que o “verdadeiro *self*” “é uma atualização, sempre singular, das linhas de força que sustentam a forma de ser do humano”. Essas linhas de força são a motilidade e o erotismo. Este último se revela no contato intersubjetivo, fundador da subjetividade.

Ainda segundo Plastino, vale lembrar que Winnicott enfatiza que o “verdadeiro *self*” é criado por cada sujeito, quando o ambiente favorece seu “**dinamismo espontâneo**”, sendo este um desdobramento do processo de erotização. O “falso *self*”, por sua vez, é pensado como consequência da adaptação do sujeito a um ambiente invasor, que obstaculiza o dinamismo espontâneo da forma de ser do humano, afetando o potencial criativo do sujeito e redundando num sofrimento, cuja expressão mais forte Winnicott designa como “perda do sentimento de ser” ou “perda do sentido de continuidade da vida”. Para ele, somente um *self*

⁵² A noção de “espaço transicional” é um elemento-chave do pensamento de Winnicott, que ilustra sua filiação epistemológica ao pensamento complexo. Trata-se do surgimento de um espaço-tempo, em que emergem objetos não mais subjetivos, mas ainda não objetivados, os objetos transicionais, primeira criação necessária para o surgimento das relações objetais e da criatividade (Winnicott, 1975[1951]).

⁵³ Comunicação pessoal do autor, em dezembro de 2005.

verdadeiro seria capaz de criatividade, que, herdeira do vitalismo, é estrangeira ao determinismo e visa à preservação das expressões vitais. A teorização winnicottiana, baseada em sua clínica, é um exemplo claro, segundo Plastino, da invenção de possibilidades para a criação de sentidos para a experiência individual.

No entanto, na clínica, para que essa criatividade se faça presente, é necessário que algumas condições sejam estabelecidas; entre elas se destaca o exame acurado da contratransferência do analista. Esta estará montada no interior da trama transferencial, jogando luzes e sombras na avaliação e compreensão da experiência clínica, como comentarei a seguir.

4 DIRIGIR O TRATAMENTO VISANDO À INSTITUIÇÃO DE UM SENTIDO VITAL

4.1 A sensorialidade do analista: alicerce da contratransferência

Winnicott é incisivo quanto à possibilidade do trabalho analítico ser estruturante de um sentido para o eu. Essa formulação considera o trabalho analítico como operando no espaço intersubjetivo, que deveria funcionar como um espaço transicional⁵⁴, criativo por excelência.

A partir dessa visão, o eixo transferência - contratransferência se estabelece como pólo condutor do atendimento psicanalítico, como um espaço transicional por excelência, e a criatividade emerge como uma das metas deste trabalho.

Tenho afirmado, ao longo deste trabalho, que um dos requisitos necessários para que ocorra uma análise, é que o analista consiga acolher e suportar aspectos inconscientes, anteriores à capacidade de representação simbólica, que, no entanto, têm um sentido subjetivo. Considero que, segundo este ponto de vista, a regressão a um funcionamento emocional primitivo não precisa ser estimulada, porque se impõe como traço fundamental da transferência, fazendo com que fenômenos ocorridos antes mesmo que o paciente tenha constituído uma demarcação entre ele e o outro, entre um dentro e um fora, emirjam sistematicamente no encontro entre o analista e seu paciente. Como consequência, as vivências corporais precoces ficam em evidência, não como pano de fundo, mas na “memória corporal” (Fontes, 2002), que marcará significativamente o eixo transferencial. O encontro continuado com o analista será, portanto, não só o campo para a revivescência das experiências que desencadearam o funcionamento de uma determinada organização psicológica, mas também **o campo de instauração de novas criações de sentido**. Assim, fica incluído no trabalho psicanalítico o desvelamento de experiências sensoriais que fizeram parte da experiência pregressa do analisando e que guiarão sua forma de ação no *setting*.

Fontes - baseando-se em Ferenczi – assinala que o analista, da mesma forma que o sonho, é percebido pelo paciente como um resíduo diurno na formação onírica: um traço no qual se

⁵⁴ De fato, no livro *O Brincar e a Realidade*, Winnicott já afirmava que: “Desde o nascimento, portanto, o ser humano está envolvido com o problema da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido, e, na solução desse problema, não existe saúde para o ser humano que não tenha sido iniciado suficientemente bem pela mãe. *A área intermediária a que me refiro é a área que é concedida ao bebê, entre a criatividade e a percepção objetiva, baseada no teste de realidade. Os fenômenos transicionais representam os primeiros estádios do uso da ilusão, sem os quais não existe para o ser humano, significado na idéia de uma relação com um objeto que é por outros percebido como externo a esse ser* (Winnicott, 1975[1971 :26).

concentra o “despertar da memória das sensações, sentida como um tempo reencontrado” (Fontes, 2002: 68). A esse respeito, Pontalis asseverou que a análise visa a instituir tanto o paciente quanto o analista num outro regime de pensamento, num regime semelhante ao dos sonhos, lembrando que eles podem ser considerados como capazes de exercer uma função excitante, seja de prazer ou de dor. Assim, diz ele, “a análise, ao mesmo tempo abre para o ilimitado e o domestica” (Pontalis, 1991: 65).

Pontalis, nos anos 90 comentava que o caráter paradoxal da transferência se deve ao fato de o analista ser simultaneamente seu “transitário e destinatário” (idem: 76). Ele comenta que o que ocorre numa análise são transferências de elementos de natureza diversa - pensamentos e afetos - dirigidos **para** o analista. O autor ressalta que estes elementos podem ser tão pontuais quanto são os traços de identificação: uma entonação, uma data, a sílaba de um nome, irreconhecíveis à primeira vista e que não só se repetem como podem ser criados. Ele assim se questiona sobre o caráter paradoxal do movimento transferencial:

“A transferência é algo novo, é algo velho? Prosa laboriosa do que foi ou poesia que advém?” (idem: 81)

O autor, nesse trabalho, visava a destacar que a repetição, encontrada por Freud na transferência, se dirige ao presente, a um agir das paixões, o que lhe confere o caráter de estranheza, uma vez que a reprodução que ocorre no espaço transferencial se assemelha às alucinações e à atemporalidade. O que ocorre - comenta ele - é que “o paciente age suas paixões. No presente” (idem:86). Assim sendo, como já assinalamos, é mais que um “dizer”, é um “fazer”.

Pontalis defende que este estatuto paradoxal faz com que a transferência não seja um texto e não possa, portanto, ser relatada nem traduzida. Sob transferência, advém uma cena, um acontecimento estranho, em que se conjugam “repetição e primeira vez” (idem: 94).

Ele chama a atenção para a dificuldade em se explicitar a contratransferência, ainda que a pensemos como homóloga à transferência, porque ao tratarmos da relação entre dois inconscientes podemos perfeitamente confundir situação analítica com uma “loucura a dois”. Já assinalei no capítulo anterior que, assim como a transferência, a contratransferência pode ser um obstáculo ou uma alavanca para o tratamento. Pontalis comenta que, a partir de 1950, trabalhos das analistas Ida Macalpine e Paula Heimann apontaram, respectivamente, para o papel indutor da regressão instaurado pelo *setting* e para a utilização das “reações emocionais

do analista” no ato de interpretar. Ele mostra que especialmente Heimann ampliou a concepção clássica do analista como uma “superfície de projeção”, propondo que se entenda sua função como a de um filtro extremamente sensível para os conflitos inconscientes do paciente. Enumerando as dificuldades no trato da situação analítica por parte do analista, Pontalis comenta, ainda, que há aspectos da contratransferência que o analista detecta na “carne”, numa “experiência singular de alteridade fundamental”, “quando somos ultrapassados por aquilo que, em nós, acontece” (idem: 103). Isso ocorre quando o analista se vê imobilizado face às dificuldades do paciente, independentemente do estatuto nosográfico ao qual elas correspondam.

Pontalis comenta, ainda, que Winnicott, tendo dedicado um de seus livros aos os pacientes que lhe “ensinaram tudo”, não se referiu a um aspecto que considera fundamental, o de que:

“uma análise só é realmente eficaz se faz vacilar as referências, modifica o regime do pensamento, e, ousemos dizer a palavra, o *ser* do analista” (idem: 108).

A contratransferência, diz-nos ele, consiste no estranhamento que faz com que, lentamente, o analista se familiarize com a estória, os laços de parentesco, a cultura e a língua do outro, radicalmente estrangeiras às suas. Sendo ele um estranho ao paciente, a contratransferência é o ato de acolher em si mesmo a transferência do que é estranho para o paciente (idem: 110).

Nesse processo intersubjetivo, em que o domínio é o das paixões, Pontalis define que, embora uma análise não seja uma criação artística, é um acontecimento real, e o vivido transferencial, ao contrário do sonho é inesquecível.

Entre os analistas brasileiros, Fontes é uma dos que insiste na semelhança entre os processos de construção onírica e a evolução de uma psicanálise. Diz-nos ela que:

“É preciso admitir que analista e analisando estão colocados em uma “estranheza na transferência” provocados por esses **‘efeitos especiais’**. Para eles, a **carga sensorial** é que vem conferir à palavra um sentido de reconhecimento do íntimo desconhecido que nos habita, uma memória corporal despertada” (idem: 69; grifo meu).

Apoiada em trabalhos de J-B. Pontalis, a autora assevera que essa estranheza é intraduzível e escapa à ordem do discurso, sendo apreendida como algo insólito (Unheimliche)⁵⁵. Assinala também, como Kristeva, que esse estranhamento não coincide com o provocado pelo processo de recalçamento e pode se apresentar sob a forma de manifestações corporais. Defende, então, a existência de uma memória corporal, formada pelas reedições de experiências vividas num tempo muito precoce da existência, quando o ego ainda não estava completamente constituído. A autora argumenta que o que se repete no campo transferencial, são **fragmentos de sensações** mais do que representações recalçadas (idem: 70).

Interessa-me destacar que esses “fragmentos de sensações”, fenômenos que parecem “efeitos especiais”⁵⁶, são muito mais que alegorias ou reforços do conteúdo; **são as experiências que moldam a relação intersubjetiva, marcando a forma de apreensão e ação do sujeito no mundo**. Esses fragmentos sensoriais significantes, que chamo de **sensorialidade**, compõem um estilo subjetivo, que será posto em xeque no processo analítico. Esse comentário sobre **um tipo especial de repetição**, que é o **sensorial**, oferece uma pista sobre ao valor terapêutico e metapsicológico do vivido não verbal no funcionamento psicológico do sujeito. Ele é constituído por um mundo de sensações que jamais chegaram a ser representadas, que nunca acederam ao discurso simbólico, que, no entanto, constituem o viés sobre o qual se tecem as articulações significantes. Esse mundo irrompe quando menos se espera de modo abrupto, sem qualquer conhecimento intelectual ou controle. Constitui, entretanto, a expressão mais direta de um inconsciente originário, de um funcionamento primitivo, que coexiste no sujeito com as mais elaboradas aquisições culturais.

Penso que a dificuldade em detalhar e esclarecer os fenômenos dos pólos transferência – contratransferência está vinculada não à sua oposição ou à sua homologia, e sim às perspectivas multifacetadas que apresenta. Costumo pensá-la, numa perspectiva complexa, não linear, nem dual. Considero que a experiência transferencial terá, sempre, uma de suas faces exposta à luz, enquanto as demais estarão agindo, simultaneamente, mas à sombra. A reflexão de Coelho Jr. sobre a noção de trauma e sua especificidade na vida contemporânea (2003:75-92) pode enriquecer a compreensão do que ocorre no espaço-tempo do fenômeno transferencial. Ele chama nossa atenção para o fato de que, em situações marcadas pela

⁵⁵ Em seu texto Das Unheimliche (1919), Freud sustenta que o que é percebido como estranho e inquietante costuma ser o mais íntimo e rechaçado em cada um de nós, uma experiência recusada pela consciência, que transforma o familiar em estranho pelo processo de recalçamento.

⁵⁶ Refiro-me aqui aos efeitos imagéticos - fotográficos, cinematográficos, musicais e/ou gráficos - que destacam elementos de uma cena, intensificando as impressões sensoriais por ela causadas.

violência, em que o peso do traumático é a simultânea experiência de familiaridade e estranheza, fica impossível para o indivíduo diferenciar o que vem de fora e o que vem de dentro, sendo difícil esclarecer de onde surge o desejo inconsciente. Observa que o sujeito fica confrontado com uma “justaposição indissolúvel do estranho e do familiar, do absoluto terror com aquilo que sempre representou o absoluto aconchego e acolhimento familiar”, havendo um excesso de realidade material, que perfura a cápsula fantasmática protetora da intimidade do sujeito, sendo o trauma constituído por “excesso de realidade e excesso de fantasia”. Esses excessos dificultam o estabelecimento entre o que é interno e o que é externo ao eu, no momento mesmo de sua inauguração.

O eu se constrói, como vimos, através do “contato de dois corpos”, nos cuidados materno-infantis, traumáticos em alguma medida, devido ao impacto de uma realidade nova, impossível de ser plenamente assimilada, por isso permanecendo irrepresentável. Coelho Jr. também considera que esse contato gera “sensações inaugurais de familiaridade e estranheza” exigindo um posicionamento teórico e prático diferenciado daquele inicialmente instituído na terapia clássica (idem, 2003: 77-82). Assim, o autor retoma a noção de trauma em Ferenczi, assinalando que a clivagem resultante da intensidade afetiva vivida, acompanhada do desmentido que desqualifica essa experiência, institui um desamparo que está na base das situações patológicas. Ele ressalta que a noção de simultaneidade confere ao trauma um valor específico, o de colocar em relevo a experiência de **afetos paradoxais**, que reeditam ou vêm instituir uma experiência intersubjetiva de organização do eu. Nesse sentido, seu trabalho vem ratificar o pensamento de Pontalis sobre a paradoxalidade do vivido transferencial: ao mesmo tempo repetição e novidade.

Ferenczi já assinalara que são características do tato do analista as atividades de ponderar as reações, avaliar e medir o que ocorre na sessão. Vimos aqui que, nessa perspectiva, o eixo transferencial passa a girar em torno do que se passa entre analista e paciente, e a neutralidade é abandonada em prol da instauração de uma experiência, que tem no sonho o modelo de apresentação do infantil no inconsciente. Coelho Jr. enfatiza que esse modelo revela que o traumático aparece no silêncio, cada vez que a palavra não está presente na sessão, quando algo pára e não pode ser verbalizado.

Considero que, segundo este ponto de vista, o manejo do “*setting*” pode ser pensado de forma menos distanciada e muito mais provocativa e intervencionista do que se imaginou classicamente, sem que se produzam, entretanto, invasões ou induções como na técnica ativa defendida por Ferenczi, e posteriormente criticada por ele mesmo, em favor do relaxamento e

neo-catarse, proposições técnicas que supõem uma presença intensa, porém menos invasiva por parte do analista.

Esta argumentação é corroborada por Maia (2004: 52-59), que advoga a impossibilidade de se estabelecer um vínculo transformador da dinâmica psíquica sem que os protagonistas dessa experiência intersubjetiva se deixem afetar mutuamente pelos ritmos emocionais despertados no contato entre ambos. Também esta autora retoma a importância do trabalho de Ferenczi, em sua posição de teórico que, atento à singularidade dos problemas apresentados pela clínica, se dispunha a rever os conceitos já estabelecidos pelos “esquemas de purificação” do campo psicanalítico institucionalizado. Ela comenta que, mais do que insistir no valor do trauma efetivamente ocorrido - que Freud descartou como hipótese explicativa para o desencadeamento dos fenômenos histéricos, privilegiando uma compreensão lingüística do inconsciente até os anos 20 - a insistência ferencziana em dimensionar o lugar dos afetos na clínica ocorreu neste mesmo período. Nessa época, Freud não teorizou sobre a técnica, embora, tenha produzido uma nova concepção metapsicológica, que se consolidou em 1926, através de um redimensionamento das noções sobre a gênese do aparelho psíquico e do afeto de angústia, que foram preconizadas pela descoberta de um “Além do princípio do Prazer” (Freud, E.S.B., Vol.XVIII, 1920).

Maia sustenta que algumas das situações clínicas com que nos defrontamos hoje pedem que se considere a dimensão traumática do psiquismo, entendendo - como Ferenczi - o conflito psíquico como algo a ser dimensionado para além do nível tópico (conflito entre as instâncias id, ego e superego). Assim, para a autora, o trabalho analítico contemporâneo incidirá sobre a “economia da dor”, manifesta pelas “compulsões ou seu reverso, a apatia” (idem: 56) e não só sobre as representações recalcadas. Assinalando que a clínica atual nos confronta diariamente com patologias que no início do século passado eram consideradas “raras”, porque emergiam num registro além do princípio do prazer, Maia nos diz que na Pós - Modernidade “os formatos do sofrimento humano” diferem daqueles que intrigaram Ferenczi, não por sua raridade, mas por sua abundância. Desta forma, defende que a psicanálise tem instrumental para lidar com uma “multiplicidade de fenômenos da alma desde que amplie e reveja o estatuto do corpo e dos afetos na experiência analítica” (idem: 57). Esta prática não pode ser completamente catalogada, classificada, qualificada e generalizada, em suma, confinada a um quadro psicopatológico, visto ser central na escuta analítica o acolhimento do sofrimento que o outro, nosso paciente, nos endereça. Outro comentário da autora que vale a pena destacar - vem ao encontro daquele propugnado pela maior parte dos autores aqui apresentados - é o de que cada analista deveria ser capaz de se deixar invadir pelo sentimento de medo e estranheza

que nos traz o desconhecido. Ela chama a atenção para a complexidade do ofício de analisar, pois, ao mesmo tempo em que não podemos catalogar, não devemos esquecer as classificações, e necessitamos nos deixar invadir pela “estranheza” da novidade que é a construção de uma nova subjetividade.

As proposições dos autores quem tenho em referido, permitem-me defender que o atendimento àqueles que hoje demandam análise seja voltado para uma intervenção sobre a dinâmica psíquica dos pacientes visando a minorar a sua dor de existir e permitindo que desenvolvam um movimento vital, que lhes propicie um viver criativo.

4.2 O encontro intersubjetivo, propiciador do sentimento de continuidade vital

Para se instituir como um outro cuidador, que propicie condições para que o paciente possa atualizar suas potencialidades e ampliar o campo de suas experiências, o analista necessita desenvolver, como dizia Ferenczi, um tato que está fundado em sua capacidade de se identificar com os processos primários do paciente.

O tato se apresentará através das distintas formas pelas quais o analista se apropriará do princípio da regra fundamental, ou seja, dos recursos aos quais fará apelo para abrandar a censura ou a inibição dos conteúdos inconscientes do paciente.

A análise de crianças e adolescentes constitui uma ilustração desta situação: embora falantes estes indivíduos, devido a fatores que vão da imaturidade fisiológica às dificuldades ou impossibilidades para expressar verbalmente seus conflitos, demonstram que o brincar é uma forma de falar⁵⁷ e estabelecer um padrão narrativo em que se podem observar suas formas de apreender o mundo e de nele agir.

Santa Roza (1999) comentava que Françoise Dolto, embora não tenha como Klein ou Winnicott, desenvolvido uma teoria sobre o brincar, ressaltou continuamente sua dimensão simbólica, expressa tanto na modelagem quanto nos desenhos, defendendo a “função ‘paralógica ou ilógica’ das formas: por evocarem sensações e emoções, como uma espécie de sonho acordado, ilustrado em vez de descrito, repleto de sentido, específico para cada criança”. Os desenhos e a modelagem permitem, na situação transferencial, “reevocar e

⁵⁷ Santa Roza, (1999[1993]: 51-57) trabalhou com a idéia de que o brincar é uma forma de discurso já prenunciado no jogo do “*fort-da*”, presença/ausência, como exposto por Freud em “Além do Princípio do Prazer” (1920). Segundo ela, esse jogo, vinculado à constituição do sujeito, é um protótipo de uma atividade simbólica. Ela esclarece que Winnicott defende o aparecimento do objeto transicional no segundo semestre de vida da criança como “uma primeira atividade lúdica” que tem “o estatuto de uma passagem do pólo natural ao cultural, da completude imaginária ao acesso da criança à função simbólica” (idem: 54).

liberar” o que concerne ao inconsciente. A autora assinala que Dolto conclui que o método da associação livre, não podendo ser utilizado com crianças muito pequenas, deve ser substituído pelas brincadeiras, em que a interpretação se dá pela forma como os analistas intervêm, através de perguntas e comentários a propósito das brincadeiras e das manifestações corporais infantis. Dessa forma, o analista facilita um brincar em que através de bonecos (como a boneca-flor usada por Dolto no caso Bernadette, e posteriormente noutros atendimentos), animais ou objetos e desenhos se façam evidentes os mecanismos defensivos que, uma vez fixados, estabeleceram os quadros psicopatológicos (1999: 126-127). “Os recursos lúdicos permitem algum distanciamento das crianças de seu próprio corpo, o que facilita a expressão, em nome de outro objeto, de emoções pelas quais ela não se considera conscientemente responsável” (idem: 127) , permitindo uma reflexão (como num espelho) sobre as mesmas. Santa Roza advogava que:

“O processo interpretativo que o brincar “é capaz de promover - por conter em si múltiplos sentidos que permaneceram flutuantes, potencialmente evocadores - é facilitado pelo analista não apenas pelo que ele diz, mas também e principalmente pelo que ele brinca. Falamos então de uma interpretação que se efetua no nível da própria linguagem do jogo: com ela é possível propor questões, ressaltar e sublinhar determinados movimentos da brincadeira pela imitação, inverter papéis e produzir cortes” (idem:127-128).

Considero como Winnicott, cujo pensamento foi retomado pela autora, que a capacidade de brincar do terapeuta é uma característica necessária em todo aquele que se dispuser a ser psicanalista, porque segundo ele, “a psicoterapia se efetua pela sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas” (Winnicott, 1975 [1971]: 59).

Ampliando o sentido dessa observação, avalio que, em especial com os pacientes adultos, a brincadeira pode ser expandida, através da inclusão do humor, que confere ludicidade ao encontro analista-paciente, retirando deste momento uma rígida sisudez, que não nos auxilia na tarefa de fazer falar o inconsciente.

Na sociedade ocidental contemporânea, dominada pelos meios de comunicação de massa, jogar com o imaginário contido nos filmes, vídeos, jogos eletrônicos, a meu ver, equivale a acolher manifestações que, na maioria das vezes, se compõem de forma similar ao do funcionamento onírico, podendo constituir, como os sonhos, uma via privilegiada para conhecer conteúdos inconscientes. Muitos de meus pacientes adolescentes, por exemplo, só

conseguiram falar de seus conflitos e desejos trazendo para a sessão revistas em quadrinho, temas musicais, experiências em salas de jogos eletrônicos. Alguns destes (poucos, em verdade, tendo em vista que não induzo ou estímulo particularmente esta prática) necessitaram estabelecer uma correspondência eletrônica comigo entre as sessões. Num referencial de análise clássico estas manifestações talvez fossem consideradas como atuações de elementos não analisados, falhas na capacidade de contenção do analista. No entanto, observei que esperar que o paciente demonstre o seu estilo expressivo peculiar favorece um contato que mobiliza mudanças na fixidez fantasmática exibida inicialmente por ele. Minha resposta às tentativas de contato entre as sessões sempre visou a facilitar a inclusão desse material nas sessões subsequentes, o que ocorreu através de alguma alusão a essa busca de contato significativa para o trabalho de perlaboração.

Julgo que incluir sem censura crítica, muitas vezes com humor, qualquer tentativa de aproximação ou de afastamento advinda dos pacientes antes, durante e depois das sessões funciona para eles como uma garantia de estarem vivos na memória afetiva de seu terapeuta. Essa atitude terapêutica também pode minorar a angústia provocada pelo final das sessões. Em momentos de regressão mais profunda, alguns paciente podem sentir o final das sessões como o instante em que se instaura um profundo desamparo, percebido como uma perda da continência necessária para a manutenção da coesão egóica, que garante o sentimento de continuidade vital.

Assim, defendo que a “estranheza” que inicialmente se instala quando certas atuações surgem durante o processo analítico, dentro ou fora das sessões, ao invés de serem rechaçadas, possam ser acolhidas para que o analista consiga estabelecer uma intercomunicação entre os vieses inconscientes seu e dos pacientes. Alguns destes, como Carla, provocam uma sensação de estranhamento, um desconforto distinto daquele causado pelo desafio proposto ao terapeuta pelas pacientes histéricas, não só pela bizarrice de alguns sintomas surgidos ao longo do processo, mas, sobretudo, pela forma de paralisia do dinamismo psíquico que eles apresentam, impedindo que tenham experiências vitais criativas. O aparente não sentido de seu sofrimento costuma ser um recurso para permanecer vivendo num espaço-tempo vazio de sentido, que inicialmente só é percebido como tristeza e dor.

4.3 A dor de existir, o terror de desaparecer e o sentimento de vazio: motores e obstáculos para o tratamento

Em 2000, Prochet assinalou que, ao investigar a área da experiência cultural, Winnicott, mais uma vez, rompe com a perspectiva dualista e não se submete ao reducionismo que é corolário da oposição natureza/cultura,

“introduzindo uma terceira possibilidade que designa como o lugar que estabelece uma ponte entre o dentro e o fora: ele a chama de **espaço potencial**, experiência cultural, área de ilusão ou apenas brincar. Este espaço ficaria fora das linhas divisórias, quer seja entre o dentro e o fora, o sono ou a vigília, ocupando uma área só sua, singular” (Prochet, 2000: 36, grifo meu).

Este espaço, que não é sonho nem relação de objeto, constitui o espaço do brincar, que é um espaço de ilusão. A autora considera a necessidade de se pensar a ilusão sem um viés pejorativo de falha moral ou perceptual, defendendo que seja concebido como uma terceira concepção da experiência ilusória, que é ter um caráter plástico, mutante, marcado pela descontinuidade característica da permanente organização e reorganização das percepções (idem: 39-40).

Creio que a noção de espaço potencial enriquece nossa possibilidade de descrever o que ocorre numa experiência de análise, que, como diz Prochet, é vivida num tempo particular, numa suspensão entre sonho e realidade. A autora assinala que tempo e espaço na clínica são criações interdependentes, que acontecem na atmosfera da ilusão. Segundo ela, o tempo na análise é “sempre modificado pelo movimento constante da experiência psíquica” (idem: 50). Embora a repetição apresente a o vivido pelo paciente como um acontecimento “congelado”, cuja tônica são a paralisação e a perplexidade, cada repetição traz em si, como bem demonstrou Pontalis, algo do vivido e daquilo ainda por viver.

Prochet, por isso, diz que não há atemporalidade na análise. Ela considera que o tempo analítico não é o histórico ou real, porque o que demonstra a clínica é que o tempo é sempre presente, como aquele relatado na história de Peter Pan.

Este ponto de vista tem como pano de fundo um questionamento da prevalência da pulsão de morte na compulsão à repetição, considerando que nela também opera um movimento em direção à vida. Essa posição que perpassa o pensamento winnicottiano, erige a

clínica como um espaço transicional por excelência. Neste espaço-tempo simultaneamente real e onírico, que é o do processo analítico, o analista é convocado a instaurar um ritmo em sua escuta, diferenciado e adequando às necessidades singulares de cada paciente.

Na clínica contemporânea, composta por organizações “psicorpóreas”⁵⁸ em que o eu muitas vezes ainda não se instaurou satisfatoriamente, faz-se uma exigência ao analista durante todo o percurso de seu trabalho: a de que ele seja capaz de respeitar o movimento agressivo do paciente, limitando-o, mas criando condições para que se exprima, pois sua expressão manifesta a vitalidade do paciente. Para isso, o analista deverá instituir no *setting* a possibilidade da atuação de movimentos que, através da continuidade no tempo, possibilitem ao paciente experimentar que o analista é capaz de reconhecê-lo, sobrevivendo aos seus ataques impiedosos. Dessa forma, sendo capaz de instituir uma capacidade de reconhecimento do e pelo outro⁵⁹; o analista criará no tempo de suspensão que é a sessão analítica, condições para que se reeditem os terrores primitivos, ao mesmo tempo em que se instaure uma experiência de tranquilização capaz de mobilizar a diferenciação entre mundo interno e externo. Essa relação terá ritmos próprios, exigindo do terapeuta, enquanto substituto dessa cuidadora que apresenta a vida, instaurar a criatividade. A matriz para o estabelecimento desse clima nas sessões é a do relacionamento materno-infantil primitivo, capaz de criar condições favoráveis, não intrusivas, que visarão à criação de um eu capaz de um exercício vital criativo.

Comentando a concepção winnicottiana de cuidado materno-infantil, num trabalho recente (2005), Prochet, afirma que ele advoga dois tipos de cuidados principais:

“1 - Um cuidado que não ofereça uma sobrecarga emocional evitando o acúmulo de experiências emocionais intensas.

2-Um cuidado em que a mãe possa ser capaz de discriminar fantasia e fato.

Trata-se de uma situação que, pela própria constituição do bebê humano, exige um imenso trabalho de discriminação da figura materna, em garantir um ambiente e um tipo de cuidado, físico e psíquico, que forneça uma experiência de continuidade vivencial ao bebê. Este cuidado vai permitir ao bebê voltar-se exclusivamente para a criação de uma subjetividade, sem o ônus de um reconhecimento ambiental precoce. Conquistar a capacidade de objetivar,

⁵⁸ Adotando aqui o neologismo criado por Melo Oliveira (2005).

⁵⁹ Desenvolvendo a atitude que Winnicott chamou de concernimento em relação ao paciente.

sem que esta objetividade aniquile a subjetividade é o cerne de um encontro criativo com o mundo”. (*apud* Prochet, 2005: Winnicott⁶⁰, 1969)”)

A consideração de uma força motriz vital é comentada por Joyce McDougall, ao sinalizar que em determinadas repetições patológicas pode-se observar a presença de “uma força condutora criativa do verdadeiro *self*”, “que representa uma tentativa de permanecer psíquica e fisicamente vivo”. (McDougall, 1997: 130).

Em minha clínica, outras experiências além da que serviu de mote para esse trabalho, ilustram meu compartilhamento dessa posição teórica, que exige um olhar detalhado e uma escuta voltada para o reinvestimento narcísico dos pacientes. Um desses exemplos é o de um homem de 56 anos, a quem chamarei de Marcos, que veio pedir análise após ter se curado de um câncer raro, que fez com que tivesse que reconstruir a face, tendo interferido em suas capacidades olfativa e gustativa. Depois de ter visto a morte, que descreve como um “apagar a luz”, após uma cirurgia que seccionou uma de suas artérias, tendo produzido uma hemorragia em que sua pressão foi “zerada”, percebeu que, como talvez ainda viva mais uns trinta anos, deve fazer uma tentativa de melhorar sua vida através de uma análise. Veio a pedido da mulher e dos filhos, a quem ama profundamente, mas com os quais tem um relacionamento tenso. Todos em casa o acusam de ser muito controlador mordaz.

Ele diz que não acredita na existência do inconsciente, insiste na dificuldade em acreditar nesse trabalho, e se diz movido pela curiosidade, tendo em vista que não acha que as pessoas mudem nem um pouco ao longo da vida. Diz que jamais conseguirá se deitar no divã e me pede que fique em frente a ele, para que possa me enxergar bem.

Compreendi que não devia me assustar com esta tentativa de controle, nem mesmo mencioná-la, porque caso o fizesse estaria entrando num jogo perverso “dominador *versus* dominado”, que parecia compor o cotidiano daquele indivíduo. Assim, desloquei minha cadeira para um ângulo mais favorável, e pedi que me contasse sua vida. Ele ficou um pouco desconcertado e falou de seu processo de adoecimento, de seu casamento e de seus filhos. Marcamos nova sessão, e, nesse ínterim, fui surpreendida pelo recebimento de um longo e-mail, intitulado “Conclusão de raciocínio”, no qual Marcos sustentava porque não acredita no inconsciente.

Minha resposta foi a seguinte:

Marcos,

⁶⁰ Em Winnicott – “A experiência mãe bebê de mutualidade” (1969) - Explorações Psicanalíticas - Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

Acabo de receber seu e-mail. Vou imprimi-lo para poder pensar cuidadosamente sobre o que você pensa. Percebo que o desejo está presente, em seu raciocínio, como motor do funcionamento humano. Acho que isso já é um bom começo de conversa.

Aguardo você na segunda-feira.

Um abraço,

Ana Maria.

Como se pode observar, eu me abstive de formular qualquer interpretação, e procurei acolher seu desejo de se comunicar. Assim, na sessão seguinte, ele ainda tentou me chamar para uma discussão dentro da lógica formal enquanto eu perguntava sobre pontos obscuros de sua história familiar e pessoal. Somente na quarta sessão ele conseguiu mencionar ter descoberto que sua mãe era diagnosticada como psicótica, quando aos nove anos, depois do nascimento de outros irmãos, ela foi levada para um sanatório sem data de retorno prevista. Nesse momento, desesperado, ele descobriu o endereço do psiquiatra responsável, fugiu de casa, bateu à sua porta para saber se sua mãe ia “ficar boa e voltar” e ouviu um diagnóstico acompanhado da afirmativa que ela não tinha cura.

Creio que nosso trabalho começou dessa forma heterodoxa, através de uma afirmativa minha de que havia possibilidade de começarmos um contato terapêutico diferente do padronizado.

Ficar frente a frente com ele, além da sustentação imaginária de um corpo que está irreversivelmente demarcado pelas próteses, que emolduram uma continência frente ao risco real de esfacelamento e de morte, parece ter efeitos que vão além do espelhamento. Constituiu uma aceitação de seus termos, para que eu possa estabelecer um vínculo onde suas fantasias terroríficas e seus mais recônditos traumas possam acontecer visando, enfim, uma repetição diferencial.

Os e-mails do paciente entre as sessões anunciam, ainda hoje, algum conflito ou alguma tentativa de ataque, como aquele em que dizia estar sem dinheiro para continuar me pagando devido ao cancelamento de um de seus contratos de trabalho, tendo que interromper a análise. Nesse caso específico, eu o convidei a vir me falar disso na sessão seguinte, e, como resultado, passei a atendê-lo sem o recebimento dos honorários durante quatro meses, ao fim dos quais ele começou a quitar os pagamentos devidos. Atualmente, o paciente voltou a pagar meus honorários a cada sessão, como propus de início.

Nesse período em que estabelecemos uma revisão na forma de pagamento, num final de sessão, já à porta de saída, ele me disse que queria que eu o transformasse num menino. Fiquei ali parada, sem nada entender, tomada pelo estranhamento.

Na sessão seguinte, ele disse que não sonha jamais, que lê muito, e através disso é que sonha. Conta quais leituras mais o impressionaram ao longo da vida. Trata-se de um homem culto, oriundo de uma família com tradição cultural. De repente, fala: “Fada Azul, você ainda vai me transformar num menino”, sem jamais ter aludido ao boneco Pinóquio. Novamente, fico eu desconcertada face ao sentido de suas afirmações. Fui, então, movida a fazer uma releitura do texto de Collodi⁶¹.

Naquele instante, a temática das sessões deste homem girava em torno de suas dificuldades financeiras e dos efeitos disso em seu cotidiano, assombrado pela falência financeira do pai, de quem procurava constantemente se diferenciar.

Após a leitura, tive uma intuição acerca da intensidade traumática da afetação desse paciente em sua estruturação narcísica. Considerei que, ao mesmo tempo em que se refugiava no “raciocínio” para entender como lidar com as experiências paradoxais que moldaram sua relação familiar desde a mais tenra infância, construía uma ancoragem corporal que o transformava num “boneco vivo”. Assim, só se permitia perceber a dimensão de sua dor de existir na iminência de se quebrar ou de ser destruído. Por isso, não tentei nenhuma interpretação ao nível edipiano, visto que nesse caso estas, além de serem pré-conscientes, caso fossem explicitadas talvez agissem como recalcadoras do que emergia no pedido de ser “transformado em um menino”. Propositadamente, não me referi ao fato de ser chamada de “Fada Azul”, nem às “mentiras” que exibiam a farsa onipotente do boneco fazendo-lhe crescer um enorme nariz “fálico” nem mesmo à busca da marionete pelo pai com quem se identificar. Entendendo que esse pedido era uma referência a seu desejo de se humanizar, comentei que um menino tem que aprender a lidar com sua raiva e suas frustrações, sempre. Embora fosse disso que estivéssemos tratando, eu não poderia, como a Fada, evitar que ele se confrontasse com as limitações com que nascera, embora pudesse, como ela, realçar que sua inteligência e esperteza poderiam ajudá-lo a enfrentar e ir ao encontro de uma nova estória. Nessa, para ser o menino que coexistia com o adulto de hoje, o paciente teria que enfrentar as sensações que acompanhavam as recorrentes experiências de dúvida e de medo frente ao desconhecido que apareciam cada vez mais nas sessões de análise.

Na semana seguinte, Marcos veio à sessão mancando, machucado durante a prática de esportes, quando cometera “excessos”. Entendi isso como mais uma atuação de sua onipotência infantil, querendo negar o mal-estar da vida cotidiana com práticas de superação.

⁶¹ Refiro-me ao livro *As Aventuras de Pinóquio: história de uma marionete*, escrito em 1876, pelo italiano Carlo Collodi.

A partir daí, suas feridas narcísicas foram se evidenciando cada vez mais, através de recordações de episódios traumáticos envolvendo sua relação com os pais e irmãos.

Depois disso, houve um episódio em que ele quase lesionou os olhos trabalhando em excesso frente à luz, mas tem conseguido se recompor tanto física quanto financeiramente. Ele comenta ficar surpreso por gostar de fazer análise e por perceber mudanças em sua vida, que só pode creditar à terapia, embora não as entenda racionalmente e ainda se assuste muito quando percebe sua solidão e tristeza.

Nessa vinheta, pretendo destacar através de um exemplo de atendimento contemporâneo, a importância de o analista manter-se atento às marcas corporais, portadoras desse infra-verbal, que muitas vezes a palavra encobre. Tento também mostrar a forma pela qual fui afetada pelas associações sob forma de atuação por parte do paciente. Creio que minha forma de lidar com o estranhamento, tentando entender a mitologia infantil em que se apoiava a imagem inconsciente do corpo do paciente assim se explicita. Acredito, ainda, que minha necessidade em reler o Pinóquio demonstra o efeito da afetação ocorrida nas sessões aparentemente menos dramáticas, mas que demandam uma presença atenta por parte do analista. Como procurei assinalar, é através do acolhimento dos afetos paradoxais aparentemente inarticuláveis ao discurso, que se institui o campo transferencial. O analista deverá reconhecer como se expressa a dor de viver do paciente, e terá que ajudá-lo a torná-la explícita, deixando que transborde sem censura e encontre a continência no *setting*. Esse risco terá que ser corrido pelos dois parceiros no campo transferencial para que ocorra uma experiência do prazer de estar vivo e produtivo.

O acolhimento inclui que o analista entenda a mão-dupla do processo de afetação desencadeado durante sua escuta do paciente. O ofício de analisar opera através da forma singular pela qual o primeiro “processa” a teoria, recriando-a em cada caso atendido, sem preocupação excessiva com a formalização técnica, deixando-se guiar pela estranheza que o fará construir uma abertura para o novo. Fazendo de seu trabalho uma implicação na vida daquele outro, sua tarefa se desdobrará em funções que vão além do desvendamento de um passado que se repete mortiferamente, como desde o início defendeu Ferenczi.

Safra radicaliza esta observação propondo que o trabalho em psicanálise seja

“não só buscar a recuperação da verdade do sujeito, mas também oferecer a ele possibilidade de evolução daqueles aspectos da vida psíquica que jamais puderam se manifestar ou ser simbolizados” (Safra, 1995: 21)

Comenta então, que “o vínculo com o outro é imprescindível” e que no enquadre analítico visa ser “condição para que o paciente tenha uma experiência simbolizadora, que o levará a mudar a sua perspectiva de mundo e visão de si mesmo” (idem: 24). Ressalta ele que o *setting* é composto por aspectos sensoriais e não sensoriais. Entre os sensoriais estão aqueles que devem ser mais constantes, como o tempo das sessões, seu local e as características espaciais do mesmo. Entre os não sensoriais, diz que se destacam as funções psíquicas do analista, suas atitudes e disciplina, entre outros. O analista, estando frente a um indivíduo regredido desenvolve, então, uma atitude análoga à da mãe, necessitando conjugar o *holding* e o *handling*. Neste último aspecto, além da interpretação, sua presença corporal atenta e sensível é o que garante que o espaço analítico seja um lugar livre de invasões, onde sejam fornecidos meios para uma adaptação ambiental que não houve na história do paciente.

O *holding* visa a favorecer a integração da personalidade do paciente, cuidando de sua unidade psicossomática. Visa, sobretudo, ao desenvolvimento da confiabilidade, que evitará a repetição de sensações de desintegração, de queda interminável, de sentimentos persecutórios face ao meio, experiências decorrentes de falhas primitivas no *holding*, como demonstrou Winnicott. Estas devem surgir cada vez com menor intensidade, para que o paciente possa pensar e refletir sobre seus desejos e as possibilidades de atuá-los de modo integrado.

Nesses dois aspectos do *setting* estão necessariamente implicadas as sensações corporais do par analítico, que caucionam a experiência de continuidade do ser. De acordo com essa perspectiva descortinada por Winnicott, o analista inicialmente é um objeto subjetivo do paciente, e o processo analítico visará sua transformação num objeto objetivo. Isso exigirá que o analista seja percebido ao mesmo tempo como executor da função paterna, representante da cultura, promovendo a discriminação e a ruptura com a onipotência narcísica, limitando as funções pré-genitais e o desejo incestuoso, promovendo, como resultado, a simbolização. Assim, o manejo do *setting* alia-se ao recurso da interpretação no processo analítico, e é no manejo da transferência /contratransferência que ocorrerão os “**momentos mutativos**”, que levarão uma análise a bom termo (idem: 32-39), permitindo que o paciente se veja capaz de viver suas potencialidades de forma plena.

Buscando discriminar em que contexto **age** o paciente durante o processo analítico, o analista buscará uma articulação entre seu ato e a regressão do paciente a uma forma de funcionamento primitivo corresponda a esta “atuação”. Sua tarefa será a de discriminar quando “o ato do analisando é pura expressão de descarga, de ataque ao aparelho psíquico” e quando “expressa um acontecimento da estória psíquica que não pode alcançar o nível de representação plástica ou verbal” (idem: 160), evitando assim confundir-se e ao paciente,

reeditando uma de suas experiências traumáticas. Safra fala de um terceiro tipo de ato, o simbolizador, que deverá ser meta a ser alcançada ao longo do processo analítico. O **ato simbolizador** consiste em uma ação num contexto que modifica a forma do indivíduo conceber a si e ao mundo transformando sua forma de estabelecer relações objetais. O requisito para uma transformação da dinâmica psíquica do paciente, deverá ser a presença psíquica do objeto, que é o psicanalista. Aí surge novamente a necessidade do **tato** a que se referia Ferenczi. Safra comenta que:

“não teremos o mesmo resultado se falarmos com um paciente que vive intensa angústia de aniquilação da mesma forma como o fazemos com outro que experimenta angústias edípicas. A estrutura psíquica é diferente, a cognição é diferente . Em consequência, a forma de interpretar também precisa ser diferente: interpretar a angústia, mas de acordo com as capacidades de assimilação do paciente naquele momento da sessão” (idem: 186).

Essa observação ilustra como o tempo de agir ou de falar ao paciente estão articulados à percepção por parte do analista do estado de integração do eu do paciente.

Tanto Safra como Prochet são analistas que têm, nos últimos anos, desenvolvido trabalhos em que demonstram a possibilidade de se pensar o espaço analítico como um espaço potencial, facilitador da criação de novas formas de estabelecimento das relações objetais. Seus escritos enfatizam que o analista tenha que levar em consideração as condições de funcionamento egóico, que direcionarão quando e como intervir, ampliando a confiança do paciente para desenvolver um movimento em direção à vida. Esse processo é lento, singular, e sua descrição é sempre insuficiente. Mesmo um clínico notável como foi Ferenczi, questionou sempre até que ponto as mudanças dinâmicas garantem uma sólida instauração deste movimento vital. Sabemos, entretanto, que a análise cumpriu seus objetivos quando se pode admitir que houve um triunfo de Eros, quando os processos de ligação – aí incluídos os mecanismos sublimatórios – permitem ao analisando um livre exercício de sua criatividade.

4.4 Construindo subjetividades: o processo analítico e sua finalização

Desde 1926 quando escreveu a respeito da análise leiga, Freud já se perguntava quando interromper um tratamento. O texto de 1937, “Análise Terminável e Interminável” (Freud, E.S.B., Vol.XXIII) foi escrito tendo por base questionamentos sobre o domínio das

pulsões e a capacidade de expansão egóica, além da razoável certeza de que as inibições e repetições de situações patogênicas não se repetirão. Freud nesse trabalho considera insuficiente um reforço do ego por parte do terapeuta, mas defende uma intervenção sob o regime pulsional do indivíduo, que tem como principal característica a repetição. Nesse momento, ele se mostra cético quanto à possibilidade de intervenção sobre a agressividade, que articula com a pulsão de morte, e, portanto, cético em relação aos limites da psicanálise que só poderia tratar de conflitos que surgissem sob a forma de memórias. O fator decisivo para a obtenção de resultados favoráveis numa análise seriam creditados, assim, à intensidade das forças em jogo no psiquismo. No entanto, Freud aí atribui o final da análise ao fator biológico: na tentativa de articular atitudes passivas e ativas face à alteridade, Freud se vê confrontado com o enigma da feminilidade, face à qual se erigiriam as defesas masculinas e femininas. Ambos os sexos desenvolveriam mecanismos de defesa contra o sentido simbólico da feminilidade, a passividade. A luta pelo falo, tributária da importância atribuída ao conflito edipiano, faria do complexo de castração a matriz articuladora entre as exigências pulsionais e sua capacidade de expressão. A luta pela posse do falo seria, assim, o alvo das interpretações do analista. Este manteria a transferência jogando ininterruptamente com o intelecto e a afetividade do paciente no âmbito da transferência. Para isso, teria dois recursos privilegiados: a interpretação, que visa a desvendar o sentido do sintoma, e a construção, que procura encaixar o resultado das interpretações numa imagem que abarque a experiência infantil do paciente.

Num trabalho posterior, “Construções em Análise” (Freud, E.S.B., Vol.XXIII, 1937), Freud valorizou essa segunda ferramenta terapêutica, comparando a tarefa do analista com a do arqueólogo, mas contrapondo a atividade analítica àquela, pelo frescor da atividade inconsciente, cujas regras de funcionamento são imunes à passagem do tempo cronológico. Freud considerava a construção um recurso preliminar à interpretação, e acreditava que de sua correção dependiam alterações na correlação de forças predominantes na vida anímica do paciente. Arguindo quais são os recursos que o analista possui para assegurar-se desta correção, conclui que a afirmativa ou a negativa do paciente podem estar dominadas pela resistência. Aceita como indicadores mais seguros da certeza da construção certas confirmações indiretas, tais como associações relacionadas ao fato em foco, atos falhos que contenham ligações com o evento abordado pela construção, e acontecimentos que ocorram no processo analítico logo a seguir desse tipo de intervenção. Freud indica, ainda, que caso o analista faça uma construção errada, esta não será absorvida pelo paciente, que demonstrará tê-la esquecido, agindo como se a comunicação não houvesse ocorrido. Comenta, ainda, que

há casos em que a construção não produz uma evocação, mas sim uma “verdadeira convicção” de sua veracidade, o que já possui um efeito terapêutico, visto que aponta para uma coincidência entre o saber do paciente e o do analista.

É nesse trabalho, então, que fica enfatizada a intercomunicação entre paciente e analista, responsável pela eficácia da terapia. Fatores que operam tanto no ser do analista quanto no do paciente aí operam. Sem dúvida, o analista precisa se habilitar para essas funções, que lhe exigirão conhecimento e domínio da técnica, associados ao controle em si mesmo das forças pulsionais e da intensidade das defesas que, apesar da dor e dos obstáculos, estarão expostas nas feridas narcísicas, que interferem na construção do eu do paciente.

Considerando que o eu não se confunde com o indivíduo, sendo um precipitado de catexias objetais abandonadas (Freud, E.S.B. Vol. XIX, 1923: 64), sua instituição ocorre através de um longo processo identificatório, em que estarão em vigor as pulsões eróticas e agressivas.

A compreensão da agressividade como equivalente ao movimento exploratório do mundo e não como destrutividade foi um diferencial de Winnicott em relação a Freud e lhe permitiu operar com seu aparecimento no campo transferencial como expressão de vida. Aceitá-la e limitá-la passaram a ser tarefas dos cuidadores, que vão fazer oposição a um transbordamento da força pulsional, que caracterizaria o adoecer (Winnicott, 2000b). O referencial winnicottiano amplia, assim, as possibilidades de intervenção do analista durante o ato de analisar, visto conferir a ele a tarefa e engendrar as condições ambientais para a inauguração de momentos em que a paradoxalidade dos afetos atuantes no campo transferencial será eficaz para a instituição de um sentido primeiro ou de um novo sentido para o eu.

Por isso, penso que a construção não é apenas um trabalho preliminar à interpretação. Ela está presente todo o tempo, ao longo do processo analítico, e a sensorialidade do analista funcionará como um radar que sinaliza a presença dos elementos a serem incluídos em sua forma de intervir sobre o que é dito ou expresso pelos espaços entre os ditos, que, geralmente, aparecem nas atitudes corporais e no uso que o paciente faz do *setting*. No caso de Carla, a paciente não conseguia ficar confortável com meu testemunho de seu sofrimento, com o hiato entre mim e ela e agia para evitar o reconhecimento deste, que indicava sermos duas individualidades. Já na vinheta recém relatada, ao mesmo tempo em que pedia um olhar sobre seu rosto, Marcos, ao primeiro contato com a força de seus afetos, tentava “tirar o corpo fora” da análise.

Maia (2004: 217-221) comenta como Ferenczi foi um analista atento à expressividade dos pacientes, o que se pode perceber em seu Diário Clínico, que teria introduzido a técnica ativa (em 1919) como uma forma de lidar empiricamente com momentos de paralisia associativa no tratamento, que no ano seguinte Freud tratou do ponto de vista metapsicológico, conceituando a pulsão de morte. Ele visava a induzir o paciente à ação através de proibições que levassem os pacientes a agir seus afetos já que não conseguiam elaborá-los através de verbalizações. Surpreso com a servidão desencadeada por suas sugestões, em 1926 no trabalho “Contra-indicações da técnica ativa”, ao inventariar os prós e contras dessa proposta não a repudia completamente. Dois anos depois, em “Elasticidade da Técnica Analítica” (1928c) volta a se dedicar aos detalhes da técnica, como tempo, dinheiro, interpretação, etc., condicionando seu uso ao tato do analista. Assim propõe a análise do analista como pré-condição para o tratamento de suas dificuldades narcísicas, que o impediriam de empatizar afetivamente com o paciente, instaurando o campo da intersubjetividade. Diz a autora:

“A sintonia afetiva, ou ainda, o sentir junto, se articula com os afetos de vitalidade, permitindo um compartilhar de estados afetivos que modula o estar do eu com o outro. Assim, fica nítido que o tato do analista não se reduz à sua sensibilidade quanto ao momento correto de intervenções verbais, dizendo respeito, além disso, a uma certa peculiaridade do estar junto.”(idem: 223)

A autora assinala como Ferenczi chamava atenção para o fato de que a gestualidade do analista, todas as suas expressões em suma, são sutilmente capturadas pela sensibilidade do paciente. Elas estão em jogo durante o processo analítico, sendo necessária uma sintonia entre o dito e o agido pela dupla analítica, para que não se estabeleça o que posteriormente Ferenczi chamou de “Confusão de Língua entre os adultos e a criança”. Ela comenta que, na trama transferencial, os signos de percepção, que apresentam uma dimensão sensorial da experiência subjetiva são fundamentais para “colocar em movimento os processos subjetivantes” (idem: 224). Essa dimensão sensorial da transferência é o que precisa ser resgatado para uma compreensão do campo transferencial, que abra espaço para uma repetição na qual o que é “íntimo e familiar” possa advir após o primeiro contato que produz estranhamento (“*Unheimliche*”).

Assim, defendo que esta sensorialidade seja o guia da criatividade do analista para introduzir sua singularidade no trabalho clínico que se instaura com a apresentação do corpo a corpo analista - paciente. No *setting*, ambos estabelecerão um processo de perlaboração que

visará à instituição de uma “convicção de verdade” suficientemente boa para seguir vivendo. Afinal, ainda considero, como Freud, o melhor critério de “cura” o estabelecimento da capacidade de amar e trabalhar em paz.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até aqui, pretendi por em relevo as transformações introduzidas na forma de se conceber um atendimento psicanalítico na contemporaneidade, levando em conta a necessidade de que este saber seja capaz de abranger o atendimento e a compreensão de constituições subjetivas não articuladas sob a forma das neuroses clássicas.

Considereei que, na atualidade, a dor de existir se deslocou para o plano corporal, sendo inscrita uma memória afetiva nas marcas corporais, o que faz com que a expressão dos conflitos humanos se demonstre cada vez mais claramente fora do campo representacional. Como consequência, argumentei que isso exige da pesquisa psicanalítica considerar a contribuição do trabalho de autores que ousaram ir além do dogmatismo, questionando os limites e as possibilidades de ampliação do atendimento clínico.

Pensando na contribuição de autores como Ferenczi, Winnicott e Anzieu, que concebem a construção da subjetividade como um processo traumático e interminável, instaurado desde as primeiras experiências marcadas no corpo, propugnei que o campo transferencial seja concebido não apenas como o palco das repetições de padrões infantis de inter-relacionamento, mas também como o lugar privilegiado para a instauração de experiências inaugurais. Estas interferirão decisivamente na dinâmica psíquica, possibilitando a emergência de novas organizações “psicorpóreas”.

A psicorporeidade se constitui como uma experiência estética, uma vez que as primitivas sensações configuram o que Anzieu e Haag chamaram de protopensamento, quando demonstraram, a partir de experiências clínicas, que da pele às vísceras, se inscrevem, como num palimpsesto, as marcas da construção de nossa história pessoal.

Também defendi que no campo transferencial ambos os participantes são agentes ativos de múltiplas afetações, como efeito da qualidade e intensidade dos afetos que deflagram e possibilitam a criação de sentidos inconscientes, presentes desde os momentos inaugurais da humanização. Esses sentidos, construídos em momentos prévios ao exercício pleno de nossa capacidade linguística, vão determinar diversos e singulares estilos de interação entre o analista e o paciente, o que produz algumas das dificuldades para estabelecermos protocolos de atendimento psicanalítico. No entanto, voltando os olhos para as teorias que tentam identificar os processos de apresentação desse inconsciente originário, temos pistas sobre como instaurar recursos para que ocorra no *setting* uma repetição diferencial, que será indicativa da existência de um trabalho de perlaboração.

A regra fundamental de tudo dizer sem censurar idéias na presença do analista, impossível de ser cumprida pelos infantes e por muitas das constituições subjetivas que se apresentam com frequência cada vez maior nos dias de hoje, faz da prática clínica com crianças um modelo importante para que possamos pensar num *modus operandi* eficaz na clínica psicanalítica contemporânea. Com isso, adquire relevo a proposta winnicottiana de comparar o espaço analítico ao espaço transicional, e a função terapêutica à função do brincar. Nessa proposição, um atendimento eficaz exige que o analista seja capaz de acolher as atuações do paciente, para depois conduzi-las para o plano linguístico, quando a reflexão intelectual pode se instaurar. Isso requer do analista um adestramento em sua análise pessoal, sem dúvida, mas também exige que ele se guie pelo estranhamento de suas sensações ao longo do processo, para direcionar as formas de intervenção mais adequadas para cada paciente. Ele terá que se habilitar, como uma “mãe suficientemente boa”, para funcionar acolhendo, junto com o inconsciente do paciente, o seu próprio.

Não basta que ele queira entender ou cuidar do paciente. É necessário que esteja implicado na tarefa de tratar de seu sofrimento, usando de critérios que variarão a cada caso, para manter um filtro entre seu imaginário, sua recepção dos afetos de amor e de ódio, ambos expressos através do movimento agressivo, que não se transformará em destrutividade apenas caso tenha uma contenção flexível, porém firme. Essa função de continente das angústias indizíveis dos pacientes será pré-condição para a instauração do *setting* e da manutenção do vínculo transferencial até que o eu do paciente esteja suficientemente integrado, e ele consiga enfrentar suas fantasias, passando a sentir-se vivo e capaz de se expressar de forma criativa.

Essa concepção vitalista, fortemente evidenciada nos trabalhos de Winnicott, é derivada de uma metapsicologia em que a agressividade é equivalente a um movimento exploratório, que, uma vez existente, caracteriza a saúde e obstaculizado promove o adoecimento. Agir, segundo este ponto de vista, é um imperativo, não devendo ser evitado e sim produzido por ambos os participantes da cena analítica, num contexto lúdico. Neste ambiente, tanto a transferência como a contratransferência poderão ser reconhecidas e trabalhadas através do gestual, das inflexões e do humor dos protagonistas da experiência de dotação de sentido que é uma psicanálise. Por isso, os casos que hoje pedem análise, relacionados à perda do sentido da existência que leva à autodestruição, exigem uma escuta viva, em presença da qual se inscrevam mecanismos de sustentação de um eu. A interpretação continua sendo um instrumento útil para intervir no desvelamento das moções inconscientes, porém, antes de formulá-la o analista precisará atentar para as indicações da forma de sentir e reagir do paciente, que, sensorialmente, explicitará inúmeros conteúdos inconscientes não

verbais. Nesta perspectiva é que se impõe proceder ao resgate da sensorialidade, fator fortemente operante no campo transferencial, que fará com que as construções do analista adquiram um valor de verdade para o paciente. Pequenas inflexões, reflexos, posturas, forma de entrar e sair do encontro com o analista, qualquer atividade expressiva podem esboçar um mundo sensorial que precisa ser acolhido para ser significado.

As pesquisas sobre o universo sensorial infantil, que sob a forma de fixações age ao longo da vida, realizada tanto em condições propícias - através da observação de bebês saudáveis, em seu habitat natural - quanto adversas - nas UTIs neo-natais, nos atendimentos a crianças desamparadas, crianças autistas ou psicóticas - ainda poderão ser extremamente úteis para ampliar nossa compreensão acerca da constituição subjetiva, favorecendo, pelo seu desvelamento, pistas sobre formas de intervir positivamente no processo de humanização. Defendo, como Ferenczi que, numa psicanálise, possamos encarar cotidianamente o desafio de reconhecermos no bizarro ou estranho sofrimento de nossos pacientes a criança desamparada que não teve por parte do adulto cuidador o acolhimento que poderia evitar que ela criasse uma série de clivagens em seu eu. Quando aquele autor se referia à atmosfera de confiança necessária para o atendimento analítico dos adultos, facilitadora da expressão de sua afetividade infantil, deixava a cargo do analista exercer um controle de seu próprio narcisismo, para promover um bem estar no outro. Tentando diminuir o tempo das análises, Ferenczi finalmente entendeu que essa não deve ser uma meta, visto que para que uma análise possa terminar faz-se necessária uma sensação de esgotamento do trabalho. Isso ocorre através de um processo cujo ritmo será estabelecido pelo tato e pela sinceridade do analista ao comunicar o que percebe e sente ao paciente.

A interpretação, portanto, só adquire relevo e produz efeito na dinâmica psíquica do paciente se ancorada numa sensação de segurança de poder existir face ao outro que é representado pelo analista, e é secundária às afecções mútuas.

Conceber dessa forma o processo analítico nos autoriza a valorizar concepções metapsicológicas em que a questão da agressividade é enfocada como uma manifestação de ordem vital, permitindo o reexame do embate entre Eros e Tanatos, a partir da observação de que a clínica psicanalítica tem como um de seus maiores objetivos impedir que a agressividade vital se transforme em destrutividade. Para isso, ela terá que autorizar a expressão de uma afetividade caótica, que, lentamente tenderá a funcionar de forma integrada. Considerando como o poeta Manoel de Barros, as palavras como “conchas de clamores antigos, com “muitas oralidades remontadas e muitas significâncias remontadas”, o analista,

deverá insistir na realização da tarefa impossível de “escutar os primeiros sons mesmo que ainda bígrafos”.⁶²

⁶² Manoel de Barros, em *Memórias Inventadas*, A infância, São Paulo, Planeta, 2003.

REFERÊNCIAS

Andrieu, B.: La nouvelle philosophie du corps, Ramonville, Érès, 2002.

Anzieu, D.: O Eu-Pele, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1989.

-----: L'épiderme nômade et la peau psychique, Paris, Editions Apsygée, 1990.

-----: O pensar: Do Eu-Pele ao Eu - Pensante, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002.

Aulagnier et al.: Psicose, uma leitura psicanalítica, Belo Horizonte, Interlivros, 1990.

----- **P.:** A violência da Interpretação, do Pictograma o Enunciado, Rio de Janeiro, Imago, 1979.

Barros, M.: em Memórias Inventadas, A infância, São Paulo, Planeta, 2003.

Bastos, L.A. de Melo: Eu-corpando, o Ego e o Corpo em Freud, São Paulo, Escuta, 1998.

Birman. J.: “A constituição do campo transferencial”, em Freud e a Interpretação Psicanalítica, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1991.

-----: Mal-estar na Atualidade: psicanálise e as novas formas de subjetivação, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1999.

-----: Por uma Estilística da Existência, Rio de Janeiro, Editora 34, 1996.

-----: “Repensando Freud e a clínica psicanalítica”, Revista Tempo Brasileiro, n.70, 1985.

Bokanowski, T.: Sándor Ferenczi (Psicanalistas de Hoje), São Paulo, Via Lettera, 2000.

Bollas, C. : A sombra do objeto, Rio de Janeiro, Imago, 1992.

Castoriadis, C.: A Instituição imaginária da Sociedade, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2000.

Chodorow, N.: The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender. University of California Press, Berkeley, 1978.

Coelho Jr. N. E. : “Trauma, Cisão e Simultaneidade”, em Tempo Psicanalítico, Rio de Janeiro, Sociedade Psicanalítica Iracy Doyle, 2003.

Clément, C. & Kristeva, J.: Le Féminin et le Sacré. Paris, Ed. Stock, 1998.

Czermak, R.: “Corpo e Sentido: a emergência do novo como questão epistemológica e condição terapêutica”, in *Corpo e Psicanálise*. Porto Alegre, Unisinos, 1998.

Collodi, C.: As Aventuras de Pinóquio: história de uma marionete, São Paulo, Companhia das Letrinhas, 2002.

Debord, G.: A sociedade do Espetáculo, comentários sobre a sociedade do espetáculo, Rio de Janeiro, Contraponto, 1997.

Debray, R. : Bebês/Mães em revolta, tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces, Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.

Druon, C.: “Como o Espírito vem ao Corpo das Crianças em UTI Neonatal”, em Lacroix, M.B. Montmayrant, M.(orgs.): A Observação de Bebês, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

Dolto, F. e Nasio, J.D.: A criança do espelho, Artes Médicas, Porto Alegre, 1991.

Dolto, F.: A Imagem Inconsciente do Corpo, , Perspectiva, São Paulo 1992.

-----: Tudo é linguagem, Martins fontes, São Paulo, 2002.

Esman, A.(editor): Essencial Papers on Transference, New York, NY University Press, 1990.

Featherstone, M.: A Globalização da Complexidade, in *RBCS* nº 32 ano 11, outubro de 1996.

Fédida, P. (org.): Comunicação e Representação: novas semiologias em psicopatologia, São Paulo, Escuta, 1986.

-----: Clínica Psicanalítica: estudos, São Paulo, Escuta, 1988.

-----: Nome, Figura, memória: a linguagem na situação analítica, São Paulo, São Paulo, Escuta, 1992[1991].

-----: O sítio do estrangeiro: a situação psicanalítica, São Paulo, Escuta, 1996.

-----& **Widlöcher, D. :** Le cas en controverse, Monographies de Psychopatologie, Laboratoire de Psychopatologie Fondamentale et Psychanalyse, Université Paris 7 – Denis – Diderot, Paris, PUF, 1995.

Ferenczi, S.: Obras Completas.

Em Psicanálise I, Martins Fontes, São Paulo, 1991.

“As neuroses à luz do ensinamento de Freud e a psicanálise” (1908): 5-12.

“Transferência e Introjeção” (1909): 77-108.

Em Psicanálise II, Martins Fontes, São Paulo, 1992 a.

“O desenvolvimento do sentido de realidade e suas fases” (1913): 39-53

“Técnica Psicanalítica” (1919 a) 357-367.

Em Psicanálise III, Martins Fontes, São Paulo, 1993.

“Prolongamentos da técnica ativa em psicanálise” (1919b): 1-7.

“O sonho do bebê sábio” (1923)

Em Psicanálise IV, Martins Fontes, São Paulo, 1992 b.

“A Adaptação da família à criança” (1928a):1-13.

“O problema do fim da análise” (1928b): 15-24.

“Elasticidade da técnica analítica” (1928c): 47-52.

“Princípios de relaxamento e neo-catarse” (1930): 53-68.

“Análises de crianças com adultos (1931): 69-82”.

“Confusão de Línguas entre os adultos e a criança (a linguagem da ternura e da paixão)” (1933): 97-106.

“Reflexões sobre o trauma” (Artigos Póstumos): 109-117.

“As fantasias provocadas” (1924b): 241-248.

“Psicanálise dos hábitos sexuais” (1925): 327-359.

“Contra-indicações da técnica ativa” (1926a) 365-375.

“O Problema da afirmação do desprazer” (1926 b): 393-404.

-----: “Reflexões sobre o trauma”, em Diário Clínico (1932), São Paulo, Martins Fontes, 1990.

Ferenczi, S. & Rank, O.: “Perspectivas da psicanálise (sobre a interdependência da teoria e da prática)” (1924a) 225-240.

Figueiredo, L.C.: Palavras cruzadas entre Freud e Ferenczi, São Paulo, Escuta, 1999.

-----: Psicanálise, Elementos para a clínica contemporânea, São Paulo, Escuta, 2003.

Fontes, I. : “Corpo e Psicanálise- em busca de um diálogo interrompido”, em Trieb, Vol. II nº 1, março de 2002: 45-58.

Fontes, I.: Memória corporal e Transferência, fundamentos para uma psicanálise do sensível, São Paulo, Via Lettera, 2002.

Freire Costa, J.: “O vestígio e a Aura, corpo e consumismo na moral do espetáculo”, Rio de Janeiro, Garamond, 2004.

Freud, S.: Edição das Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago, 1969.

-----: “Projeto para uma Psicologia Científica”, Vol. I, 1895.

-----: “A psicoterapia da Histeria”, Vol. II, 1895.

-----: “A interpretação dos sonhos”, Vol. IV, 1900.

-----: “Sobre a Psicoterapia”, Vol. VII, 1905a.

-----: “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, 1905 b.

-----: “A dinâmica da transferência”, Vol. XII, 1912.

-----: “Recordar, Repetir e elaborar”, Vol. VII, 1914.

-----: “Totem e Tabu”, Vol. XIII, 1913 -1914.

-----: “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Vol. XIV, 1914.

-----: “O inconsciente”, Vol. XIV, 1915.

-----: “Luto e Melancolia”, Vol. XVII, 1917.

-----: “O Estranho”, Vol. XVII, 1919.

-----: “Uma Nota sobre o Bloco Mágico”, Vol. XIX, 1925.

-----: “Inibição, Sintoma e Ansiedade”, Vol. XX, 1926.

-----: “Feminilidade”, Conferência XXXIII, Vol. XXII, 1933.

-----: “Análise Terminável e Interminável”, Vol. XXIII, 1937.

-----: “Esboço de Psicanálise”, Vol. XXIII, 1940.

Furtado, A. M.: “O video-game e o sonho”, em Cadernos de Psicanálise nº. 14, Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, 2000:143-150.

-----: “Um corpo que pede sentido: um estudo psicanalítico sobre mulheres na menopausa”, em Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, Vol. IV, n 30, setembro de 2001:27-37.

Garcia Roza, L.A.: O Mal Radical em Freud, Jorge Zahar Editor, 1990.

-----: Acaso e repetição em psicanálise, uma introdução à teoria das pulsões. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1986.

-----Introdução à Metapsicologia Freudiana 3, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1995.

Gardner, M. (ed.): El Hombre de los Lobos por el Hombre de los Lobos, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión SAIC, 1983.

Gil, J.: A imagem nua e a pequenas percepções, Lisboa, Relógio d'Água, 1996.

Green, A.: O discurso vivo, uma teoria psicanalítica do afeto, Rio de Janeiro, Francisco Alves, (1973)1982.

Haag, G. “La Mère et le Bébé dans les deux moitiés du corps”, em Neuropsychiatrie de L'enfance, et de L'Adolescence, no 23, Février-Mars, 1985.

-----: “Hypothèse sur la Structure Rythmique du premier contenant”, Gruppo, no 2, 45-51, juin 1986.

-----: “L' Aventure de Naître”, Le Léopard, Pages d'Enfance IV, 211-223, 1989.

-----: “Le dessin préfiguratif de l'enfant: quel niveau de symbolisation?”, em Journal de psychanalyse de l'enfant, 8, Paris, L'Harmattan, 91-129, 1990.

-----: “De la sensorialité aux ébauches de pensée chez les enfants autistes”, em Revue Internationale de psychopathologie no3, 51-63, 1991.

-----: L'expérience sensorielle fondement de l'affect et de la pensée, em: L'expérience sensorielle de l'enfant, Chiers du COR, I, Hôpital Général d'Arles, 71-112, 1990.

-----: “Os Laços de Encantamento”, em **Lacroix, M.B. Montmayrant, M.(orgs.):** A Observação de Bebês, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995a.

-----: “Como o espírito vem ao Corpo: ensinamentos da Observação referentes aos primeiros desenvolvimentos e suas implicações na prevenção”, em **Lacroix, M.B. Montmayrant, M.(orgs.)**: A Observação de Bebês, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995b.

Ireland, M.S.: *Reconceiving Women: Separating Motherhood From Female Identity*, New York, Guilford Press, 1993.

Irigaray, L.: *This Sex which is not the One*, Cornell University Press, New York, 1985.

-----: *Speculum of the Other Woman*, Cornell University Press, New York, 1985.

Jameson, F.: *Pós-modernismo – a Lógica Cultural do Capitalismo Tardio*, Rio de Janeiro, Ática, (1991) 1997.

Katz, C.(org): *Ferenczi: História Teoria, Técnica*, São Paulo, Editora 34, 1996.

Kristeva, J.: *As novas doenças da alma*, Rocco, Rio de Janeiro, 2002.

-----: “As metamorfose da “linguagem” na descoberta freudiana”, em *Sentido e contra-senso da revolta, Poderes e limites da psicanálise I*, Rio de Janeiro, Rocco, 2000.

-----: *Le temps sensible, Proust et l’expérience littéraire*, Paris, Gallimard (Folio Essais), 1994.

-----: “O real da identificação” em *As Identificações na Clínica e na Teoria psicanalítica*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, (1987) 1994.

Lacan, J.: *Escritos*, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1998.

Lasch, Christopher: *A Cultura do Narcisismo: A Vida Americana numa Era de Esperanças e Declínio*, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1983.

Maia, M. S.: *Extremos da Alma: Dor e Trauma na atualidade e clinica psicanalítica*, Rio de Janeiro, Garamond, 2004.

-----: “A questão do sentido na clínica psicanalítica”, em: “Sentido e Complexidade”, em **Bezerra Jr. & Plastino, C.A .(orgs.)**: *Corpo, afeto, linguagem a questão do sentido hoje*, Rio de Janeiro, rios ambiciosos, 2001.

Mc Dougall, J.: *As múltiplas faces de Eros, uma exploração psicanalítica da sexualidade humana*, São Paulo, Martins Fontes, 1997.

-----: “O Psicossoma e a Psicanálise”, em *Em Defesa de uma Certa Anormalidade: Teoria e Clínica Psicanalítica*. Porto Alegre, Martins Fontes, 1983.

----- : “Um Corpo para Dois” em *Conferências Brasileiras*. Rio de Janeiro, Xenon, 1987.

----- : *Teatros do Corpo. O Psicossoma em Psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes, (1991)1996.

Mc Dougall, J et al.: Corpo e História, IV Encontro Psicanalítico D 'Aix-en-Provence -1985, São Paulo, Casa do psicólogo, 2001.

Melo Oliveira, C.A.: O corpo vivido entre afetos: psicorporeidade e intersubjetividade em Ferenczi, Balint e Winnicott, tese de Doutorado, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2005.

Mezan, R.: Tempo de muda, ensaios de psicanálise, São Paulo, Companhia das Letras, 1998.

-----: “A transferência em Freud: apontamentos para um debate”, em **Slavustsky , A. :** Transferências, São Paulo, Escuta, 1991.

Pinheiro, T.: Ferenczi. Do Grito à Palavra, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor-Editora UFRJ, 1995.

Piontelli, A.: De Feto a Criança, um estudo observacional e psicanalítico, Rio de Janeiro, Imago, 1995.

Plastino, C.A.: A Aventura Freudiana, elaboração e desenvolvimento do conceito de inconsciente em Freud, Rio de Janeiro, Editora UFRJ - Tempo Brasileiro, 1993.

-----: “Sentido e Complexidade”, em Bezerra Jr. & Plastino, C.A .(orgs.): Corpo, afeto, linguagem a questão do sentido hoje, Rio e Janeiro, Contra Capa, 2001.

-----: O Primado da Afetividade, a crítica freudiana do paradigma moderno, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 2001.

-----: “Winnicott: a fidelidade da heterodoxia” – artigo inédito, 2005.

Pontalis, J-B.: A Força de Atração, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1991.

Prochet, N.: Tempo de criação: perspectivas temporais na clínica winnicottiana, Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da USP, 2000.

-----: “O Bebê e a água do banho”, trabalho apresentado no XIII Encontro latino Americano sobre o pensamento de Donald Winnicott, Porto Alegre, novembro de 2004, artigo inédito a ser publicado pela USP em 2006.

Quinodoz. D.: A vertigem, entre a angústia e o prazer, Porto Alegre, Arte Médicas, 1994

Rabello, A. M.: Construção subjetiva e prematuridade, uma reflexão psicanalítica, Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança, Instituto Fernandes Figueira-FIOCRUZ, 2002.

Reis, E. S.: Auto-erotismo: um vazio ativo na clínica contemporânea, Revista Agora, Vol. I nº 2, 2003.

Reis, E. S.: De corpos e afetos, transferência e clínica analítica, Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 2004.

Roazen, P. : Como Freud trabalhava, São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

Roudinesco, E.: Por que a psicanálise?, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2000.

Sacks, O.: Vendo Vozes, São Paulo, Companhia das Letras, 2005.

Safra, G.: A face estética do self, teoria e clínica, Aparecida-SP, Idéias & Letras, São Paulo: Unimarco Editora, 2005.

-----: Momentos Mutativos em Psicanálise, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.

Santa Roza & Reis, E.S. :Da Análise da Infância ao Infantil na Análise, Rio de Janeiro, Contracapa, 1997.

Santa Roza, E.: Quando Brincar é Dizer, a experiência psicanalítica na infância, Rio de Janeiro, Contra Capa, 1999.

Souza Santos, B.: Introdução a uma Ciência Pós Moderna, Rio de Janeiro, Graal, 2000,

Tustin, F.: Barreiras Autistas em Pacientes Neuróticos, Porto alegre, Artes Médicas, 1990.

Winnicott, D.W.: “A mente e sua relação como psicossoma”, em Da Pediatria à Psicanálise, [1949], Rio de Janeiro, Imago, 2000a .

-----: “A Agressividade em relação ao Desenvolvimento Emocional”, em Da Pediatria à Psicanálise, Rio de Janeiro, Imago, [1950-55] 2000b .

-----: “Formas Clínicas da Transferência”, em Da Pediatria à Psicanálise, [1955-6], Rio de Janeiro, Imago, 2000c.

-----: “Desenvolvimento Emocional Primitivo”, em Natureza Humana, Rio de Janeiro, Imago, 1988.

-----: “A integração do ego no desenvolvimento da criança”, em O Ambiente e os Processos de Maturação, Artmed, Porto Alegre, 1983.

-----: O Brincar & a Realidade, Rio de Janeiro, Imago, 1975.

-----: “A experiência mãe bebê de mutualidade”(1969) - Explorações Psicanalíticas - Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

-----: The Piggie, relato do tratamento psicanalítico de uma menina, Rio de Janeiro, Imago, 1987.

